



Número 73 2014

Revista cuatrimestral

Dossier

Los trastornos del sueño

Separata

Muerte, agonía y duelo

Actualidad

Pegamento en el cuerpo

Congreso

XXV Congreso Nacional de TCE
La pediatría actúa como promotora
de la salud del adulto

LÍNEA EDITORIAL DE FAE



PRECIO DE CADA EJEMPLAR

Afiliados 15 € / No afiliados: 20 €

Los pedidos se harán a través del e-mail pedidos@fundacionfae.org o del fax 91 521 53 83

*GASTOS DE ENVÍO GRATIS, excepto a Canarias, Ceuta y Melilla, que correrán por cuenta del afiliado /no afiliado



¡¡CON LA COMPRA DE TRES LIBROS, DISTINTOS O IGUALES, TE REGALAMOS UN PENDRIVE PERSONALIZADO!!

CUIDADOS Y ATENCIÓN DEL TCE/AE AL PACIENTE NEUROLÓGICO. MÓDULOS I Y II

***PRECIO: AFILIADOS: 25 € / NO AFILIADOS: 35 €**

Los pedidos se harán a través del e-mail pedidos@fundacionfae.org o del fax 91 521 53 83

*GASTOS DE ENVÍO GRATIS, excepto a Canarias, Ceuta y Melilla, que correrán por cuenta del afiliado /no afiliado

TÉCNICAS Y CUIDADOS DEL TCE/AE ANTE EL MALTRATO

***PRECIO: AFILIADOS: 35 € / NO AFILIADOS: 45 €**

Los pedidos se harán a través del e-mail pedidos@fundacionfae.org o del fax 91 521 53 83

*GASTOS DE ENVÍO GRATIS, excepto a Canarias, Ceuta y Melilla, que correrán por cuenta del afiliado /no afiliado

Editorial

La optimización de los recursos humanos y un incremento de la presencia de los Técnicos de Enfermería en los centros sanitarios podrían suponer un ahorro para los hospitales de tamaño medio (150-200 camas) de un 16,59%, lo que se traduce en un total de 2.198.226,90 euros.

Ésta es una de las conclusiones que arroja el informe de impacto económico recogido en el *Libro Blanco de la Profesión de Técnico de Enfermería*, un estudio realizado por la Cátedra de Salud de la Universidad Europea Madrid y publicado por la Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería (FAE).

Esta publicación, remitida a los responsables de Sanidad y Educación ministeriales, a los consejeros de ambas parcelas de las distintas Comunidades Autónomas, y a todos los agentes implicados en ambos campos, recoge importantes conclusiones que evidencian la necesidad de modificar el modelo sanitario actual, insostenible tal y como lo conocemos.

Y así lo han subrayado los consejeros y responsables autonómicos de sanidad, con quienes, al cierre de esta edición de *Nosocomio*, FAE ya ha mantenido reuniones en las que se ha analizado y debatido el modelo sanitario actual, buscando fórmulas viables que permitan mejorarlo y adaptarlo a las exigencias asistenciales que presenta una sociedad cada vez más envejecida y con mayores problemas crónicos.

En este sentido, una de las principales renovaciones se debe producir en la parcela de los recursos humanos, realizando una adecuada y coherente planificación de los mismos, que, sin duda, repercutirá en una mayor eficiencia económica, sin mermar la calidad asistencial.

Éstas y otras conclusiones, se pueden consultar en un completo informe, que recogemos en este número de la revista *Nosocomio*. ●

Noticias del Mundo Médico

Hospitales sostenibles



4



Congreso FAE
La pediatría actúa como promotora de la salud del adulto

7

Actualidad

Pegamento en el cuerpo

8



Actualidad

Un hospital de 200 camas podría ahorrar más de dos millones de euros optimizando los recursos humanos

10



Dossier

Los trastornos del sueño

13



Separata

Muerte, agonía y duelo

20



Separata

¿Quiénes somos? ¿Qué hacemos?

22



Actividad Acreditada



El equipo de enfermería y las enfermedades patológicas del colon

26

Certamen FAE

¿Qué es la Corea de Huntington (EH)?

31



Ocio

38



CONSEJO EDITORIAL DE NOSOCOMIO
DIRECTORA. Dolores Martínez Márquez
REDACCIÓN. Montse García, Cristina Botello
COMITÉ CIENTÍFICO. Iván Flores García, Juan Carlos Álvarez González, Isabel Galán
FORMACIÓN. Rosa María Cascales
COLABORADORES. Berbes Asociados, Planner Media

EDITA. FAE (Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería)
C/ Tomás López, nº 3, 1º izq. 28009-Madrid.
Tfno.: 91 521 52 24/95. Fax: 91 521 53 83. E-mail: administracion@fundacionfae.org
©Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería.



Elsevier España, S.L. 2009.
Travessera de Gràcia, 17-21. 08021 Barcelona.
Tel. 932 000 711. Telefax: 932 091 136.

© Copyright 2014 Elsevier España, S.L.

Reservados todos los derechos. El contenido de la presente publicación no puede ser reproducido, ni transmitido por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopia, grabación magnética, ni registrado por ningún sistema de recuperación de información, en ninguna forma, ni por ningún medio, sin la previa autorización por escrito del titular de los derechos de explotación de la misma. ELSEVIER ESPAÑA, a los efectos previstos en el artículo 32.1 párrafo segundo del vigente TRLPI, se opone de forma expresa al uso parcial o total de las páginas de Nosocomio con el propósito de elaborar resúmenes de prensa con fines comerciales. Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra sólo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

REDACCIÓN, ADMINISTRACIÓN Y SERVICIOS COMERCIALES. C/ Tomás López, nº 3- 2º dcha. 28009 Madrid.
Tfno.: 91 309 01 02. Fax: 91 402 23 05. E-mail: sae@sindicatosae.com

DEPÓSITO LEGAL: B-11331-2009
ISSN: 1136-8985

La empresa editora no se hace responsable de las opiniones que los colaboradores de NOSOCOMIO puedan expresar en estas páginas.

Hospitales sostenibles

Los hospitales son infraestructuras con un alto consumo de energía. Están operativos las 24 horas del día los 365 días del año y necesitan disponer continuamente de suministro energético para el equipamiento médico, requieren condiciones especiales de climatización, calidad del aire y control de enfermedades. De ahí la relevancia de obtener una mayor eficiencia en el consumo de energía para reducir el coste económico y el impacto ambiental.

Existe un método de evaluación y certificación de la sostenibilidad de la edificación que se creó en Inglaterra hace más de veinte años (BREEAM® Building Research Establishment Environmental Assessment Methodology) y que en el año 2010 se adaptó a la naturaleza, normativa y particularidades constructivas españolas. Gracias a él se establece un estándar

para las mejores prácticas de diseño sostenible y se ha convertido en la medida de referencia para describir las ventajas ambientales que ofrece un edificio.

El Hospital Infanta Sofía de San Sebastián de los Reyes, perteneciente a la red sanitaria de la Comunidad de Madrid, se ha convertido en el primer centro hospitalario de España en obtener la certificación BREEAM® para edificios “En Uso”. Para la obtención del mismo, se evalúa el impacto en diez categorías: gestión, salud y bienestar, energía, transporte, agua, materiales, residuos, uso ecológico del suelo, contaminación e innovación.

La clasificación que ha obtenido el Hospital Infanta Sofía es de “Bueno” en el apartado que evalúa el edificio y de “Muy Bueno” en el apartado que evalúa la gestión del mismo.

El esquema de certificación utilizado “En Uso” es aplicable a edificios de todas las tipologías y usos, exceptuando el residencial, que lleven un mínimo de 2 años en funcionamiento, lo que permite evaluar su comportamiento real a través de la información sobre las prestaciones ambientales, las facturas y otros registros de consumos del inmueble.

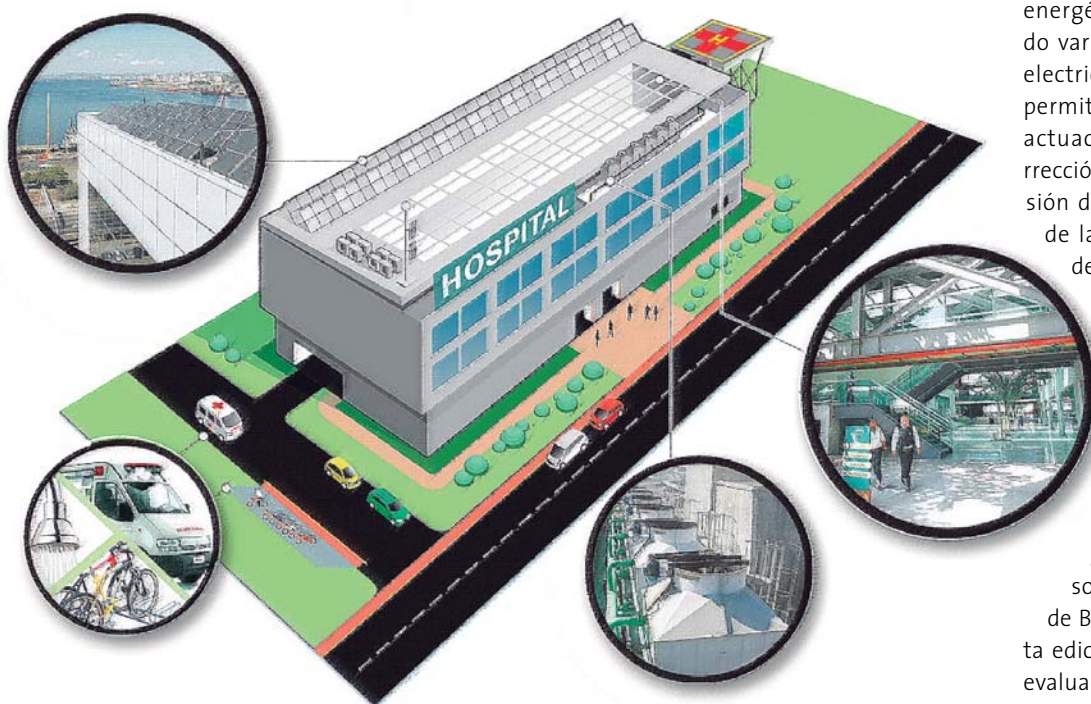
El hospital, que ocupa una superficie de 89.974 m², se encuentra en un entorno saludable y bien comunicado. En su diseño se tuvo en cuenta el máximo aprovechamiento de la iluminación natural exterior y la apertura de amplios espacios interiores. Cuenta con instalaciones de energía solar térmica para la producción de agua caliente sanitaria y un sistema de gestión para todas las instalaciones de climatización que permite ajustar temperaturas y regímenes de funcionamiento dependiendo de las circunstancias climatológicas exteriores y las demandas horarias de funcionamiento. Todos los climatizadores incorporan sistemas de recuperación de energía en el aire de expulsión.

El centro dispone además de sistemas de monitorización que posibilitan analizar la demanda energética del edificio detectando variaciones en el consumo de electricidad y gas natural, lo que permite establecer protocolos de actuación inmediata para la corrección de desviaciones. La comisión de sostenibilidad encargada de la gestión medio ambiental del hospital analiza el impacto ambiental y formula e implementa acciones de mejora en la gestión de residuos, lavandería, consumos energéticos, o consumos de papel, entre otros.

El nuevo Hospital de Vigo ha sometido también su sostenibilidad a la evaluación de BREEAM® que, al cierre de esta edición, está llevando a cabo la evaluación de los impactos en las diez categorías establecidas. ●



BREEAM® ES



Normas de publicación



Los trabajos que se envíen para ser publicados en Nosocomio deberán ajustarse a unas normas de presentación. De esta forma se agilizará el proceso de selección de los mismos y, por tanto, la edición de la revista.

- Los escritos deben ser inéditos y de tema libre, pero siempre relacionados con el trabajo de los Técnicos en Cuidados de Enfermería/AE.
- Deberán presentarse escritos en un procesador de textos (Word), con interlineado a 1,5 espacios y tipo de letra Times en cuerpo 12. No deberán exceder las 10 páginas.
- Se enviarán por correo electrónico a la siguiente dirección: **divulgacion@fundacionfae.org** especificando en el asunto "Revista Nosocomio".
- Irán precedidos de un resumen, de 15 líneas como máximo, en el que se exponga el planteamiento general del trabajo.
- Los artículos deberán estructurarse en varios apartados, cada uno de los cuales se encabezará con un ladillo (título del apartado), que irá en negrita.
- La bibliografía debe incluir invariablemente el nombre del autor del libro o del estudio, la editorial, la fecha y el lugar de publicación.
- Se añadirá junto al trabajo todo el material gráfico y fotográfico, a poder ser en formato digital (JPG o TIFF), que se considere complemento al texto.
- Los autores deben adjuntar los siguientes datos: nombre completo del autor o autores, titulación, empleo o cargo actual, dirección postal y electrónica y teléfono de contacto.

Normas para realizar la actividad acreditada

1. Los suscriptores que no tengan Usuario y Clave deben entrar en **www.nosocomio.org** y registrarse en el sistema a través del apartado "¿Olvidó o no dispone de sus datos de acceso?".
2. Una vez cumplimentado este formulario, el sistema facilitará un Usuario y Clave que permitirá el acceso a la actividad acreditada. Serán siempre los mismos. Guárdelos para las próximas actividades.
3. Para entrar a la prueba de evaluación hay que pinchar en Acreditación y luego en Evaluación.
4. Cada actividad tiene varias convocatorias de evaluación, pero solo se permite la inscripción en una. Por ello es aconsejable que se tengan muy claras las fechas de cada edición y si existen dudas de poder entregar la evaluación en la fecha límite fijada en la convocatoria, es preferible realizar la inscripción en otra edición.
5. Los exámenes pueden ser modificados y guardados tantas veces como se desee hasta el cierre de la convocatoria mediante la opción Guardar.
6. Cuando se haya completado el examen y se considere que las respuestas son definitivas, se debe pinchar la opción Entregar. Una vez entregada la evaluación no se podrá repetir ni modificar. No se admitirán evaluaciones fuera del período que marca la edición.
7. Las respuestas correctas del test de evaluación se publicarán una vez finalizado el plazo de evaluación.
8. Es necesario superar correctamente un mínimo del 80% de las preguntas planteadas en cada actividad para la obtención del certificado acreditado.
9. El diploma será entregado por la Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería (FAE), a partir de la fecha indicada en la unidad correspondiente. Para cualquier duda o problema con la entrega del diploma, póngase en contacto con FAE (divulgacion@fundacionfae.org).

Para registrarse en el sistema

Si no tiene los datos de acceso a nosocomio.org o los ha olvidado, deberá introducir una dirección de mail, su NIF y su número de afiliado y le mandaremos el usuario y las claves a la dirección de mail que nos haya indicado.

Puede disfrutar de los contenidos electrónicos de Nosocomio en **www.nosocomio.org**

- Correo electrónico: suscripciones@elsevier.com
- Teléfono de atención al cliente: 902 88 87 40 (sólo territorio nacional español)

BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN NOSOCOMIO Revista del Técnico en Cuidados de Enfermería DATOS PERSONALES

Apellidos _____ Nombre _____
 NIF _____
Datos Domicilio
 Dirección _____ Nº _____ Esc _____ Piso _____ Letra _____
 Localidad _____ Código Postal _____ Provincia _____
 E-Mail _____ Teléfono _____ Móvil _____

DATOS BANCARIOS

Apellidos _____ Nombre _____
 NIF _____
 Banco _____ Caja de Ahorros _____
 Dirección _____
 Localidad _____ Código Postal _____ Provincia _____
 Código IBAN _____ Entidad _____ Oficina _____ DC _____ N. Cuenta _____
 Firma del titular _____ Fecha _____ a _____ de _____ de 20 _____

Tarifa de suscripción anual (Incluidos gastos de envío): 100 €
 Remitir debidamente cumplimentado a FAE: C/ Tomás López, nº3 1 Izda 28009 Madrid
 Tlf: 91 521 52 24 Fax: 91 521 53 83 E-mail: pedidos@fundacionfae.org

La **pediatría actúa** como promotora de la **salud del adulto**

El niño y sus enfermedades. En principio, éste es el objeto de la pediatría ya que etimológicamente procede del griego paidos (niño) e iatrea (curación). Sin embargo, su contenido es mucho mayor que la curación de las patologías de los menores, pues su objetivo es el niño, ya esté sano o enfermo. Cronológicamente, la pediatría abarca desde el nacimiento hasta la adolescencia, es decir, el tiempo que invertimos en convertirnos en adultos maduros. Motivo más que suficiente para dedicarle tiempo y atención y para que la Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería, centre en esta disciplina su vigésimo quinto congreso.



Fira Reus, Centro de Ferias y Convenciones de Reus (Tarragona) acogerá el XXV Congreso Nacional de Técnicos de Enfermería y Técnicos de Farmacia que, del 28 al 30 de mayo, se convertirá en el punto de encuentro de los profesionales

que quieran profundizar en los aspectos más relevantes de la atención a los menores. También, por supuesto, de aquellos que quieran compartir su trabajo con otros profesionales y lo hagan, bien desde el atril de ponentes, bien desde los paneles de exposición de pósteres.

La pediatría es considerada por algunos de sus especialistas “una medicina total aparte”

Al cierre de esta edición, se está ultimando un programa que ofrecerá, sin lugar a dudas, intervenciones de sumo interés en una especialidad como la pediatría, que tiene el cuidado y control del menor como eje de vertebración.

En la atención a los menores son fundamentales ambos aspectos: la supervisión y atención en las diferentes facetas del crecimiento de un niño desde el momento en que nace hasta que llega a la puber-

tad, y el interés por el desarrollo de todos los cuidados y formas de prevención que la salud de un niño necesita para asegurar su bienestar.

Por otro lado, estos años de la vida actúan como promotores de la salud adulta y la buena calidad de vida en el futuro depende, en gran medida, de los diagnósticos y tratamientos que se realicen en esta primera etapa. Por eso, y aunque se trata de disciplinas médicas independientes, la pediatría repercute en la patología del adulto y, de hecho, algunas enfermedades en la edad adulta pueden ser secuelas de las que se padecieron durante la infancia.

La pediatría es considerada por algunos de sus especialistas “una medicina total aparte” porque en las enfermedades del niño aparecen las propias de la infancia y manifestaciones de todas las enfermedades del adulto con las que, no obstante, presentan diferencias evidentes ya sea por las características biológicas, sociales o psicológicas. Esto lleva a manifestaciones clínicas distintas a las del adulto y además los menores, en muchas ocasiones, ni siquiera pueden o saben explicar lo que les pasa.

Este Congreso se convierte, pues, en el espacio de formación idóneo para los Técnicos de Enfermería, quienes encontrarán respuesta a muchas de estas preguntas.

Pero no sólo para ellos. También los Técnicos de Farmacia, a quienes desde FAE se ha hecho extensivo este Congreso, encontrarán puntos de interés formativo dadas las particularidades que presenta la terapéutica del niño en relación con la del adulto. Los menores tienen especial sugestibilidad frente a los medicamentos, las dosis se ajustan a otros parámetros, sus órganos responden a las sustancias de distintas maneras. La edad del paciente afecta incluso a las vías de administración, ya que preferentemente se utiliza la vía oral por la complicación de otras como la vía sublingual, la ocular, o la vaginal, que en el caso de los adultos no presentan ninguna complicación.

La pediatría se enfrenta a problemas sanitarios como al aumento progresivo de las enfermedades alérgicas, trastornos de la autoinmunidad, el incremento de las enfermedades víricas, que plantean problemas de diagnóstico y tratamiento, la aparición de enfermedades que antes no se conocían, como patologías respiratorias (broncovirus), digestivas (enterovirus)... Igualmente, debe afrontar el aumento de los retrovirus, que mutan constantemente o la resistencia a los antibióticos.

Los Técnicos, de Enfermería y de Farmacia, tienen la obligación de estar bien formados y este Congreso es una gran oportunidad para ello. ●

XXV CONGRESO NACIONAL DE TCE/ AE
El Equipo de Enfermería en Pediatría. Cuidados del Técnico
Reus (Tarragona), 28, 29 y 30 de mayo de 2014
FIRA DE REUS

Avda. Bellissens, 40

BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN Afiliado ☐ SI ☐ NO Nº de Afiliación _____

(Cumplimentar con letra de imprenta)

Nombre: _____ **Apellidos:** _____ **NIF:** _____ -

Dirección: _____ **C.P.:** _____

Localidad: _____ **Provincia:** _____

Teléfono: _____ **E-mail:** _____

(Imprescindible facilitar, al menos, una dirección de correo electrónico, ya que todas las confirmaciones se harán vía e-mail)

Presenta comunicación ☐ SI ☐ NO

Presenta póster ☐ SI ☐ NO

CUOTA DE INSCRIPCIÓN (IVA incluido)

NOTA: A partir del 19 de mayo de 2014 la cuota se incrementa en 25,00 €

Afiliados a S.A.E: 270,00 €

No afiliados: 370,00 €

Acompañantes: 200,00 €

ACOMPAÑANTE:

Nombre: _____ **Apellidos:** _____ **NIF:** _____ -

Total inscripción: _____ €

INFORMACIÓN HOTELES

HOTEL	DOBLE	INDIV.	TRIPLE	FAMILIAR	SUITE	TELÉFONO	WEB
BREA'S****	68,00€	59,00€	88,00€	172€	206€	977301046	www.breashotel.es
NH****	77,00€	69,30€	85,00€	----	----	977345353	www.nh-hoteles.es
AUGUSTUS***	53,33€	43,67€	64,00€	----	----	977381154	www.augustushotels.es
GAUDÍ***	60,00€	50,00€	90,00€	----	----	977345545	hotelgaudireus.com

Los precios incluyen alojamiento y desayuno.

IVA incluido

*Los precios en los Hoteles BREA'S y NH, se incrementará en 0,99€ y en los Hoteles GAUDÍ y AGUSTUS 0,50€, por Tasa Turística.

*Los precios pueden sufrir variaciones dependiendo de la subida del IPC

Desde los Hoteles ofertados saldrán autocares hacia la Fira de Reus. Aproximadamente media hora antes de la apertura del Congreso y después del cierre del mismo. Durante las jornadas se les irá informando de los horarios de los mismos.

FORMA DE PAGO: Transferencia bancaria a favor de "FAE", indicando la referencia "XXV Congreso FAE" a Bankia. C/C Nº ES82-2038-1146-91-6000669258. Enviar junto con justificante de transferencia a la Secretaría del Congreso por correo o fax: FAE. C/ Tomás López, 3-1º Izda.; 28009 – MADRID. Tlf.: 91 521 52 24 / 33 / 95. Fax: 91 521 53 83. E-mail: congresofae@fundacionfae.org

POLÍTICA DE CANCELACIÓN

- Hasta el 14 de mayo de 2014. Sin gastos de cancelación.
- Del 15 al 21 de mayo de 2014. 60% de gastos de cancelación.
- A partir del 22 de mayo de 2014. 100% de gastos de cancelación.

No se admitirá boletín alguno que no esté debidamente cumplimentado y que no vaya acompañado del pago correspondiente.

"En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal, le informamos que sus datos van a incorporarse a un fichero automatizado de titularidad de FAE siendo la finalidad de dicho tratamiento la información de entidades formativas o profesionales entre usted y la fundación FAE"

Pegamento en el cuerpo

Sustituir las agujas por algún tipo de pegamento biológico para reparar tejidos sin necesidad de suturar es el objetivo de diversas investigaciones médicas que en las últimas semanas han avanzado en su trabajo y cuyos resultados han sido publicados por prestigiosas revistas de investigación.

Science Translational Medicine publicó recientemente el estudio de un equipo de investigadores del Hospital Infantil de Boston sobre el adhesivo hidrofóbico activado por luz (HLAA por sus siglas en inglés), capaz de sellar los vasos sanguíneos del corazón en tan sólo unos segundos. Por su parte, Na-

ture difundía la investigación del equipo de la Escuela Superior de Física y de Química Industrial de París en el que se presentaba un pegamento de nanopartículas de sílice que actúan como conectores entre dos piezas diferentes.

Desde hace años, los investigadores intentan dar con una fór-

mula de adhesivo biológico que permita unir tejidos sin puntos de aguja. De hecho, los adhesivos tisulares para uso médico se han utilizado en diversas formas desde que en 1949 los primeros adhesivos de cianocrilato fueron sintetizados (con este nombre se designa un conjunto de sustancias usadas como adhesivos de endurecimiento rápido). Estos primeros adhesivos eran apropiados para heridas e incisiones superficiales pequeñas, pero sus propiedades físicas limitadas impidieron su uso en el tratamiento de otras heridas.

Posteriormente, se empezaron a desarrollar los derivados del cianocrilato, que fueron más puros y resistentes, pero las limitaciones de la resistencia baja a la tensión y la fragilidad impidieron la aceptación generalizada, así como la producción de calor, que mata el tejido circulante y eso es perjudicial para la recuperación de la herida. Más recientemente, los adhesivos tisulares se han desarrollado con una mejor resistencia adicional y combinan plasticidad y estabilizadores para aumentar la flexibilidad.

Los adhesivos tisulares o pegamentos de tejidos son sustancias o materiales que se utilizan como una alternativa probable al uso de suturas, grapas o cintas adhesivas, que son los métodos tradicionales



para el cierre de heridas o incisiones pequeñas o sencillas de la piel en áreas con poca tensión.

Para el paciente ofrece ventajas porque son menos dolorosas y no hay material que retirar posteriormente. Por ejemplo, en cirugía estética continúan empleándose porque apenas dejan cicatrices, obteniéndose resultados visibles muy aceptables. Además, para el cirujano elimina el riesgo de lesión por pinchazo.

Últimos estudios

El equipo de Ludwik Leibler, de la Escuela Superior de Física y Química Industrial de París, demostró que los geles pueden adherirse con fuerza sólo con extender una solución de nanopartículas de sílice sobre la superficie de un

Los adhesivos tisulares o pegamentos de tejidos son sustancias o materiales que se utilizan como una alternativa probable al uso de suturas, grapas o cintas adhesivas que son los métodos tradicionales, para el cierre de heridas o incisiones pequeñas o sencillas de la piel en áreas con poca tensión.

gel y luego pulsar otro gel con la misma solución. A diferencia del cianocrilato, el pegamento de nanopartículas no produce el nocivo efecto del calor, aunque, de momento, sólo se ha estudiado en animales.

Sin embargo, la mayoría de los pegamentos adhesivos no pueden soportar la fuerza del flujo sanguíneo en las cámaras del corazón y los vasos sanguíneos principales, además de que tienden a ser tóxicos. Esto es lo que trata de evitar el equipo del Hospital Infantil de Boston, que ha creado un pegamento quirúrgico capaz de sellar los defectos del corazón en presencia de flujo sanguíneo, sin efectos tóxicos y capaz de lograr un alto nivel de adhesión al tejido húmedo que no está comprometido por la preexposición a la sangre.



De momento, este adhesivo hidrofóbico activado por la luz serviría para sellar los vasos sanguíneos del corazón, manteniéndolos funcionales, incluso en casos de presión.

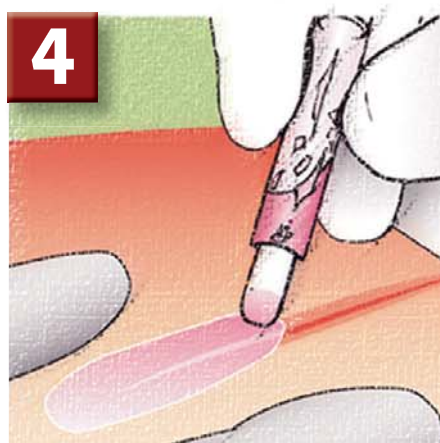
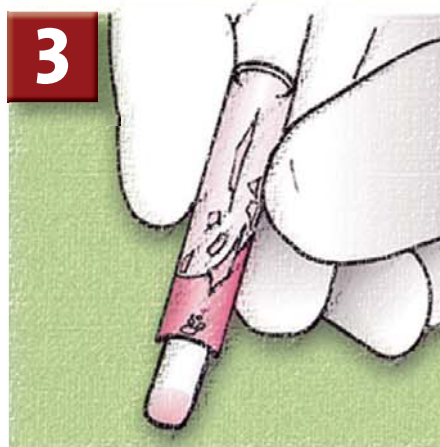
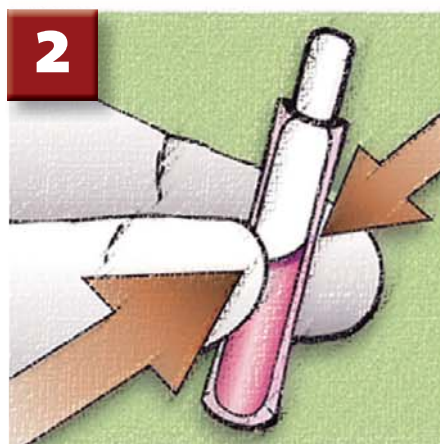
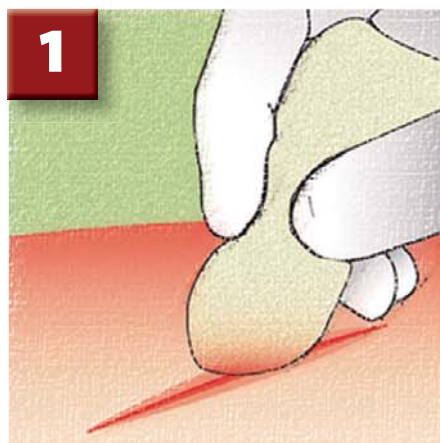
Science Translational Medicine ha difundido el trabajo del equipo que encabeza Nora Lang y en el que se explica que el producto es una mezcla de dos componentes químicos, el glicerol y el ácido sebáceo, que combinados logran un producto hidrofóbico, es decir,

que funciona incluso en contacto con el agua y otros fluidos como la sangre.

Los investigadores aseguran que, una vez aplicado, el adhesivo penetra el tejido, se endurece y logra sellar los vasos en pocos segundos gracias a un breve destello de luz.

De momento, se ha utilizado en corazones de cerdos, que son muy similares a los de los humanos, obteniendo muy buenos resultados que animan a los investigadores a continuar con su trabajo.

Se necesitan más estudios de seguridad y eficacia en humanos, pero estos avances sugieren que podrían ser una nueva herramienta para la reparación de tejidos y el sellado de heridas y que, seguramente, reducirían las complicaciones, los tiempos de recuperación y los efectos secundarios en el paciente. ●



Un hospital de 200 camas podría ahorrar más de dos millones de euros **optimizando los recursos humanos**

La Cátedra de Salud de la Universidad Europea Madrid ha elaborado un estudio de impacto económico que demuestra que la optimización de los recursos humanos podría suponer un ahorro para los hospitales de tamaño medio (150-200 camas) en un 16,59%, es decir, un total de 2.198.226,90 €.

Esta reducción, suficientemente significativa, se conseguiría con una mayor eficiencia en la utilización de los recursos humanos y redundaría en una mejor atención y en una mayor eficiencia económica en la asignación de recursos. Este dato revelador justificaría el cambio en la estrategia de optimizar la

eficiencia, manteniendo la eficacia en términos de plantilla.

Ésta y otras afirmaciones, igualmente concluyentes, han sido publicadas en el *Libro Blanco del Técnico de Enfermería* que, elaborado por la Universidad Europea Madrid, ha editado la Fundación para la Formación y Avance de la

Enfermería (FAE) y se ha hecho llegar a todos los responsables de Sanidad y de Educación del país.

El objetivo del mismo es impulsar una serena reflexión sobre la necesidad de promover una planificación adecuada y coherente de los recursos humanos y materiales para los próximos años.

El estudio es una completa investigación que toma el pulso a la situación actual del colectivo de Técnicos de Enfermería y sus competencias profesionales tanto en el ámbito laboral como en el ámbito formativo, aportando soluciones prácticas para mantener la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud. Entre otras, la importante reducción en el gasto sanitario que se produciría con la transformación de determinados puestos de trabajo.

En consecuencia, y según se recoge en el estudio publicado, desde la perspectiva de la gestión de los cuidados de enfermería, se debería transformar un número determinado de puestos de trabajo de personal enfermero, en puestos cuyo perfil profesional correspondiera al Técnico de Enfermería.



Las conclusiones de este documento no sólo son aplicables al sector de la Salud, sino también al sector de los Servicios Sociales, dada la irrupción del concepto de atención sociosanitaria así como de los dispositivos asistenciales que implica, que tendrán un impacto decisivo tanto en el diseño de los recursos materiales para la atención a las personas, como en las profesiones sanitarias encargadas de prestar dicha atención en los próximos años.

Para ello hay que planificar una estructura óptima de profesionales sanitarios que aseguren los requerimientos que exige la sociedad española, en continuo crecimiento y desarrollo, en materia sanitaria y sociosanitaria. En este grupo de profesionales, los Técnicos de Enfermería constituyen un colectivo clave para afrontar los retos que plantea esta asistencia.

El modelo sanitario actual debe reorientar sus objetivos en función de la realidad sociodemográfica y de las necesidades de los profesionales sanitarios y el desarrollo e incremento de sus competencias.

Las recomendaciones y propuestas recogidas en el *Libro Blanco* giran en torno a un aumento en el número, formación y competencias de los profesionales del área sanitaria de la Formación Profesional para conseguir un adecuado aprovechamiento y mejora de los recursos y apuntan factores favorecedores al cambio como la creación de espacios de actuación para los Técnicos de Enfermería con vistas a la planificación futura de los recursos humanos. Todo ello con el objetivo de conseguir un adecuado aprovechamiento y mejora de los recursos, así como la reducción de los costes.

El estudio se ha hecho llegar al Presidente del Gobierno, a los Ministros de Sanidad y Educación, a



los responsables de las Direcciones Generales y de las Consejerías de ambas parcelas, así como a los responsables de Recursos Humanos de las distintas Comunidades Autónomas, a los parlamentarios y senadores, al presidente del Colegio de Enfermería y al Consejo Internacional de Enfermería, entre otros.

Del análisis se desprenden otras observaciones, según las cuales:

- Son necesarios registros de profesionales oficiales, de acceso público, completos y fiables que permitan gestionar los recursos humanos y pla-

Adopción de medidas necesarias

Entre las diferentes medidas a adoptar por las Administraciones Públicas deben priorizarse aquellas que contribuyan a disminuir las desigualdades en competencias, funciones y salarios entre los profesionales sanitarios que prestan servicios en las diferentes Administraciones Sanitarias Públicas.

No parece, sin embargo, que las Administraciones Públicas Sanitarias y Educativas tengan en cuenta los cambios que se vislumbran

El modelo actual de Estado de Bienestar apunta a su falta de sostenibilidad a medio-largo plazo, lo que obliga a reflexionar sobre las diferencias entre el modelo sanitario vigente y el previsible en este periodo de tiempo.

nificar las necesidades de los profesionales.

- La emigración de los profesionales sanitarios, como consecuencia de las dificultades del mercado laboral, y el menor prestigio social de determinados colectivos sanitarios hacen necesario incrementar la formación y competencias de otros profesionales como los Técnicos de Enfermería.

y que, sin duda, influirán decisivamente en el tipo y número de profesionales que sean necesarios así como en su formación y cualificación profesional.

Los cambios apuntan a la necesidad de incrementar las competencias y formar adecuadamente a los Técnicos de Enfermería, para promover un nuevo modelo de atención, apropiado a organizaciones en un entorno social, orga-



nizativo y económico cambiante, fundamental a la hora de adaptar los servicios sanitarios y también a los profesionales sanitarios a las necesidades de la población y a la escasez de recursos.

El modelo actual de Estado de Bienestar apunta a su falta de

Este modelo organizativo y profesional, fruto del nuevo escenario, debería configurarse en torno a determinantes como la prevención, la promoción de la salud y la integración de la atención sanitaria y social en una verdadera atención sociosanitaria, donde los Técnicos de Enfermería jugarían un importante papel.

Aspectos formativos

El *Libro Blanco del Técnico de Enfermería* recoge igualmente que debe replantearse la idoneidad del sistema de formación actual de los Técnicos de Enfermería desde la instauración del Espacio Europeo de Enseñanza Superior de Bolonia, que ha configurado un diferente mapa de las profesiones sanitarias.

Los Técnicos de Enfermería ejercen una actividad profesional en el marco del respeto a la competencia profesional, responsabilidad y autonomía propias de las profesio-

conocimiento y la mejora de su formación y el incremento de sus competencias profesionales.

Son necesarios cambios relativos a la formación de los Técnicos de Enfermería que supongan la configuración de una nueva estrategia que tenga en cuenta el incremento de sus competencias y, por tanto, el aumento experimentado en el nivel de su Formación Profesional. Para la consecución de los objetivos en términos de calidad y eficiencia en los cuidados de enfermería es necesario el reconocimiento dentro del área de Formación Profesional rama sanitaria, de la titulación de Técnico de Enfermería, que se acerca a un nivel III, tanto por las efectivas funciones que desempeñan en su práctica diaria, como por los conocimientos adquiridos durante años, tal y como se reconoce en el informe emitido por el Instituto Nacional de Cualificaciones.

Es necesario, igualmente, un cambio en la denominación de la profesión acorde con su realidad profesional y formativa, adaptándose así a la denominación que utiliza la normativa vigente, tanto el Estatuto Marco como el Estatuto Básico del Empleado Público.

Las Administraciones Públicas deben adaptar la realidad laboral de los centros sanitarios que están bajo su gestión instando a las modificaciones que sean necesarias. Para ello, es preciso modificar y/o derogar normas de hace 40 años referidas a funciones que provienen de textos legales obsoletos y que fomentan burocratismos y falta de fidelización de los recursos humanos y adecuarlas a los descritos en el ciclo formativo.

Es necesario promover el reciclaje profesional y gratificar a los profesionales con incentivos en función de la calidad del trabajo individual, así como establecer y desarrollar la carrera profesional de los Técnicos de Enfermería. ●

El Libro Blanco del Técnico de Enfermería recoge igualmente que debe replantearse la idoneidad del sistema de formación actual de los Técnicos de Enfermería

sostenibilidad a medio-largo plazo, lo que obliga a reflexionar sobre las diferencias entre el modelo sanitario vigente y el previsible en este periodo de tiempo.

nes sanitarias reguladas en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, por lo que es necesario, como así se ha producido en otras profesiones sanitarias, el re-



Dossier

Los trastornos del sueño

Prólogo

Dormir bien ¡es un sueño!

Sumario:

- El sueño y la somnolencia neurológicas autoinmunes
- Los trastornos del sueño
- ¿Cómo favorecer el sueño?

A pesar de que pasamos la tercera parte de nuestra vida durmiendo, lo hacemos mal. Casi el 30% de la población padece trastornos del sueño.

■ **El sueño afecta a mecanismos fisiológicos y cronobiológicos** que deben sincronizarse con la vida familiar, profesional y social.

Con frecuencia, esta sincronización se ve alterada en los adultos jóvenes con tendencia a retrasar la hora de irse a dormir; en las personas mayores, que tienden a adelantarla; en las personas que trabajan durante la noche, etc.

■ **El cumplimiento de ciertos hábitos de vida** puede ayudar a que el reloj biológico se alinee con los horarios sociales. Un sueño de calidad contribuye a prevenir enfermedades y a reducir el riesgo de accidentes relacionados con la somnolencia.

■ **Sin embargo, no todos somos iguales ante el sueño.** Cada uno debe determinar sus necesidades de sueño en función de su edad y de sus características genéticas, así como de la cantidad de sueño que necesita para estar en forma.

■ **Los trastornos patológicos del sueño** (se han identificado más de 50) afectan a entre el 20 y el 30% de la población. Uno de cada cinco españoles sufre problemas de insomnio.

El auge de las clínicas del sueño permite diagnosticar cada vez más síndromes de la apnea del sueño, responsables de accidentes cardiovasculares.

■ **Esta falta de organización del sueño**, por falta de conocimiento sobre sus mecanismos, por negligencia o debido a trastornos patológicos, ocasiona cansancio en el trabajo, somnolencia al volante, disminución de la concentración, trastornos de la memoria, irritabilidad, etc. Cabe destacar que el 25% de los adultos no se sienten descansados al despertarse por la mañana.

■ **El personal sanitario tiene un papel privilegiado a la hora de establecer las condiciones propicias para que las personas hospitalizadas concilien y optimicen el sueño.** Además, juegan un papel educativo, que no deben olvidar aplicar para sí mismos como trabajadores de turnos nocturnos. ●

Para más información:

- Instituto de investigaciones del sueño.
<http://www.iis.es/>
- <http://www.guiasalud.es/egpc/insomnio/resumida/apartado02/epidemiologia.html>
- Instituto para la Investigación de Trastornos del Sueño. <http://www.iitsmadrid.org/iits.htm>

Enfoque

El sueño y la somnolencia

- Cada noche está formada por una sucesión de fases de sueño lento y de sueño paradójico.
- Los ritmos biológicos varían en función de la edad y de nuestro cronotipo.
- Asimismo, están regulados por una hormona, la melatonina, y por la luminosidad.

Palabras clave:

- Ritmo biológico
- Siesta
- Sueño
- Somnolencia

El sueño obedece a una serie de normas de instalación y de organización que dependen en gran medida del comportamiento de la persona. Para dormirse, es necesario que los mecanismos de vigilia se desactiven progresivamente para dar lugar a los mecanismos del sueño. Tras una fase de adormecimiento, el sueño se caracteriza por una sucesión de ciclos. Una noche de sueño está compuesta por entre 4 y 6 ciclos de aproximadamente 90 minutos interrumpidos por una breve vigilia de varios minutos (Figura 1).

La organización del sueño

Cada ciclo está formado por dos fases importantes.

■ **El sueño de ondas lentas o sueño profundo**, que funciona como ahorro de energía. Se manifiesta por una disminución progresiva de los movimientos del durmiente, del tono muscular, de los ritmos respiratorios y cardíacos, de la temperatura central y de la tensión arterial. Estas modificaciones favorecen la recuperación física.

■ **El sueño de ondas rápidas o sueño paradójico**. El cerebro necesita

energía, ya que es el periodo en el que se sueña. Se manifiesta por una inhibición del tono muscular, movimientos oculares rápidos y un aumento de la actividad neurovegetativa: ritmo cardíaco y respiratorio, temperatura y consunción de oxígeno por el cerebro. Estas modificaciones favorecen la recuperación psíquica y darán al durmiente la impresión de que ha dormido bien.

Un ciclo de sueño dura aproximadamente 90 minutos en un adulto joven (Figura 1). Cada ciclo comienza por un sueño lento y termina con un sueño paradójico.

■ **El sueño lento profundo** (en amarillo), que permite la recuperación física, está presente sobre todo durante la primera mitad de la noche.

■ **El sueño paradójico** (en rojo), que permite la recuperación psíquica, es más abundante durante la segunda mitad de la noche.

■ **Los ciclos se ven entrecortados** por microvigilias que pasan desapercibidas.

Las variables del sueño

No todos somos iguales ante el sueño.

Cada uno debe determinar sus necesidades en función de sus propias reacciones ante la prolongación o reducción de su tiempo de sueño. No existen normas, sino promedios.

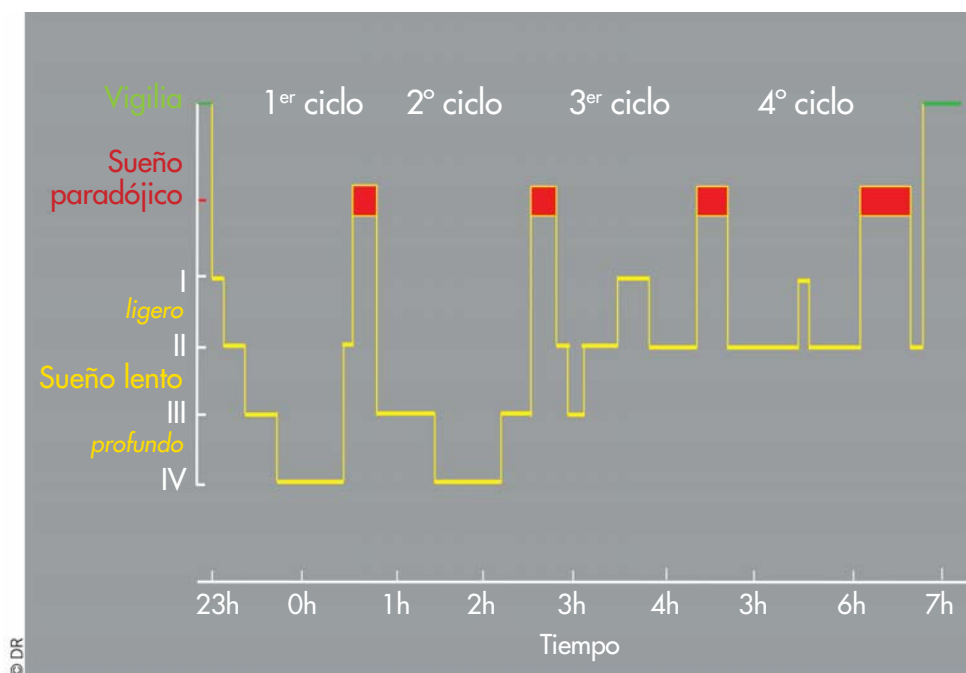


Figura 1. Desarrollo de una noche de sueño (hipnograma).

El único criterio válido para saber si dormimos lo suficiente es saber si nos sentimos en forma a lo largo del día. Las necesidades de sueño varían en función de los individuos y de su edad. Además, se ven determinadas por nuestra genética y por nuestros hábitos de vida.

La edad

■ **En los bebés**, el sueño se distribuye entre sueño nocturno y siestas diurnas.

■ **En los adultos**, la duración media es de entre 7 y 8 horas.

■ **En los ancianos**, el tiempo de sueño nocturno disminuye (de 5 a 6 horas) y se compensa con siestas diurnas.

El cronotipo

El cronotipo es el conjunto de las características del sueño de un individuo. Programado genéticamente desde el nacimiento, determina la eficacia de nuestro sueño.

■ **Los grandes dormidores** necesitan 9 o incluso 10 horas de sueño para sentirse bien despiertos a lo largo de la jornada.

■ **Por el contrario, para los poco dormidores**, 5 ó 6 horas son suficientes para sentirse en forma.

■ **Tendemos a ser nocturnos** (acostarse tarde y levantarse tarde) o diurnos (acostarse temprano y levantarse temprano).

La calidad y cantidad de sueño dependen en gran medida de la buena sincronización del reloj biológico con los horarios de acostarse y levantarse.

Los ritmos biológicos

Los ritmos biológicos estructuran nuestra vida cotidiana. Nuestro reloj biológico, controlado por el cerebro, da órdenes a los sistemas de vigilia y de somnolencia en función del entorno: la luz, la noche, el calor, la alimentación...

■ **La presencia de luz** inhibe la producción de melatonina, que se libera en la oscuridad. Interviene de forma eficaz en la resincronización del reloj biológico y en la mejora de la calidad del sueño.

Un desequilibrio entre el cronotipo y el ritmo de vida de una persona conlleva un exceso de vigilia (insomnio) o de sueño (somnolencia diurna).

■ **La luminoterapia**, que activa la secreción de la melatonina, está indicada para casos de desajustes graves del reloj biológico debido a depresiones estacionales, intolerancia al trabajo por turnos o nocturno o por desajustes horarios.

Papel y función del sueño

El sueño es un elemento esencial de la salud porque permite el descanso y la restauración de las principales funciones fisiológicas y mentales.

La vigilancia y el rendimiento están relacionados con la calidad del sueño. Dormir condiciona nuestra capacidad de atención y nuestras facultades de adaptación, de reacción y de disponibilidad.

■ **El sueño lento restaura** las células nerviosas, contribuye a la eliminación de las toxinas, desarrolla las defensas inmunitarias y regula la producción de numerosas hormonas: del crecimiento, el cortisol, la insulina, del apetito (leptina, ghrelina).

■ **El sueño paradójico** refuerza las capacidades de memorización y el aprendizaje, restaura la atención, el equilibrio emotivo y el humor y favorece la maduración de nuestros comportamientos innatos (función del sueño).

La somnolencia diurna

La somnolencia diurna es la consecuencia de un déficit de sueño

y de modificaciones de su estructura:

● **relacionadas con trastornos del sueño** y con el consumo de algunos medicamentos (estimulantes, corticoides, etc.).

● **o con una privación crónica de sueño**, generada por horarios de trabajo atípicos, ritmos de vigilia-sueño irregulares, una higiene del sueño inadecuada, consumo de café, de alcohol, de drogas... (5-10% de la población).

Manifestaciones

La somnolencia diurna se caracteriza por:

- microdormecimientos de los que la persona no es consciente (evaluados por la escala de somnolencia de Epworth¹);
- despertares matinales difíciles;
- una disminución de los rendimientos diurnos, trastornos de la vigilancia;
- picoteo entre horas, con riesgo de padecer obesidad;
- accidentes (o mayor riesgo de accidentes).

Beneficios de la siesta

La siesta es una medida de gran valor para prevenir los riesgos de somnolencia y permite mejorar la vigilancia y el rendimiento y luchar contra el cansancio.

Numerosas empresas han realizado experimentos con la siesta en el lugar de trabajo con resultados perceptibles en lo que respecta al sentimiento de bienestar, la disponibilidad, la calidad del trabajo, la prevención del riesgo de accidentes e incluso la reducción del absentismo.

Conclusión

El sueño es una necesidad fundamental que con frecuencia se ve maltratada. Obedece a reglas fisiológicas, genéticas y medioambientales que todo el mundo debe conocer para cuidar su salud. ●

NOTAS

1. http://es.pneumowiki.org/mediawiki/index.php?title=Escala_de_Epworth

Patologías

Los trastornos del sueño

- Los trastornos del sueño abarcan diferentes patologías y manifestaciones.
- Se clasifican según su forma, duración o causas e implican perturbaciones de la calidad, la cantidad o los horarios del sueño.
- Entre los más frecuentes se encuentran el insomnio, el síndrome de la apnea del sueño y los trastornos del ciclo circadiano relacionados con el modo de vida.

Palabras clave

- Apneas del sueño
- Ciclo circadiano
- Insomnio
- Parasomnia
- Síndrome de las Piernas Inquietas
- Somnolencia

Los trastornos del sueño afectan en algún momento a más del 30% de la población española, y de una forma crónica a un 4%, según los datos facilitados por la Sociedad Española de Neurología (SEN) en marzo de

2013 con motivo del Día Mundial del Sueño.

Los trastornos del sueño tienen como consecuencia un síntoma más importante que a veces pasa desapercibido: la somnolencia diurna. Afecta al 10% de la pobla-

ción general y su tratamiento es diferente según sus causas.

Los insomnios

La tipología de los trastornos del sueño es muy variada, siendo el insomnio el más frecuente, con una prevalencia en la población de entre el 20 y el 30%.

Manifestaciones

El insomnio se manifiesta por:

- vigiliadas durante la noche con dificultades para volver a conciliar el sueño (al menos 3 vigiliadas por noche);
- dificultad para conciliar el sueño (más de 30 minutos aproximadamente);
- dificultad para dormir al menos 3 noches por semana;
- una duración total del sueño inferior a 6 horas;
- un sueño ineficiente.

El insomnio se ve acompañado siempre de consecuencias durante el día: cansancio, problemas de concentración o de atención, irritabilidad o alteración de la calidad de vida.

Causas

■ La ansiedad y la depresión son el origen de la mitad de los insomnios.

En los casos de personas ansiosas o estresadas, se trata normalmente de dificultades para conciliar el sueño. La persona no consigue relajarse, ya que numerosos pensamientos acuden a su mente a la hora de irse a dormir.



¿Sabías que...?

La clasificación internacional (ICSD-2, 2005) recopila más de 50 trastornos del sueño distribuidos en siete categorías:

- **1. Los insomnios**, de diferentes orígenes (entorno, comportamiento, drogas,...);
- **2. Los trastornos del sueño** relacionados con la respiración (apnea del sueño...);
- **3. Las hipersomnias de origen central** (narcolepsia, hipersomnina...);
- **4. Las alteraciones del ciclo circadiano** (trabajo a turnos, con desajustes horarios...);

• **5. Las parasomnias** (sonambulismo, terrores nocturnos, pesadillas...);

• **6. Los movimientos** relacionados con el sueño (síndrome de las piernas inquietas...);

• **7. Los síntomas aislados** (clonias¹, somniloquías²).

Clasificación internacional de los trastornos del sueño. Según el ICSD, segunda edición, 2005 American Academy of Sleep Medicine, www.aasmnet.org

1. Clonia: movimiento rápido e involuntario, como sacudidas o sobresaltos, que se produce durante el sueño.

2. La somniloquia consiste en hablar durante el sueño.

La depresión se traduce principalmente en vigiliadas precoces hacia la mitad y el final de la noche. El insomnio matinal puede ser el primer síntoma de una depresión.

■ **El insomnio primario** para el que no encontramos causa se da con frecuencia. Los mecanismos no se entienden bien:

- desajuste del reloj biológico;
- perturbación de los sistemas hormonales;
- hiperactivación del sistema nervioso central;
- entorno: ruido, temperatura, abuso de café, de alcohol o de medicamentos;
- ritmo de vida y organización del sueño no favorables.

En Europa, los insomnios (graves en el 9% de los casos) son responsables de un consumo excesivo de medicamentos hipnóticos o de tranquilizantes, lo que conlleva una disminución de la eficacia y un riesgo de dependencia.

El síndrome de la apnea del sueño

El síndrome de la apnea del sueño afecta al 2-4% de la población adulta.

Características

Se define por la presencia de los criterios A o B y C:

A. Somnolencia diurna excesiva;

B. Al menos 2 de los siguientes criterios:

- ronquidos graves y habituales;
- sensación de ahogo o de sofocación;
- vigiliadas repetidas durante el sueño;
- sueño no reparador;
- cansancio diurno;
- dificultad para concentrarse;
- más de una micción urinaria por noche;

C. Registro del sueño: apneas + hipopneas ≥ 5 por hora de sueño.

Tratamiento

El tratamiento consiste en:

- uso de una máscara de presión positiva que insufla aire a presión, lo que asegura la respiración (Figura 1). Sin embargo, su incomodidad provoca que un tercio de las personas lo abandonen;



Figura 1. Máscara de presión positiva.

- o puede proponerse una ortesis mandibular que mantiene la mandíbula y la lengua en posición avanzada (solución bastante más cómoda).

Algunos consejos higiénico-dietéticos pueden mejorar la comodidad de la persona:

- evitar las comidas copiosas y el alcohol durante la noche;
- mantener o reducir el peso;
- al dormir, evitar la posición dorsal, que favorece las apneas.

Hipersomnias de origen central

■ **La narcolepsia** es una enfermedad rara, probablemente de origen autoinmune. Se caracteriza por adormecimientos incontrolables, en ocasiones en situaciones activas como trabajando o durante una discusión.

■ **La hipersomnia**, poco frecuente, puede ser de origen psiquiátrico, infeccioso, neurológico o endocrino.

Se caracteriza por un alargamiento patológico del tiempo de sueño, somnolencia diurna y sueño no reparador.

Los estimulantes de la vigilia son eficaces.

Las alteraciones del ciclo circadiano

Las alteraciones del ciclo circadiano se explican por un desajuste entre los horarios de sueño y los del reloj circadiano en el individuo.

Se producen por un conjunto de presiones y de hábitos de vida que generaría un conflicto entre el ritmo biológico y los horarios sociales.

La falta de sueño provoca principalmente:

- una disminución de la vigilancia;
- una somnolencia diurna.

Encontramos los siguientes trastornos:

- en personas que trabajan por turnos de noche (2-5%);
- en las personas con desajustes horarios relacionados con el *jet lag*;
- en ancianos con una tendencia a irse a dormir temprano que presentan un Síndrome de Avance de Fase;
- en los adolescentes y jóvenes adultos que se van a dormir muy tarde, que presentan frecuentemente el Síndrome de Retraso de Fase.

Seleccionar con cuidado la cantidad y el momento de exposición a la luz y la oscuridad, así como una buena higiene de vida, pueden ayudar al reloj circadiano a alinearse con los horarios sociales.

El ciclo circadiano puede explicarse por un cambio entre los horarios de sueño y los del reloj circadiano

LAS PARASOMNIAS

Las parasomnias son fenómenos anormales que sobrevienen durante el sueño y afectan principalmente a la primera infancia. Normalmente no son graves, aunque pueden ser impresionantes.

Las parasomnias pueden producirse:

- durante el sueño lento profundo, lo que explica la amnesia que se produce el día siguiente;
- o durante el sueño paradójico (periodo de sueños), lo que explica que los niños tengan recuerdos la mañana siguiente.

Durante el sueño lento profundo

■ **El sonambulismo** (3-10 años) se traduce normalmente en una deambulación sin importancia.

■ **Los terrores nocturnos** (18 meses-15 años) se producen con más frecuencia al principio de la noche. El niño llora y está aterrado; las palabras tranquilizadoras no parecen tener ningún efecto. Varios minutos más tarde, el niño se calma y vuelve a dormirse.

Durante el sueño paradójico

■ **Las pesadillas** aparecen hacia la mitad y el final de la noche.

El Síndrome de las Piernas Inquietas

El Síndrome de las Piernas Inquietas afecta al 2,5% de la población adulta y se caracteriza por:

- **molestias o dolores de los miembros inferiores** que se producen durante la noche o la madrugada, favorecidos por la inmovilidad y aliviados en parte por el movimiento;
- **movimientos involuntarios periódicos** durante la noche en el 80% de los casos, que afectan sobre todo a los músculos de las piernas y se manifiestan por una flexión de los pies y los dedos gordos del pie.

Las neuronas de dopamina asociadas a una carencia de hierro podrían ser la causa. El tratamiento puede incluir:

- **suplementos de hierro** y medicamentos que sustituyan la dopamina;
- **el mantenimiento de la higiene de vida:** practicar un deporte y prescindir de los excitantes (café, alcohol y tabaco).

Conclusión

Las alteraciones del sueño, relacionados con trastornos patológicos o con problemas de higiene de vida, afectan al funcionamiento del organismo y de la mente, y tienen mucha importancia sobre numerosos aspectos de la vida social y profesional. ●

Consejos

¿Cómo **favorecer** el sueño?

- **El sueño es una necesidad fundamental que exige una determinada higiene de vida.**
- **Una alimentación ligera y adaptada, un entorno adecuado y la implementación de diferentes rituales favorecen la conciliación del sueño.**

La falta de sueño repetida puede tener numerosas consecuencias nefastas sobre la salud y sobre nuestro comportamiento. *“Nuestros ritmos de vida nos conducen a reducir nuestro tiempo de sueño. Las necesidades habituales de sueño varían en función de los individuos, pero normalmente se sitúan entre 7 y 8 horas en el caso de los adultos”.*

En el marco de la educación para la salud, los profesionales sanitarios desempeñan un papel importante para, por un lado, favorecer el sueño de los pacientes y, por otro, aportar consejos sobre dicho ámbito con el objetivo de mejorar la higiene de vida del paciente.

Alimentación

La cena debe tomarse entre 2 y 3 horas antes de irse a dormir y debe ser ligera.

■ **Dar prioridad a los azúcares lentos** (pasta, arroz) que favorecen la conciliación del sueño y evitan las vigiliadas causadas por el hambre.

■ **Evitar las materias grasas**, cuya digestión es larga.

■ **No consumir excitantes como el café, el té, el alcohol y el tabaco**, que retrasan la conciliación del sueño y pueden hacer que aumenten las vigiliadas nocturnas.

El alcohol favorece los ronquidos, susceptibles de perjudicar el sueño recuperador.

■ **Una tisana de hierba luisa o un vaso de leche tibia tienen un**

efecto positivo. Sin embargo, hay que tener en cuenta no beber demasiado, ya que existe el riesgo de levantarse durante la noche para orinar.

Medio ambiente

■ **La cama y el colchón** deben ser cómodos y adaptados a la persona¹.

■ **Airear el dormitorio** habitualmente.

■ **Mantener la temperatura** del dormitorio en torno a los 18 °C. La habitación debe ser tranquila.

■ **La oscuridad** es favorable pero es necesario tener en cuenta los hábitos de vida de la persona; algunas necesitan una luz pequeña o mantener las ventanas abiertas.

Higiene de vida

Es importante adoptar horarios regulares para irse a dormir y levantarse.

■ **La siesta** a primera hora de la tarde, y si no sobrepasa los veinte minutos, permite mantener una cierta vigilancia durante el resto de la jornada y, por la noche, evita que el sueño sobrevenga demasiado temprano y que, como consecuencia, nos despertemos durante la noche.

■ **Una actividad relajante** prevista media hora antes de dormirse provoca el sueño de forma natural.

El ejercicio físico debe practicarse durante la jornada.

■ **La lectura y la música** pueden ser también buenos medios.

■ **Un baño o una ducha tibia** antes de dormir posee un efecto relajante que propicia la conciliación del sueño.

También podemos dejarnos puestos los calcetines a la hora de irnos a dormir con el objetivo de dejar calientes los pies y así favorecer el sueño.

Una tisana de hierba luisa o un vaso de leche tibia tienen un efecto positivo.

No consumir excitantes como el café, el té, el alcohol y el tabaco, que retrasan la conciliación del sueño, tienen un efecto positivo.

■ **Conviene intentar todas las técnicas** menos agresivas antes de precipitarse a utilizar tratamientos médicos que pueden presentar inconvenientes: adicción o riesgo de caída.

Conclusión

El sueño es esencial para recuperar las capacidades físicas e intelectuales. Necesita una higiene de vida para contribuir a mantener la salud, e incluso prolongar el capital de vida.

El análisis de los profesionales sanitarios permite proponer soluciones adaptadas a la persona y a sus hábitos de vida. ●

Palabras clave

- Higiene de vida
- Ritual
- Sueño
- Técnica suave

NOTAS

1. Se recomienda cambiar de colchón como mínimo cada diez años.

Muerte, agonía y duelo

La muerte es parte fundamental de la vida. Despierta sentimientos intensos de temor no solo en los pacientes moribundos, sino también en su familia y en el personal sanitario. En los hospitales, los pacientes y sus familiares necesitan del personal sanitario para acercarse a la muerte con coraje y dignidad.

Los términos «muerte» y «agonía» no tienen definiciones claras que son necesarias dados los aspectos médicos, legales y morales relacionados con el momento y la manera en que ocurre la muerte. No obstante, se considera que la muerte es el cese absoluto de las funciones vitales, mientras que la agonía es el proceso de pérdida de estas funciones.

Estadios de muerte y agonía

Elizabeth Kübler-Ross llevó el tema de la agonía a la conciencia pública, legitimizando su estudio y promulgando un tratamiento sensible y humanitario para el enfermo terminal. Sus extensas entrevistas a 400 pacientes moribundos revelaron que estos saben que están muriendo sin que se les informe, no necesitaban ha-

blar de ello, pero sí mantener la ilusión, aun cuando no esperan la cura.

El trabajo de esta autora sirve para recordar al personal sanitario que la enfermedad mortal no es un acontecimiento repentino, que los pacientes moribundos mantienen su humanidad y que desde la asistencia sanitaria pueden proveer el apoyo adecuado, dándoles la seguridad de que estarán con ellos hasta el final.

Kübler-Ross postuló 5 estadios (tabla 1) que muchos pacientes atraviesan desde el momento en que se les informa del pronóstico y el desenlace definitivo de la muerte.

Estos cinco estadios no son universales ni obligatorios. No todos los pacientes los atraviesan; tal vez pocos llegan a la aceptación. Los tanatólogos (la tanatología

es el estudio de las conductas, pensamientos y sentimientos asociados a la muerte) concuerdan sobre la importancia de una forma de esperanza que no oculte la realidad del diagnóstico, supervivencia y finitud. La esperanza de recuperarse puede transformarse en la de tener coraje para enfrentar la muerte con paz espiritual.

Asistencia

La asistencia del paciente moribundo es absolutamente individualizada. Quienes se encargan de esta situación deben considerar la muerte con honestidad, considerar un amplio espectro de afectos positivos y negativos, acompañar al paciente sufriente y a sus afligidos seres queridos y resolver temas de rutina en el momento en el que aparecen.

Todos los trabajadores de la salud que atienden a un paciente en estado terminal deben confrontarse con algunos temas importantes:

Transmitir la noticia

- Una vez establecidos el diagnóstico y el pronóstico, deben comunicarse al paciente y a su familia.
- En 1973 se promulga la carta de derechos del paciente declarando que «los pacientes tienen derecho a obtener la información actual y completa en términos comprensibles sobre su diagnóstico, tratamiento y pronóstico».



- Es obligatorio transmitir la información completa si el paciente lo solicita.
- Un enfoque amable y sensible ayuda al paciente a modular su negación y aceptación.
- El médico debe seleccionar el momento y la cantidad de información que suministra, considerando las necesidades y posibilidades del enfermo.

Temores

Saber que la propia muerte es inminente desencadena numerosos temores. Los pacientes necesitan saber que no serán abandonados y que se dispone de medios para aliviar el dolor intenso. Para que la asistencia paliativa sea eficaz, el sufrimiento debe reducirse para optimizar la calidad de vida que resta. Los objetivos en la atención psicosocial de pacientes terminales son comportamiento seguro, agonía digna y muerte apropiada.

La asistencia de pacientes terminales tiene características esenciales:

- **Preocupación.** La empatía, la compasión y el compromiso son esenciales.
- **Competencia.** La aptitud y los conocimientos son más tranquilizadores que la calidez y la preocupación. Los pacientes se sienten mejor si se les asegura que no los dejarán vivir o morir con dolor.
- **Comunicación.** Es esencial que los pacientes se sinceren y lograr comprenderlos.
- **Cohesión.** La comunicación con la familia tranquiliza al paciente y a los familiares.
- **Afecto.** Un sentido del humor apropiado y amable favorece el bienestar más que los comportamientos serios, sombríos o ansiosos.
- **Consistencia.** La conducta más valorada del personal sanitario es su atención continua y persistente. De hecho, muchos temores de los pacientes como sentirse aban-

Tabla 1. Las 5 fases por las que atraviesa el paciente terminal

• Negación: «No a mí». Es la primera respuesta común del paciente terminal. Si no interfiere con el tratamiento, la negación es saludable para mitigar la ansiedad inicial.
• Ira: «¿Por qué a mí?». La indignación puede hacerse notar cuando remite la negación. Los pacientes se vuelven irritables, demandantes y críticos. Esta conducta puede estar dirigida contra ellos mismos, contra el personal sanitario, contra sus familiares y amigos o incluso contra Dios.
• Negociación: «Sí, yo. Pero...». Este proceso implica una especie de promesa para conseguir más tiempo.
• Depresión: «Sí, yo». El paciente tiene plena conciencia de lo que le está ocurriendo. Ante la pérdida eminente de todo puede establecerse un desaliento persistente.
• Aceptación: «Sí a mí, y estoy preparado». El paciente acepta lo inevitable. No se trata de fracaso ni abandono.

donados y estar solos se superan con el compromiso constante del personal que lo atiende.

Duelo

Es el sentimiento de pérdida debido a una muerte. Las reacciones de duelo comprenden alteraciones de los estados afectivos, estrategias de afrontamiento, relaciones interpersonales, actividades biopsicosociales, autoestima y visión del mundo, que pueden durar indefinidamente.

Pese a las variaciones individuales, en el proceso de duelo se distinguen tres fases o etapas con superposición parcial:

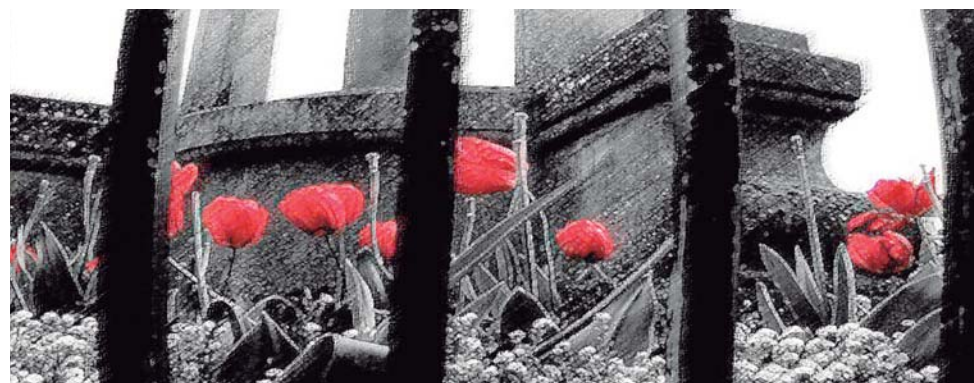
- **Shock inicial:** incredulidad y negación.
- **Periodo intermedio** de malestar agudo y alejamiento social.
- **Periodo culminante** de restitución y reorganización.

Como en los estadios de la agnía de Kübler-Ross, estas etapas no son obligatorias sino pautas generales que describen una superposición y un proceso fluido con variaciones individuales.

La mayoría de las personas que atraviesan un duelo pueden superarlo. El apoyo, las palabras tranquilizadoras y la información que requieren deben provenir, en los primeros momentos, del personal sanitario que ha atendido al paciente cuando la muerte se produce en un centro hospitalario. ●

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

Oxford Textbook of Palliative Medicine, 2nd ed. Edited by Derek Doyle, Geoffrey W. C. Hanks, and Neil MacDonald. New York, N.Y., Oxford University Press, 1999.
Kübler-Ross E., Sobre la muerte y los moribundos, Grijalbo, Barcelona, 1975.
Kaplan H, Sadock B. Tratado de Psiquiatría. 2ª Ed. Salvat Editores. 1989.



Isabel Juliana Amo, Cristina Castaño, Dolores Flores, Isabel López, Santiago Montalbán, José Antonio Urbano, Eva Vieitis, José Romero.

Técnicos en Cuidados de Enfermería (Especialidad Psiquiatría)

Psiquiatría, sala de hospitalización Sant Jordi. Hospital de la Santa Creu y Sant Pau. Barcelona

¿Quiénes somos? ¿Qué hacemos?

La percepción social de la enfermedad mental está sesgada por el desconocimiento, la desinformación y el miedo que nos hacen alejarnos de ella. Esto influye en el aislamiento de las personas que la sufren y pone barreras a su recuperación.

Introducción

Las personas emocionalmente sanas tienen el control sobre sus pensamientos, sentimientos y comportamientos, se encuentran bien con ellos mismos, tienen buenas relaciones interpersonales y pueden poner los problemas en perspectiva; mientras que las que sufren algún trastorno mental tienen menguadas las capacidades de desarrollar estas fun-

ciones por sí mismas. En el caso de los pacientes ingresados, es Enfermería la encargada de satisfacerlas, fomentando dentro de lo posible la autocura y la autoestima, signos importantes de una mejora y bienestar.

Objetivos

- Dar a conocer al personal sanitario que no ha estado nunca en contacto con el servicio de Psi-

quiatria, las características propias de la unidad de hospitalización de agudos (sala Sant Jordi).

- Describir las actuaciones específicas que se realizan con el paciente psiquiátrico, por parte del equipo de Técnicos en Cuidados de Enfermería (TCE) de la sala de agudos psiquiátrica Sant Jordi.

- Conocer el perfil del usuario que se atiende en la sala de agudos de psiquiatría Sant Jordi.



Metodología

- Descripción de la sala Sant Jordi de agudos psiquiátrica, partiendo de los protocolos de la sala Sant Jordi.
- Elaboración de un listado, consensuado por parte del equipo de TCE, de las principales actuaciones específicas que se llevan a término en la sala Sant Jordi.
- Realización de un registro con un total de N=133 pacientes ingresados, en el que constan las siguientes variables de estudio: edad, sexo, diagnóstico, procedencia, derivación y tipo de ingreso. Una vez que se han recogido los datos pertinentes, se procede al análisis estadístico descriptivo de los mismos.
- Creación de una base datos y análisis de la misma mediante el software informático SPSS, para obtener datos relevantes y descriptivos de las variables y datos de estudio.

Descripción de la sala de psiquiatría Sant Jordi

La sala Sant Jordi del Hospital de la Santa Cruz y Sant Pau consta de 26 camas para pacientes con patología psiquiátrica aguda. Ingresan derivados principalmente del servicio de Urgencias de Psiquiatría, pero también de otros servicios y salas del hospital, cuyos pacientes, además de enfermedades somáticas, presentan trastornos psiquiátricos.

Una de las principales características que diferencian la sala Sant Jordi de otras salas del hospital es que es una sala cerrada. Eso es debido a la necesidad de ofrecer un entorno seguro y unas medidas específicas de observación de los enfermos ingresados, puesto que en la mayoría de casos pueden presentar riesgos para sí mismos o para los otros, condición inherente al conjunto de alteraciones que afectan al pensamiento, el estado de ánimo y el

comportamiento.

La dotación de personal del equipo de enfermería consta de:

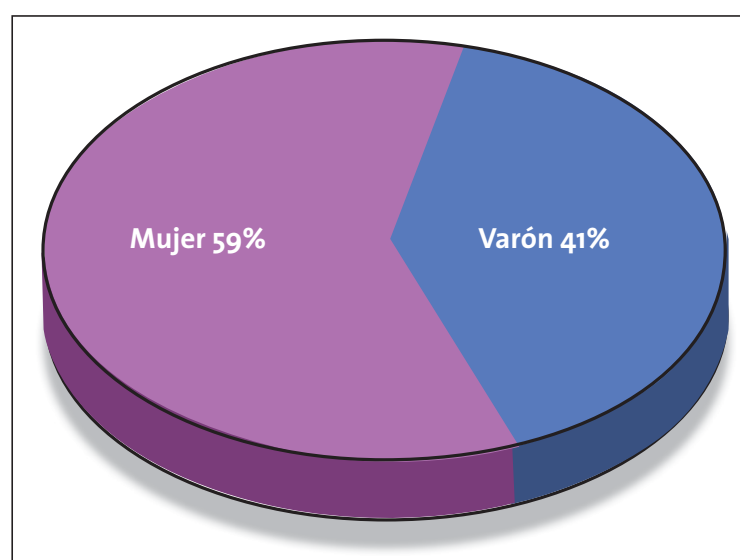
- 1 supervisora.
- 3 enfermeras/os y 2 TCE por cada turno mañana y tarde, de lunes a viernes.
- 2 enfermeras/os y 2 TCE de fin de semana y festivos mañana y tarde.
- 2 enfermeras/os y 1 TCE en ambos turnos por la noche.

La población atendida se distribuye de la siguiente forma:

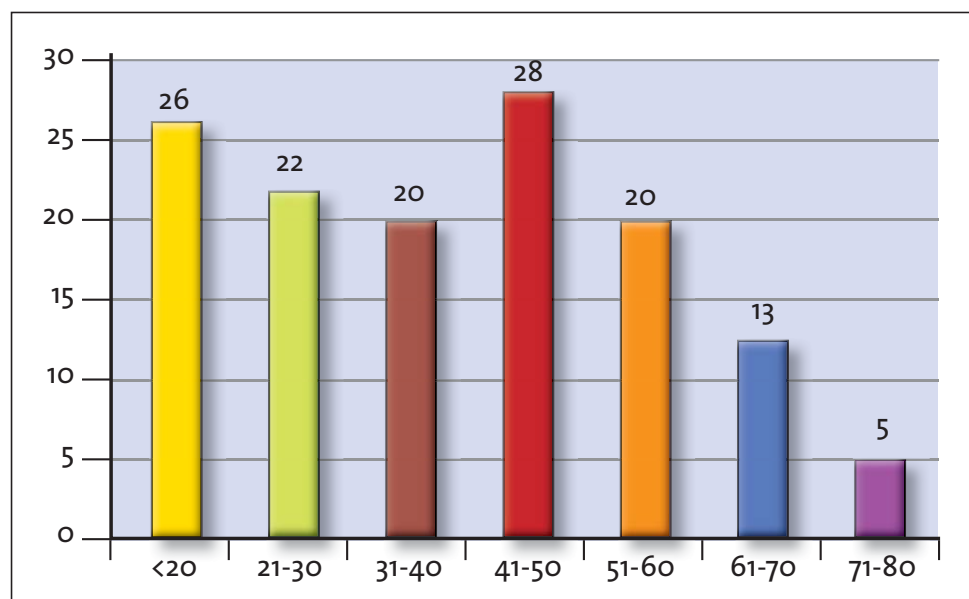
Resultados

La muestra que recoge el presente estudio comprende un total de 133 usuarios cuya media de edad es de 49,39 años, predominando el sexo femenino con un 59%.

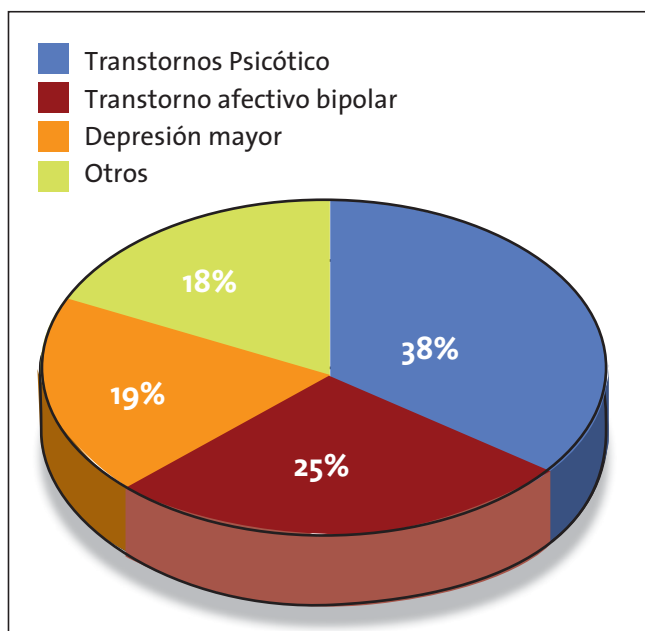
El tipo de ingreso es voluntario en un 62%, un 60% de estos procede del servicio de Urgencias y la patología más frecuente es el trastorno psicótico con un 44%. Tras el ingreso, la mayoría de los pacientes son derivados a su domicilio.



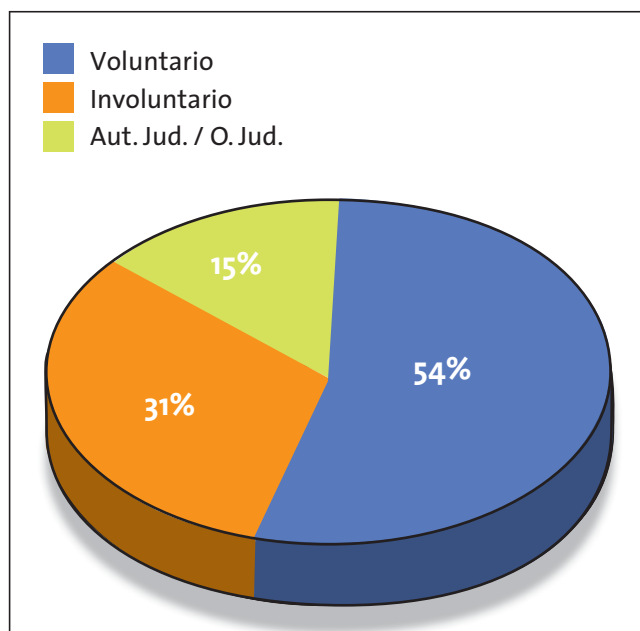
Distribución por sexos.



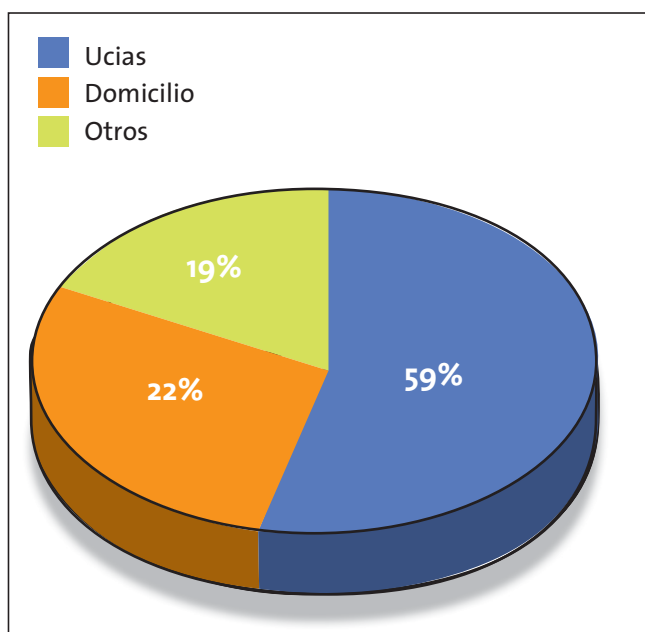
Distribución por edad.



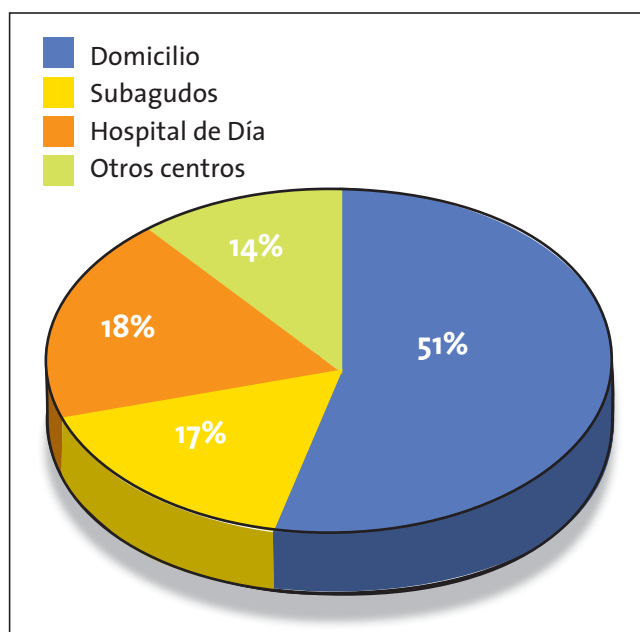
Distribución por patologías.



Tipo de ingreso.



Procedencia.



Derivación Post-alta.

Actuaciones específicas del TCE en Psiquiatría

Aparte de las funciones que son propias del TCE, este ha de estar capacitado y poseer ciertas habilidades para llevar a término unas actuaciones específicas dentro del ámbito psiquiátrico.

Éstas, principalmente, estarán enfocadas a favorecer y mante-

ner un ambiente terapéutico, así como a establecer una relación de confianza que permita su abordaje.

Actuaciones que se llevan a término:

- Proporcionar un ambiente sereno y tranquilo; contenedor y empático, mostrando una actitud re-

ceptiva que recoja las ansiedades y los miedos de la persona.

- Para poder adecuarse a las necesidades individuales de cada paciente es importante tener conocimientos de las diferentes patologías psiquiátricas y de su abordaje; así como de las normas institucionales y legislativas del centro.

- Fomentar la autonomía personal proporcionando las herramientas necesarias para realizar, supervisar e indicar la realización de las AVDB (actividades básicas de la vida diaria).
- Garantizar la observación y vigilancia del bienestar del paciente psiquiátrico, para garantizar la integridad y las curas necesarias durante el ingreso.
- Facilitar a la familia un espacio de acogida que resulte tranquilizador y que proporcione información de la cotidianidad de su familiar ingresado, con el fin de canalizar y contener las inquietudes que puedan aparecer en el entorno familiar.
- El eje central del trabajo de enfermería son los cuidados centrados en el paciente, basándose en una relación interpersonal y bidireccional con el paciente mediante la relación de ayuda.
- Educar al paciente y a la familia en los aspectos básicos del tratamiento, para poder tener un mayor grado de autonomía, y mejorar la calidad de vida del paciente y de las personas que lo rodean.
- Cuidar de los problemas de salud relacionados con la higiene y con otras enfermedades, así como acompañarle a pruebas complementarias o funcionales.
- Acompañamiento en las salidas terapéuticas por el recinto hospitalario, mañana y tarde; así como en los juegos de mesa y lectura.
- Prevenir y preservar a la persona de las conductas inapropiadas y auto- heteroagresivas que puedan presentar, utilizando la contención verbal y/o la contención mecánica, si fuera necesaria, para evitar daños físicos (en este caso activando el protocolo de contención).

Conclusiones

Hemos querido transmitir una visión descriptiva del entorno en el cual trabajamos, y con el tipo

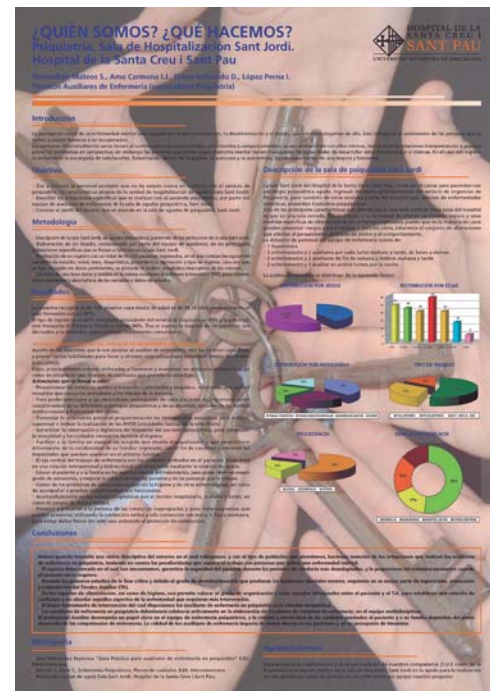
de población que atendemos, haciendo mención de las actuaciones que realizan los TCE en Psiquiatría, teniendo en cuenta las peculiaridades que supone el trabajo con personas que sufren una enfermedad mental:

- El espacio físico cercado en el cual nos encontramos garantiza la seguridad del paciente durante los periodos de conducta más desadaptados y le proporciona los cuidados necesarios cuando el paciente así lo requiere.
- Durante los primeros estadios de la fase crítica y debido al grado de desestructuración que producen los trastornos mentales severos, requieren en su mayor parte

de supervisión, contención y estimulación del TCE.

- Los espacios de alimentación, así como de higiene, nos permite valorar el grado de organización y crear vínculos relacionales entre el paciente y el TCE para establecer una relación de confianza y así abordar aquellos aspectos de la enfermedad que requieran más intervención.
- El mejor instrumento de intervención del cual disponemos los TCE en Psiquiatría es la relación terapéutica.
- Los TCE en Psiquiatría deberíamos colaborar activamente en la elaboración de los planes de cuidados de Enfermería, en el equipo multidisciplinar.

El profesional TCE desempeña un papel clave en el equipo de Enfermería psiquiátrica, y la calidad y efectividad de los cui-



El profesional TCE desempeña un papel clave en el equipo de Enfermería psiquiátrica, y la calidad y efectividad de los cuidados prestados al paciente y a su familia dependen del pleno desarrollo de las competencias de Enfermería.

dados prestados al paciente y a su familia dependen del pleno desarrollo de las competencias de Enfermería. La calidad de los TCE impacta de forma directa en los pacientes y en su percepción de bienestar.

Agradecimientos

Agradecemos la colaboración y el apoyo recibidos de nuestros compañeros D.U.E., de la Supervisora y del equipo médico de la sala de Psiquiatría Sant Jordi durante la realización de este póster; y a la dirección de enfermería por apoyar nuestro proyecto. ●

Bibliografía

- Ana Fernández Espinosa "Guía Práctica para Auxiliares de Enfermería en Psiquiatría". Edit. Interamericana.
- Schultz J., Dark S., Enfermería Psiquiátrica. Planes de cuidados. Edit. Interamericana.
- Protocolos Unitat d'Aguts Sala Sant Jordi del Hospital de la Santa Cruz y Sant Pau.



El equipo de enfermería y las enfermedades patológicas del **colon**. Cuidados del Técnico

El síndrome del intestino irritable y el cáncer de colon son dos de las patologías que pueden afectar al colon. En esta actividad se estudiarán los síntomas, el diagnóstico y los tratamientos más indicados para cada una de ellas.

SUMARIO:

Colon irritable

Causas
Síntomas
Diagnóstico
Tratamiento
Pronóstico

Cáncer de colon

Síntomas
Diagnóstico
Estadios
Tratamiento
Riesgo de padecer cáncer de colon

Colon irritable

El colon irritable, cuya denominación más exacta es «síndrome del intestino irritable» (SII), es un cuadro crónico y recidivante (con tendencia a las recaídas) caracterizado por la existencia de dolor abdominal y/o cambios en el ritmo intestinal (diarrea o estreñimiento), acompañados o no de una sensación de distensión abdominal, sin que se demuestre una alteración en la morfología o en el metabolismo intestinal, ni causas infecciosas que lo justifiquen.

El SII también se ha denominado colitis nerviosa, colitis espásti-

ca ó colon espástico. Todas estas denominaciones se consideran hoy erróneas e incompletas.

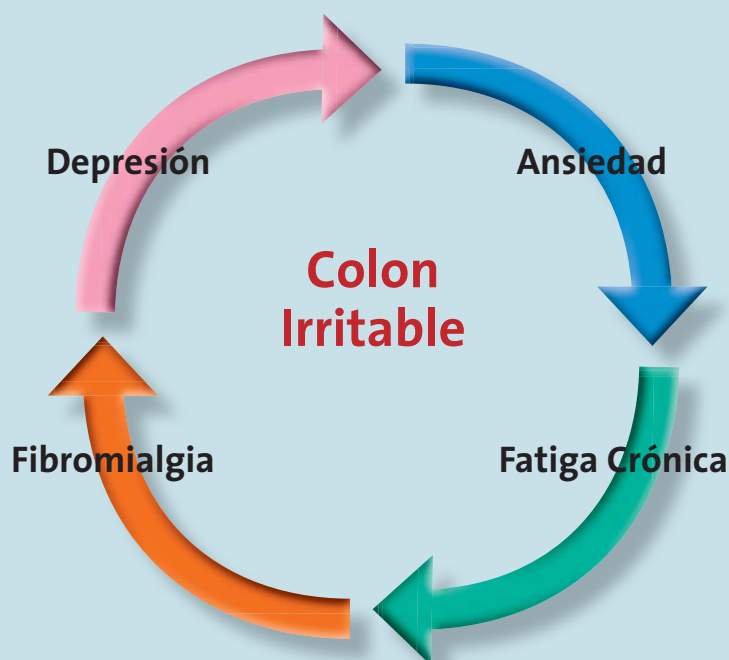
Causas

Hasta hoy, no se conoce ningún mecanismo único que explique por qué los pacientes con SII sufren estos síntomas de forma crónica y recidivante. Desde un punto de vista general, lo más aceptado y demostrado es que existen alteraciones de la motilidad (del movimiento) y/o de la sensibilidad digestiva, influenciadas por factores psicológicos. Además, se han propuesto otras diferentes

alteraciones que también podrían influir en esta enfermedad: gastroenteritis, intolerancias alimentarias, alteraciones hormonales y factores genéticos.

Síntomas

Los síntomas digestivos propios del SII son el dolor y la distensión abdominales, y la alteración del ritmo intestinal. El dolor abdominal suele ser difuso o localizado en hemiabdomen inferior, habitualmente no irradiado, de tipo cólico, opresivo o punzante, en general leve o de moderada intensidad, con una duración inferior a las dos horas, que alivia tras la defecación y que suele respetar el sueño. El inicio o la presencia del dolor abdominal se asocian habitualmente con deseos de defecar o con cambios en la frecuencia o consistencia de las deposiciones y, frecuentemente, el paciente relaciona su comienzo con la ingesta de algún alimento. Las alteraciones del ritmo intestinal pueden manifestarse con predominio del estreñimiento o de la diarrea, o de forma alterna diarrea-estreñimiento. La distensión abdominal y el meteorismo se desarrollan progresivamente a lo largo del día y son referidas como “exceso de gases”. Son frecuentes la saciedad precoz tras la ingesta, las náuseas, los vómitos y el ardor torácico (pirosis). Otros síntomas son la sensación de evacuación in-



completa y la presencia de moco en las deposiciones.

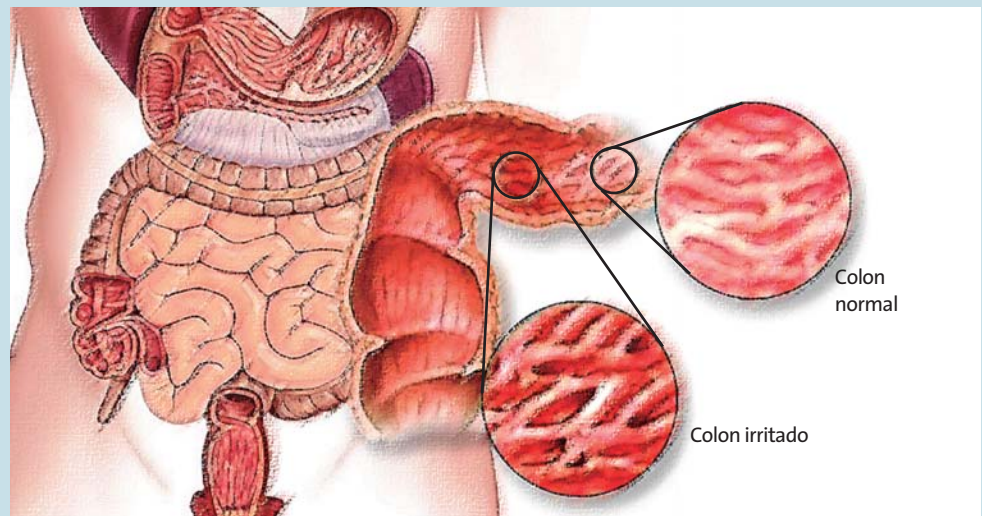
El SII muestra una clara predilección por las mujeres (14-24% frente al 5-19% en los varones). Suele aparecer antes de los 35 años, disminuyendo su incidencia a partir de los 60 años. Es más frecuente en pacientes con otras patologías digestivas funcionales (sobre todo dispepsia-molestias inespecíficas de estómago-no ulcerosa), en mujeres con alteraciones ginecológicas (dismenorrea) y en pacientes con enfermedades psiquiátricas (bulimia, depresión, esquizofrenia).

Diagnóstico

El diagnóstico se basa en una minuciosa historia clínica junto a una completa exploración física, las cuales nos orientarán hacia la posibilidad de tratarse de un SII. Entonces, para completar el diagnóstico de sospecha, deberemos realizar diversas pruebas complementarias que descarten la existencia de patología orgánica (diagnóstico por exclusión). Entre estas pruebas complementarias podemos incluir análisis generales y específicos de sangre, orina y heces, estudios radiológicos de abdomen con y sin contraste, ecografía abdominal y sigmoidoscopia/colonoscopia. Dependiendo de los síntomas y de la edad del paciente, determinaremos en cada caso las pruebas más adecuadas para llegar al diagnóstico de SII.

Tratamiento

Es preciso proporcionar al paciente una información adecuada y comprensible sobre las características de su enfermedad, especialmente de su cronicidad y del pronóstico benigno de la misma. Establecer una buena relación paciente-médico favorecerá la evolución y disminuirá el número de consultas. No hay que minusvalorar las molestias del paciente, ya que sus síntomas son reales. Una vez que el paciente haya entendido su enfermedad y haya podido resolver todas sus dudas, se pue-



den iniciar diversos tratamientos dependiendo de la naturaleza e intensidad de los síntomas.

Las posibilidades actualmente disponibles incluyen:

■ Medidas higiénico-dietéticas (Tabla 1):

- Evite temporalmente aquellos alimentos y bebidas que desencadenen o empeoren sus síntomas (tabaco, café, especias, alcohol, tónica, sopas de sobres, cacao, derivados lácteos, quesos, yogurt, bollería, pasteles, helados, mantequilla,...)
- Utilice suplementos de salvado de trigo: 4 a 8 cucharadas al día, mezclados con líquidos o alimentos.
- Evite comida copiosas. Son preferibles comidas más frecuentes y menos abundantes.
- Evite las bebidas con gas y los alimentos flatulentos como: col, garbanzos, lentejas, cebollas, puerros, guisantes, frutos secos y en conserva.
- Evite, en lo posible, las situaciones que le pongan nervioso o estresen.
- Si predomina el estreñimiento habrá que aconsejar el aumento en la ingesta de fibra (frutas, verduras, cereales, ensaladas...). Si lo que predomina es la diarrea, evite los derivados lácteos, café, té y chocolate.
- Realice ejercicio físico adecuado a su edad y evite el sedentarismo.

■ **Fármacos:** solo cuando la intensidad de los síntomas así lo aconseje, dirigidos a controlar el

síntoma predominante y durante un periodo limitado de tiempo. Pueden ser inhibidores de los espasmos (espasmolíticos), estimulantes de la motilidad (procinéticos), antidiarreicos, laxantes, antidepressivos y ansiolíticos.

■ **Otras:** psicoterapia, acupuntura e hipnoterapia.

Pronóstico

El SII es un proceso crónico que cursa con periodos asintomáticos junto a recaídas frecuentes. En general, se asocia con un buen pronóstico, siendo la expectativa de vida similar a la de pacientes sin la enfermedad. El problema redundante en la calidad de vida: los síntomas y las limitaciones impuestas por la enfermedad empeoran la calidad de vida en todas las esferas (limitaciones sociales, absentismo laboral, actividad física, percepción de su salud).

Cáncer de colon

El colon o intestino grueso es la parte final del intestino. Tiene forma de tubo y su interior está cubierto de una delgada lámina llamada mucosa. La mucosa está formada de células. Cuando una de estas células se transforma en maligna y empieza a multiplicarse sin control surge el cáncer de colon.

La formación de un cáncer de colon es un proceso en etapas que comienza con la aparición de un pólipo que posteriormente sufre



transformaciones hacia la malignidad. Aproximadamente el 80% de los casos son esporádicos, pero el 20% tiene una influencia genética, con mayor riesgo familiar en los que es necesario un mayor seguimiento y control.

El inicio y la evolución de este proceso dependen de la interacción entre factores genéticos y ambientales. En la inmensa mayoría de los casos de cáncer de colon predominan los *factores ambientales*. Si se identificasen estos factores muchos cánceres colorectales podrían ser prevenidos.

Existen distintos factores de riesgo en relación al cáncer de colon: el consumo de grasas y de carnes rojas, sobre todo en conserva, embutidos o carnes preparadas; la obesidad, el tabaquismo y el consumo elevado de alcohol así como la diabetes asociada a la obesidad. Los pacientes con enfermedad de Crohn y

Colitis ulcerosa tienen mayor riesgo con respecto a la población general, sobre todo, en la enfermedad de Crohn (riesgo 20 veces superior).

El cáncer de colon es el tercer tipo de cáncer más frecuente. Un 6% de la población lo padecerá a lo largo de toda la vida. El riesgo es mayor en las personas con algún familiar afectado. Cuando en una familia hay varios casos de cáncer de colon, o de cáncer de colon y útero, es necesario realizar un estudio familiar que descarte un síndrome de predisposición hereditaria. Aunque el cáncer de colon se suele presentar a partir de los 50 años, también lo pueden padecer personas más jóvenes.

Síntomas

En general, el cáncer de colon, en su inicio, no tiene por qué provocar ningún síntoma. Los síntomas del cáncer de colon dependen de su localización.

Si se localiza en la zona final del colon o en el recto, próximo al ano, tienden a estrechar el tubo intestinal y suelen producir síntomas de obstrucción intestinal:

- Sangrado rectal: se manifiesta por sangre roja (aunque puede ser oscura) con la deposición.
- Cambios en el ritmo intestinal, principalmente estreñimiento brusco, o deposiciones acintadas.
- Dolor abdominal bajo.
- Distensión abdominal.
- Molestias abdominales con urgencia en la deposición o sensación de necesidad de defecar sin deposición subsiguiente.

Los cánceres del colon próximos al intestino delgado no suelen producir síntomas intestinales, y se suelen manifestar por cansancio y por anemia secundaria al sangrado.

En muchos casos, los síntomas no aparecen hasta que la enfermedad está avanzada. Los más fre-

Tabla 1

	RECOMENDADOS	PERMITIDOS pequeña cantidad (si son bien tolerados)	NO RECOMENDADOS
Sopas	Caldo desgrasado o de verduras.		Caldos grasos y sopas, sopa de coles.
Carnes	Carnes asadas, jamón sin grasa, cerdo sin grasa, frío.	Menudos (molleja, seso, riñón, hígado), caza fresca, asado.	Charcutería (salvo jamón y cerdo sin grasa frío), carne de caza o en conservas.
Pescado y marisco	Pescado sin grasa (lucio, carpa, dorada, merluza, salmonete, bacalao, raya, lenguado, trucha, rodaballo). Ostras.	Salmón, atún asado, mariscos, crustáceos.	Pescados grasos (anguilas, arenques, caballa, sardinas en aceite, atún en conserva), frituras.
Huevos	Huevos frescos pasados por agua.	Huevos duros.	Huevos cocidos en grasa.
Cereales y pan	Harina de cereales, sémola, tapioca, arroz, pastas alimenticias en cantidad moderada, o pan sin miga en cantidad moderada.		Miga de pan.
Verdura	Patatas, verduras verdes cocidas, verduras verdes crudas, salvo si diarrea o cólico.		Legumbres secas (arvejas, lentejas, porotos, habas), coles, coliflor, coles de Bruselas.
Materias grasas	Mantequilla fresca.	Aceite de oliva y de cacahuete no cocido, nata.	Grasas cocidas (tocino, manteca de cerdo, salsas, guisado, frituras, mantequilla cocida), foie gras.
Leche y quesos	Yogur, queso fresco, queso cocido.	Quesos fermentados, leche.	Café con leche.
Dulces	Dulces sin grasa.	Flan, buñuelos.	Repostería grasa, helados, chocolate y cacao.
Frutas	Frutas cocidas, frutas crudas salvo si diarrea, mermelada, compota.	Nueces, avellanas, almendras.	Plátano, melón, higos, dátiles, castañas, pasas.
Condimentos	Limón, aceite de oliva.	Vinagre, sal.	Pimienta.
Bebidas	Vino diluido, infusiones, aguas minerales.	Té suave, café descafeinado, zumos de frutas.	Alcohol, vino puro, sidra, cerveza, café y té fuertes. Bebidas gaseosas y heladas.
Tabaco, diversos		Algunos cigarrillos permitidos.	Mascar chicle.

cuentas son los cambios del ritmo intestinal, como estreñimiento o diarrea; la aparición de sangre en las heces y el dolor abdominal.

Los cánceres del colon próximos al intestino delgado, se suelen manifestar por una anemia debida a la pérdida crónica de sangre, y la subsiguiente fatiga, disnea o palpitaciones.

Otros síntomas inespecíficos, como debilidad y pérdida de apetito y peso, también pueden estar presentes.

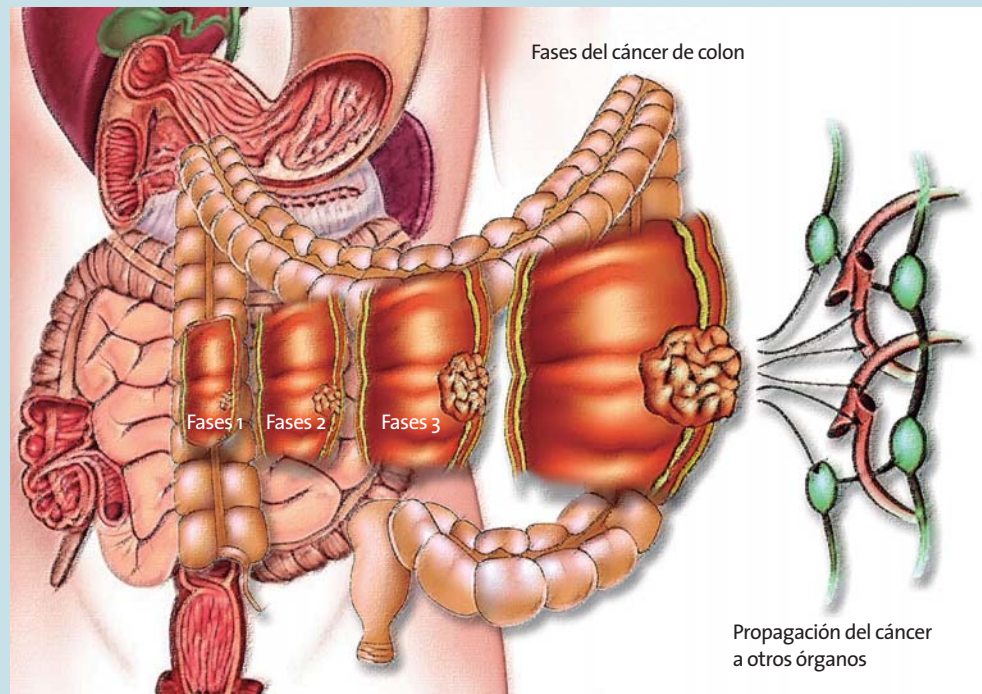
Diagnóstico

La prueba definitiva en un paciente con síntomas es la colonoscopia. Con esta prueba se ve el interior del intestino y se pueden tomar biopsias de las zonas sospechosas.

Otras pruebas son útiles en casos concretos. El TAC permite evaluar la presencia de metástasis o la afectación de órganos vecinos y ganglios. La radiografía, la resonancia nuclear magnética o la ecografía pueden ser útiles para facilitar la identificación de metástasis en determinadas zonas.

Estadios del cáncer de colon

- Etapa 0: cáncer muy incipiente en la capa más interna del intestino.
- Etapa I: cáncer en las capas internas del colon.
- Etapa II: el cáncer se ha diseminado a través de la pared muscular del colon.
- Etapa III: el cáncer se ha diseminado a los ganglios linfáticos.
- Etapa IV: el cáncer se ha diseminado a órganos distantes.



Tratamiento

Depende fundamentalmente de la fase en la que se encuentre la enfermedad en el momento del diagnóstico.

El tratamiento quirúrgico, con la extirpación del tumor, es el único tratamiento curativo. La extensión de la zona a extirpar depende del grado de avance o extensión del tumor, desde la extirpación de un pólipo si el cáncer no invade todavía la mucosa intestinal, a la resección quirúrgica de parte del colon.

Cuando el tumor está localizado en el colon, la operación que se realiza generalmente es la resección segmentaria, que consiste en la extirpación del tumor y un segmento de tejido normal a cada lado del cáncer.

En cuanto al cáncer de recto, según sea el tramo afectado, se realizará una técnica u otra. Cuando el tumor se encuentra por encima de los 7-8 cm desde el canal anal, cerca de la unión del recto y colon, se realizará una resección anterior baja. Con ella se extirpará la parte donde está el cáncer y se unirá el recto con el colon. Si el tumor se encuentra localizado más cerca del ano, será conveniente realizar una resección abdominoperineal. Tras ésta será necesaria una colostomía pues no se puede conseguir la unión del recto con el colon.

Casi todos los pacientes con cáncer de colon en la etapa III deben recibir quimioterapia después de la cirugía, aproximadamente durante 6 a 8 meses. La quimioterapia también se utiliza para tratar pacientes con cáncer de colon en etapa IV. El irinotecan, el oxaliplatino y el 5-fluorouracilo son los 3 medicamentos que se utilizan con más frecuencia.

La radioterapia tiene un papel importante en el tratamiento del cáncer de recto, mientras que en el de colon no se emplea de forma rutinaria. En el cáncer de recto se administra para prevenir que el cáncer recurra en el lugar donde se originó.

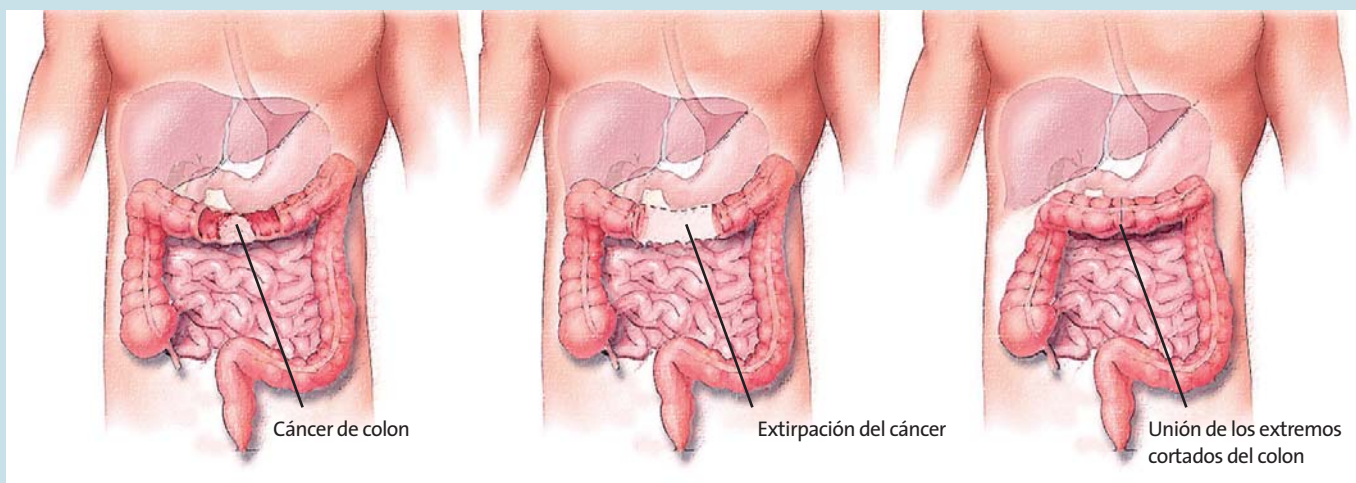
El cáncer de colon está aumentando en incidencia en los países occidentales y desarrollados.

En España, en los varones, es el tercero en frecuencia, detrás del cáncer de pulmón y próstata. En las mujeres es el segundo en frecuencia, detrás del de mama. Sin embargo, si se tienen en cuenta ambos sexos a la vez, el tipo de cáncer más frecuente es el de colon, con casi 28.000 nuevos casos al año.

La mayoría de los casos se diagnostican entre los 65 y los 75 años, con un máximo a los 70, aunque se registran casos desde los 35-40 años. Los casos que aparecen a edades tempranas suelen tener una predisposición genética.



www.aecc.es



En las etapas iniciales de la enfermedad las posibilidades de curación definitiva tras la intervención son del 90%. Esta probabilidad disminuye conforme más avanzada se encuentra en el momento del diagnóstico. Por este motivo, las dos principales formas de reducir la mortalidad del cáncer de colon son la prevención y el diagnóstico precoz.

Para su prevención es fundamental la dieta con abundante fibra, pocas grasas, rica en frutas, vegetales y calcio. Esta dieta puede reducir el riesgo de cáncer de colon. También la realización habitual de ejercicio físico moderado reduce el riesgo. Hoy día se están realizando estudios para llegar a saber el papel preventivo de la aspirina y sus derivados, algunos suplementos vitamínicos y otros fármacos.

Existen varias pruebas que pueden permitir el diagnóstico precoz del cáncer de colon:

- El test de la sangre oculta en heces detecta pequeñas cantidades de sangre en las heces que no son observables a simple vista. Si el test es positivo hay que hacer una colonoscopia. Su realización anual desde los 50 años aumenta las posibilidades de diagnóstico precoz.
- La sigmoidoscopia permite ver el interior de la última parte del intestino. Aquí se asientan las dos terceras partes de los cánceres de colon. Se recomienda hacerla cada 5 años desde los 40 o 50 años.

• La colonoscopia es la prueba más sensible pero también la más agresiva y molesta para el paciente. Observa todo el interior del intestino grueso y permite tomar biopsias y extirpar pólipos consiguiendo simultáneamente el diagnóstico precoz y la prevención. Se suele recomendar a personas con algún síntoma o con antecedentes familiares, pero cada vez son más quienes se la realizan para descartar esta enfermedad. Con esta última finalidad se recomienda hacerla cada 5 o 10 años desde los 40 o 50 años. En las personas con importantes antecedentes familiares se recomienda iniciar los estudios a edades más tempranas.

Riesgo de padecer cáncer de colon

Cada persona tiene un riesgo individual de padecer cáncer de colon. Este riesgo depende de muchos factores y algunos de ellos están claramente establecidos.

1. Una persona tiene un riesgo «estándar» de padecer cáncer de colon si tiene más de 50 años y no presenta ninguno de los factores de riesgo que se exponen a continuación.
2. Una persona tiene un riesgo aumentado, con respecto a la población general, de padecer cáncer de colon si:
 - tiene antecedentes personales de cáncer de colon o de pólipos adenomatosos.
 - tiene historia familiar (padres, hermanos y / o hijos) con cáncer de colon o pólipos adenomatosos.

- tiene antecedentes familiares de múltiples cánceres, especialmente de mama, ovario y útero.
- si ha sido diagnosticado de enfermedad inflamatoria intestinal crónica (colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn).

Existen también algunas enfermedades hereditarias que suponen un riesgo muy aumentado de desarrollar cáncer de colon, pero son muy poco frecuentes.

Otros factores que pueden suponer un mayor riesgo son:

- Dieta pobre en fibra y rica en grasas.
- Vida sedentaria.
- Tabaquismo.
- Consumo habitual de alcohol.

No existe un modo de eliminar por completo el riesgo de desarrollar cáncer de colon, de ahí que se plantee la utilidad de realizar programas preventivos. Sin embargo, algunos consejos que parecen ser útiles para reducir este riesgo son:

- Seguir una dieta rica en fibra: frutas, verduras, cereales.
- Evitar las dietas basadas en alimentos ricos en grasas, especialmente grasas saturadas.
- Tomar alimentos ricos en calcio y Vitamina D.
- Realizar ejercicio físico regularmente.
- Abandonar el tabaco.

Se está investigando la utilidad de algunos fármacos en la prevención del cáncer de colon, aunque no existen todavía resultados definitivos. ●

¿Qué es la Corea de Huntington (EH)?

Corea de Huntington (EH) es una enfermedad neurológica, degenerativa y hereditaria causada por un defecto genético en el cromosoma nº 4. Este gen codifica una proteína llamada huntingtina y la alteración de esta proteína conlleva la muerte de las células nerviosas en algunas áreas del cerebro.

A medida que el gen defectuoso se transmite de padres a hijos, el número de repeticiones del gen tiende a ser mayor. Cuanto mayor sea el número de repeticiones, mayor será la probabilidad de presentar síntomas en una edad más temprana.

La EH puede aparecer en 2 momentos:

- En la **edad adulta**, entre los 35 y 55 años de edad.
- En la **niñez**, poco frecuente antes de los 10 años de edad.

Origen y epidemiología

El nombre de “corea” viene del griego, que significa “coreografía”. Antiguamente esta enfermedad era conocida como el *baile de San Vito* o el *mal de San Vito*.

La EH recibe este nombre por George Huntington, un médico americano que descubrió la enfermedad en 1872 y describió su carácter hereditario.

Se cree que sus orígenes vienen del noroeste europeo y de allí se extendió al resto del mundo, especialmente a América.

Esta enfermedad afecta a 8 personas de cada 100.000 habitantes en Europa, pero 40 de cada 100.000 habitantes tienen un 50% de posibilidades de portar el gen de esta enfermedad y quienes lo portan pueden manifestar síntomas en la tercera o cuarta década de su vida.

En España, unas 4.000 personas tienen la enfermedad y más

de 15.000 personas afrontan el riesgo de portar el gen de la EH porque tienen o tuvieron un familiar directo afectado.

Síntomas y progresión de la enfermedad

Los primeros síntomas de la EH son muy leves y pueden consistir en pequeños cambios de la personalidad o el carácter, la falta de memoria, la torpeza y movimientos de los dedos de las manos y los pies. Cuando ocurren estos signos de la EH tan iniciales, los afectados no visitan a ningún médico y pueden pasar varios años hasta que se realiza un diagnóstico médico.

La EH se caracteriza por una serie de síntomas constituida por:

• Síntomas motores

- Movimientos faciales, incluyendo muecas.
- Girar la cabeza para cambiar la posición de los ojos.
- Movimientos espasmódicos rápidos y súbitos de los brazos, piernas, cara y otras partes del cuerpo.
- Movimientos lentos e incontrolables.
- Marcha inestable.

• Síntomas psicológicos

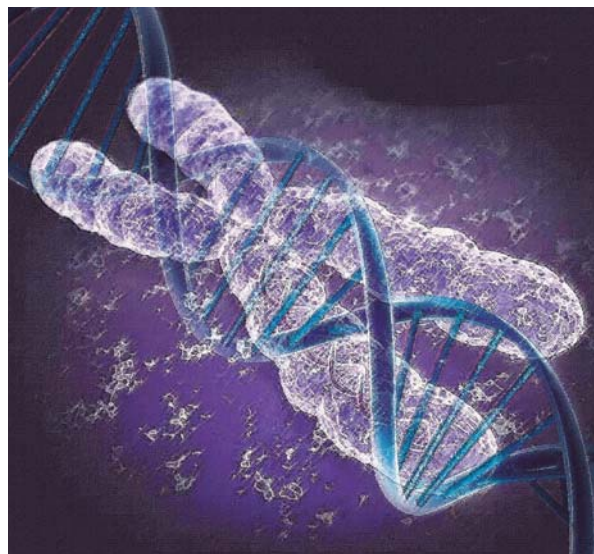
- Alucinaciones.
- Irritabilidad.
- Malhumor.
- Paranoia.
- Psicosis.
- Inquietud o impaciencia.

- Comportamientos antisociales.
- Depresión.
- Alteraciones del sueño.

• Síntomas cognitivos

- Lentitud de pensamiento.
- Dificultad para la concentración, organización y planificación.
- La toma de decisiones.
- La capacidad para responder y preguntar.
- Problemas de memoria a corto plazo.
- Alteración para retener y entender información nueva.
- Cambios en el lenguaje.
- Cambios de personalidad.

También existe otro tipo de síntomas que aparecen según la progresión de la enfermedad, como la pérdida considerable de peso, las alteraciones de sueño, la incontinencia urinaria y dificultad para deglutir.



Existe una clasificación realizada por Ira Shoulson, una doctora americana que clasifica la EH en 5 estadios distintos:

- **Inicial:** la persona está diagnosticada de EH y puede realizar todas sus tareas, tanto en casa como en el trabajo.
- **Intermedio inicial:** la persona puede realizar su trabajo pero con menos capacidad. Puede seguir haciendo frente a las tareas diarias, pero con algunas dificultades.
- **Intermedio tardío:** la persona ya no puede realizar un trabajo numerado ni hacer frente a sus responsabilidades domésticas. Precisa supervisión o ayuda para su contabilidad diaria. Puede encontrar problemas para realizar otras actividades cotidianas para las cuales solo requiere una pequeña ayuda.
- **Avanzado inicial:** la persona es dependiente para sus actividades de la vida diaria, pero puede seguir siendo atendida en casa por sus familiares o cuidadores profesionales.
- **Avanzado:** la persona requiere ayuda para sus actividades de la vida diaria y normalmente precisa cuidados de Enfermería profesionales.

Diagnóstico

El diagnóstico de la EH se realiza mediante sospecha médica, y confirmación por diagnóstico mo-

lecular. La prueba genética que se realiza se denomina "test predictivo", y permite determinar si una persona desarrollará una enfermedad genética. Se realiza en personas sin síntomas y signos de la enfermedad. En general, la edad mínima recomendada para pasar el test predictivo son los 18 años, pues se supone que la persona tiene la madurez suficiente para ser consciente de lo que significa ser portador del gen.

Cuando se realiza la prueba se pueden diferenciar 4 tipos de resultados:

- **Por debajo de 27 repeticiones CAG,** significa que es una persona normal.
- **Entre 27 y 35 repeticiones,** significa que es una persona normal, pero con un pequeño riesgo de que el número aumente en generaciones futuras.
- **Entre 36 y 39 repeticiones,** el resultado es anormal, pero hay posibilidad de que la enfermedad se desarrolle a una edad muy avanzada o de que no llegue a hacerlo.
- **Por encima de 40 repeticiones,** el gen es anormal.

También se realizan algunos exámenes como resonancia magnética, TAC, PET (tomografía por emisión de positrones) o tomografía computarizada de la cabeza. Esta última puede mostrar pérdida de tejido cerebral, especialmente en la profundidad del cerebro.

Tratamiento

No existe ningún tratamiento para curar la enfermedad ni para detener el avance de la misma. Se utilizan fármacos para controlar determinados síntomas como los movimientos, depresión, la apatía, irritabilidad, etc.

La depresión se da con gran frecuencia en la EH, en ocasiones con un síntoma inicial, en otras en fases posteriores. La depresión puede tratarse de varias maneras, con cambios en nuestro comportamiento hacia ellos, psicoterapia y medicación.

Alimentación del paciente con Corea de Huntington

Los enfermos de EH frecuentemente presentan problemas nutricionales, dentro de los cuales encontramos pérdida de peso, problemas de deglución, requerimientos mayores de energía y aporte insuficiente de nutrientes y de líquidos. Estas alteraciones nutricionales pueden llevar al paciente a presentar desnutrición. El gasto energético es mucho mayor debido a los movimientos anormales involuntarios y a las anomalías en el movimiento voluntario.

Los enfermos de EH requieren una ingesta calórica alrededor de 5000 calorías para mantener e incluso aumentar el peso. Estos enfermos requieren suplementos nutricionales hipocalóricos para

FÁRMACO	DOSIS INICIAL	INCREMENTOS	MANTENIMIENTO
Haloperidol	0,5 a 1 mg/día	0,5 mg por semana	8 mg /día
Reserpina	0,1 mg/día	0,1 mg cada 5-7 días	3 mg/día
Tetrabenazina	12,5 mg/día	12,5 mg cada 5 días	200 mg /día
Clozapina	12,5 mg/día	12,5 mg cada 3 días	25-150 mg /día
Quetiapina	12,5 mg	12,5 mg cada 5 días	100 mg/día
Olanzapina	2,5 mg	2,5 mg cada 5 días	20 mg/día
Risperidona	0,5 mg	0,5 mg cada 3 días	6 mg / día

ayudar a ese aporte de calorías necesarias por día.

Por lo tanto, un enfermo de EH requiere una dieta hiperproteica para aumentar su nivel de proteínas y así mantener un peso adecuado y no llegar al extremo de desnutrición.

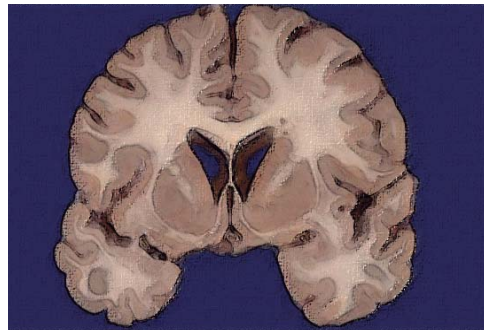
Cuando es imposible conseguir una adecuada ingesta con una dieta oral, por problemas de deglución y tolerancia de nutrientes, a los paciente de EH se les implanta una sonda para asegurar su alimentación y mejorar su calidad de vida. Podemos distinguir entre:

- **Sonda nasogástrica:** se coloca a través del orificio nasal, de la garganta hasta el estómago.
- **Sonda gástrica:** es un tubo que se implanta a través del abdomen hasta el estómago.

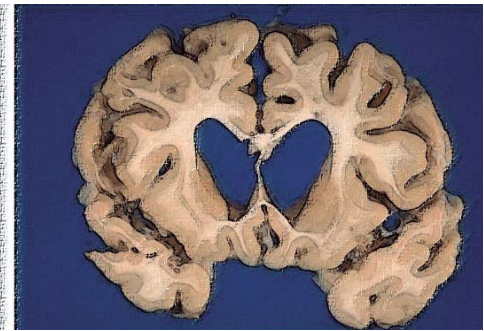
Para estos tipos de nutrición podemos utilizar alimentos triturados en forma de puré o papillas, preparados comerciales o mezclas que se preparan a partir de polvo que se disuelven en agua o líquidos. El médico prescribe el tipo de preparado que debe administrarse, así como la cantidad y la frecuencia.

Existen 3 métodos de administración de alimentación por sonda:

- **Con jeringa de alimentación.** Suele utilizarse una jeringa de 50 ml o 100 ml, y se realiza una administración intermitente mediante embolados de 200-400 ml. Generalmente cada 4-6 horas, durante procesos de 15 minutos aproximadamente.
- **Con sistema de goteo.** La solución nutritiva se presenta en una bolsa apropiada o se introduce en ella, conectándola a un sistema de goteo con cámara cuentagotas. La cantidad a infundir en 24 horas se fracciona en "tomas". La bolsa se cuelga en un soporte de sueros.
- **Con bomba de infusión enteral.** Se utiliza una bomba de infusión en la que se ajusta la velocidad de entrada de la solución nutritiva interior del tubo digestivo. Es un



Cerebro sano.



Cerebro con Enfermedad de Huntington.

método de administración continuo. Es el método mejor tolerado por el paciente.

Cuidados del TCAE en los enfermos de Corea de Huntington

Es muy importante y muy especial para los pacientes de EH sentirse útiles. Por ese motivo hay que evitar sobreprotecciones. Hay que dejar que el paciente haga por sí mismo todo lo que pueda, aunque tarde más o le cueste más esfuerzo. Podemos clasificar las AVD en:

Alimentación

• Pautas a seguir en pacientes con alimentación por vía oral

- Intentar permitir que el paciente se meta la comida en la boca, se limpie solo, etc.
- Es mejor comer despacio, intentando que al menos cada comida dure 25 minutos, procurando que el ambiente sea lo más relajado posible.
- La postura es muy importante y debe estar lo más recto posible y mantenerse así 20 minutos después de las comidas.
- Ponerle una servilleta al cuello o un babero.
- Darle de beber en un vaso con pajita o incluso en botellas de las que se usan para hacer deporte porque son más fáciles de coger.
- Los líquidos espesos son más fáciles de tragar (poniendo espesantes).

• Pautas a seguir en pacientes con alimentación por sonda

- Preparar el material necesario (jeringa de 100 ml, recipiente con comida, vaso con agua, etc).
- Posicionar a la persona de manera que esté sentada, o por lo menos la parte superior del cuerpo esté por encima del nivel del estómago.
- Lavarse las manos antes de manipular el equipo de alimentación. Lavar las bolsas de alimentación con agua, nunca con jabón.
- La alimentación debe estar a temperatura ambiente para reducir el riesgo de vómitos o diarreas. Las nutriciones abiertas deben conservarse refrigeradas y desecharlas cuando no se utilizan en 24 horas. Si se van a utilizar, deben sacarse de la nevera 15-20 minutos antes de la toma.
- Pasar la alimentación lentamente para que no haga daño al enfermo. Pasar la cantidad indicada por el médico.
- Después de pasar la alimentación, introducir agua para la hidratación y para evitar la obstrucción de la sonda.

Higiene, piel y tegumentos

• Pautas a seguir para el aseo personal

- Preparar el material necesario (ropa, jabón, aceite corporal, etc).
- Explicar al paciente lo que vamos a realizar.
- Mantener la habitación a temperatura adecuada.
- Cerrar ventanas y puertas.
- Preservar la intimidad del paciente.

- Ayudar al paciente a meterse en la ducha, dejarlo en un asiento y dejar que se lave las partes del cuerpo que él pueda.
- Lavar las partes a las que él no ha podido llegar haciendo hincapié en la zona perianal.
- Secar las partes del cuerpo, en vez de arrastrar la toalla, secar con golpecitos suaves.
- Hidratar la piel con aceite de almendras o similar.

Vestirse

• Pautas a seguir para vestir al paciente

- Dejar que use la ropa que desee y colocarla de forma que no sea difícil de alcanzar.
- Usar ropa amplia, cómoda y que no estorbe en los movimientos involuntarios.
- Usar ropa fácil de poner, sin cordones o botones pequeños. En el calzado, mejor velcro que cordones.
- En el resto del aseo (peinarse, lavarse los dientes, etc) es más fácil ponerlo en una silla sentado para que el paciente solo tenga que ocuparse de lo que hace con las manos.

Respiración

• Pautas a seguir para una correcta respiración y oxigenación.

- Utilizar un humidificador para mantener el aire húmedo y el ambiente saludable.

- Proporcionar una hidratación abundante, utilizando gelatinas si el paciente no tolera los líquidos.
- Realizar ejercicio físico diariamente, mejor si es al aire libre.
- Cuando el enfermo presente abundantes secreciones, realizarle ejercicios de fisioterapia respiratoria (clapping, percusión, vibración torácica, etc).
- Utilizar gelatinas o espesantes para la ingesta de líquidos.
- Cuando coma, mantenerlo en posición semisentado, con la espalda rígida. Continuar con esta postura como mínimo 45 minutos después de la ingesta.

Descanso y sueño

• Pautas a seguir para un correcto descanso

- Antes de ir a dormir, tanto a los pacientes dependientes como independientes, realizar el aseo dental y evacuar o miccionar antes de acostarse.
- Mejorar que estos pacientes vayan a dormir cuando pasen 2 horas después de haber realizado cualquier comida.
- Descansar siempre más de 7 horas.
- La cama estará protegida con barreras y acolchada, por los movimientos involuntarios. Esta medida se toma para que no sufra ningún tipo de accidente.
- En algunos casos en que la enfermedad está muy avanzada y los movimientos involuntarios son muy bruscos, aun poniendo barreras y acolcharlas, también por su seguridad es necesario poner un lado de la cama apoyado en la pared y mullir el suelo del otro lado (por ejemplo, poniendo un colchón).
- Intentar que el enfermo encuentre la postura correcta para que permita relajarse e inducir el sueño con facilidad.
- Un correcto alineamiento corporal que los mantenga en una

postura anatómica correcta evita el dolor producido por las contracturas.

Eliminación y evacuación

• Pautas a seguir para la eliminación de pacientes independientes.

- Ayudarlos a ir al baño.
- Ayudar a quitarse la ropa para que le sea más fácil.
- Ayudar a sentarlo en el baño (en el caso de los hombres a la hora de miccionar, mejor si lo hacen sentados que de pie).
- Colaborar en la higiene perianal.
- Si es preciso, poner pañal o ayudar a ponérselo.
- Siempre se puede colaborar, ayudar, y en algunos casos tan solo vigilar, para que no sufra ningún accidente.

• Pautas a seguir para la eliminación en pacientes dependientes.

- Explicar al enfermo qué vamos a realizar.
- Preparar el material (bates, toallas, esponjas, etc).
- Limpiar la zona perianal, cada zona con una esponja diferente.
- Secar muy bien cada zona con toallas.
- Poner hidratación en la zona de las nalgas.
- Poner un pañal limpio.
- Realizar esto tantas veces como sea necesario.

Evitar los peligros

- Dejar que el paciente se mueva, deambule, se siente y camine de la forma más autónoma posible, dentro de sus posibilidades y de las normas básicas de seguridad.
- Utilizar agarraderas en la pared, tanto en los pasillos como en la cama.

Algunos pacientes utilizan bastones (mejor de 3 patas), andadores e incluso sillas de rueda.

Si va en silla de rueda, fomentar que el mismo impulse la silla,

El nombre de "corea" viene del griego, que significa "coreografía". Antiguamente esta enfermedad era conocida como el baile de San Vito o el mal de San Vito.



tanto con las piernas como con las manos.

Para evitar caídas en las sillas de ruedas, reclinar el respaldo y que tenga apoyos laterales.

Comunicación, interacción social, ocio y recreo

- Llevar siempre la conversación, hablando de una forma fácil y sencilla.
- Si notamos que la persona no nos entiende, repetiremos y nos volveremos a expresar con otras palabras.
- Hay que ser paciente cuando el enfermo esté tratando de hablar y darle mucho tiempo para responder.
- Si no entendemos lo que nos quiere decir, pediremos que nos lo aclare.
- Poner atención a los gestos, las expresiones faciales, el lenguaje corporal, etc.
- Si el enfermo tiene dificultad para decidir, daremos opciones específicas. Por ejemplo, en vez de preguntar ¿dónde quieres ir a comer?, podemos preguntarle, ¿te gustaría comer comida china o italiana?
- En algunos casos podemos ofrecer un papel o una pizarra para que lo escriba, o con fotos, revistas, etc.
- Si la comunicación está muy deteriorada, hasta el punto de no entender al enfermo, seguiremos hablándole. Con esto evitaremos el sentimiento de aislamiento y desesperación.
- Mantener al paciente dentro de las habilidades manuales, como ayudar a doblar la ropa, abrochar y desabrochar botones, etc.
- Mantener la piel limpia, hidratada, evitando escaras y contracturas.
- Para los enfermos que no se puedan cambiar de posición so-

los, cada 2 horas realizaremos cambios posturales para evitar úlceras por presión.

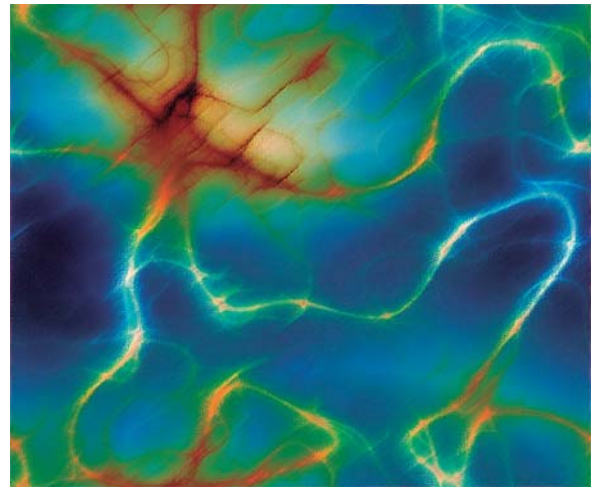
- Movilizar las articulaciones al menos 2 veces al día para evitar rigidez.
- Realizar ejercicios de relajación y respiración para mejorar la motricidad y la situación respiratoria.
- Mantener una buena relación con la familia, amigos, conocidos, etc.

Apoyo psicológico a los familiares de enfermos de Corea de Huntington

Para conseguir unos cuidados plenos, la familia ha de ser el soporte fundamental en el que nos basemos, algo imprescindible en la dispensación de los cuidados.

Nuestros cuidados irán dirigidos al paciente sin dejar de lado a su familia en ningún momento, proporcionándoles información, escuchando atentamente sus inquietudes, angustias y demandas, dándoles apoyo psicológico y emocional. Podemos dar una serie de recomendaciones a los familiares:

- **Establecer rutinas para las situaciones cotidianas.** Esto evitará que el enfermo deba enfrentarse a situaciones cambiantes constantemente. Las rutinas representan para el paciente una sensación de seguridad.
- **Mantener la independencia de la persona.** El enfermo mantiene su autoestima y conserva su independencia.
- **Ayudar a mantener la dignidad de la persona.** Evitar discusiones sobre la condición del paciente delante de él.
- **Evitar discusiones.** Es aconsejable no llamar la atención cuando cometa algún error ya que esto provoca una sensación de fracaso.
- **Simplificar las tareas.** Cuanto más sencillas sean las tareas, más fácil las llevará a cabo.



- **Conservar el buen humor.** Puede ayudar a aliviar el estrés.
 - **La seguridad es importante.** A consecuencia del proceso degenerativo, se realiza una pérdida de coordinación física, aumentando las posibilidades de lesionarse.
 - **Ayudar a aprovechar las habilidades de la persona.** Aumentar actividades de ocio o de relación con los demás, puede elevar el sentido de la dignidad y la autoestima.
 - **Mantener la comunicación.** Hablar claro, despacio, cara a cara y mirando a los ojos, mostrar gestos de cariño, atender al lenguaje corporal del enfermo y asegurarse de que la persona nos presta atención.
 - **Usar ayudas de memoria.** Utilizar calendarios o notas que ayuden al enfermo a mantenerse orientado y a recordar.
- Podemos exponer unas técnicas a tener en cuenta en la relación familiar-TCE:
- Utilizar el lenguaje verbal y no verbal para demostrar que le estamos escuchando.
 - Mostrar siempre empatía.
 - Reforzar al familiar ante comentarios o actitudes que supongan un cambio positivo.
 - Aceptar críticas.
 - Evitar hacer críticas al familiar, cambiarlas por sugerencias.
 - Saber escuchar. ●

PROGRAMA DE FORMACIÓN A DISTANCIA 2013/2014



PROGRAMA DE FORMACIÓN A DISTANCIA 2013/2014 PARA TÉCNICOS EN EMERGENCIAS

BOLETÍN DE MATRÍCULA (Cumplimentar con letra de imprenta) (Enviarlo junto con justificante de ingreso y fotocopia del DNI por correo, no se admitirá vía fax, a: FAE C/Tomás López, 3- 1º izq. 28009-Madrid. Tlf. 91 521 52 24)

Nombre y apellidos _____ N.I.F. _____
Domicilio _____ N° _____ Esc.: _____ Letra _____ Piso: _____ C.P. _____
Localidad _____ Provincia _____
Tlf.: _____ Móvil _____ E-mail _____
Afiliado SAE: ☐ Sí ☐ No N° Afiliación _____

Marque con "X" el código de la actividad deseada

☐ **DE001** Anatomía, movilización y traslado del paciente con traumatismos para Téc. en Emergencias Sanitarias (40 h.- 4,6 créditos) **45 € afil. - 70 € no afil.**

MATRÍCULA: Abierta y permanente (durante el curso académico) **LÍMITE ALUMNOS:** 100 (por edición)

Forma de pago: Mediante ingreso o transferencia a favor de "FAE" en el Banco Popular. C/C N° ES95 0075-0079-51-0601414663.

No se admitirá boletín alguno que no esté debidamente cumplimentado. El pago debe hacerse a nombre del titular del curso.

"En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal, le informamos que sus datos van a incorporarse a un fichero automatizado de titularidad de FAE siendo la finalidad de dicho tratamiento la información de entidades formativas o profesionales entre usted y la fundación FAE".



PROGRAMA DE FORMACIÓN A DISTANCIA 2013/2014 PARA TÉCNICOS EN FARMACIA

BOLETÍN DE MATRÍCULA (Cumplimentar con letra de imprenta) (Enviarlo junto con justificante de ingreso y fotocopia del DNI por correo, no se admitirá vía fax, a: FAE C/Tomás López, 3- 1º izq. 28009-Madrid. Tlf. 91 521 52 24)

Nombre y apellidos _____ N.I.F. _____
Domicilio _____ N° _____ Esc.: _____ Letra _____ Piso: _____ C.P. _____
Localidad _____ Provincia _____
Tlf.: _____ Móvil _____ E-mail _____
Afiliado SAE: ☐ Sí ☐ No N° Afiliación _____

Marque con "X" el/los código/s de la/s actividad/es deseada/s

☐ **DF001** Estudio farmacológico en enfermedades infecciosas: bacterianas, víricas, micóticas y parasitarias para técnicos (65 h.- 6,8 créditos) **57 € afil.- 81 € no afil.**

☐ **DF002** Los antihistamínicos y sus usos. Dispensación de medicamentos de especial control e intoxicaciones para técnicos (50 h.- 4,2 créditos) **51 € afil.- 75 € no afil.**

☐ **DF003** Medicamentos genéricos, biológicos y biotecnológicos para técnicos (40 h.- 6,2 créditos) **45 € afil.- 70 € no afil.**

☐ **DF004** Operaciones básicas de laboratorio farmacéutico y formulación magistral para técnicos (50 h.- 4,1 créditos) **51 € afil.- 75 € no afil.**

☐ **DF005** Principios básicos de Farmacología para Técnicos de Farmacia (40 h.- 3,4 créditos) **45 € afil.- 70 € no afil.**

☐ **DF006** Conocimientos básicos del medicamento, proceso L.A.D.M.E. y vías de administración para técnicos (80 h.- 4 créditos) **69 € afil.- 93 € no afil.**

☐ **DBF01** Bloque FARMACIA Y LABORATORIO PARA TÉCNICOS EN FARMACIA (170 h.- 11,5 créditos) **145 € afil.- 210 € no afil.**

Compuesto por tres cursos: "Conocimientos básicos del medicamento, proceso L.A.D.M.E. y vías de administración para técnicos", "Operaciones básicas de laboratorio farmacéutico y formulación magistral para técnicos" y "Principios básicos de Farmacología para Técnicos de Farmacia"

MATRÍCULA: Abierta y permanente (durante el curso académico) **LÍMITE ALUMNOS:** 100 (por edición)

Forma de pago: Mediante ingreso o transferencia a favor de "FAE" en el Banco Popular. C/C N° ES95 0075-0079-51-0601414663.

No se admitirá boletín alguno que no esté debidamente cumplimentado. El pago debe hacerse a nombre del titular del curso.

"En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal, le informamos que sus datos van a incorporarse a un fichero automatizado de titularidad de FAE siendo la finalidad de dicho tratamiento la información de entidades formativas o profesionales entre usted y la fundación FAE".



PROGRAMA DE FORMACIÓN A DISTANCIA 2013/2014 PARA TÉCNICOS EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA /AE

BOLETÍN DE MATRÍCULA (Cumplimentar con letra de imprenta) (Enviarlo junto con justificante de ingreso y fotocopia del DNI por correo, no se admitirá vía fax, a: FAE C/Tomás López, 3- 1º izq. 28009-Madrid. Tlf. 91 521 52 24)

Nombre y apellidos _____ N.I.F. _____
Domicilio _____ N° _____ Esc.: _____ Letra _____ Piso: _____ C.P. _____
Localidad _____ Provincia _____
Tlf.: _____ Móvil _____ E-mail _____
Afiliado SAE: ☐ Sí ☐ No N° Afiliación _____

Marque con "X" el/los código/s de los bloque/s deseado/s

☐ **DB002** Bloque de ATENCIÓN DE ENFERMERÍA ANTE EL MALTRATO (130 h.- 11 créditos) **125 € afil.- 180 € no afil.**

☐ **DB003** Bloque de CUIDADOS PEDIÁTRICOS (107 h.- 8,8 créditos) **90 € afil.- 130 € no afil.**

☐ **DB004** Bloque de TÉCNICAS HOSPITALARIAS (165 h.- 13,4 créditos) **140 € afil.- 195 € no afil.**

☐ **DB005** Bloque EL TCE/AE EN HOSPITALIZACIÓN (84 h.- 9,8 créditos) **85 € afil.- 120 € no afil.**

☐ **DB006** Bloque FARMACIA Y LABORATORIO PARA TCE/AE (170 h.- 12,8 créditos) **145 € afil.- 210 € no afil.**

MATRÍCULA: Abierta y permanente (durante el curso académico) **LÍMITE ALUMNOS:** 100 (por edición)

Forma de pago: Mediante ingreso o transferencia a favor de "FAE" en el Banco Popular. C/C N° ES95 0075-0079-51-0601414663.

No se admitirá boletín alguno que no esté debidamente cumplimentado. El pago debe hacerse a nombre del titular del curso.

"En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal, le informamos que sus datos van a incorporarse a un fichero automatizado de titularidad de FAE siendo la finalidad de dicho tratamiento la información de entidades formativas o profesionales entre usted y la fundación FAE".

BOLETÍN DE MATRÍCULA (Cumplimentar con letra de imprenta) (Enviarlo junto con justificante de ingreso y fotocopia del DNI por correo, no se admitirá vía fax, a: FAE C/Tomás López, 3- 1º izq. 28009-Madrid. Tlf. 91 521 52 24)

Nombre y apellidos _____

N.I.F. _____ Domicilio _____

Nº _____ Piso _____ Letra _____ Esc.: _____ C.P. _____ Localidad _____

Provincia _____ Tlf.: _____ Móvil _____

Email _____

Afiliado SAE: ☐ Sí ☐ No Nº Afiliación _____

Marque con "X" el/los código/s de la/s actividad/es deseada/s

- ☐ **D0001** Actuación del AE/TCE en la unidad de urgencias pediátricas (100 h.- 8,9 créditos) **99 € afil.- 129 € no afil.**
- ☐ **D0002** Actuación del AE/TCE en servicios especiales. Urgencias: traumatismos y quemados (80 h.- 8,2 créditos) **69 € afil.- 93 € no afil.**
- ☐ **D0003** El paciente ostomizado. Cuidados y técnicas del AE/TCE (70 h.- 8,7 créditos) **65 € afil.- 88 € no afil.**
- ☐ **D0004** Anatomía y movilización de pacientes para AE/TCE (21 h.- 3,4 créditos) **FORMATO CD 25 € afil.- 34 € no afil.**
- ☐ **D0006** Atención del AE/TCE al paciente con alteraciones mentales (67 h.- 6,4 créditos) **57 € afil.- 81 € no afil.**
- ☐ **D0007** Atención del equipo de enfermería ante las enfermedades inmigrantes por la globalización. Cuidados del AE/TCE (50 h.- 4,6 créditos) **51 € afil.- 75 € no afil.**
- ☐ **D0008** Conocimientos básicos del medicamento, proceso L.A.D.M.E. y vías de administración para técnicos (80 h.- 4 créditos) **69 € afil.- 93 € no afil.**
- ☐ **D0010** Cuidados del AE/TCE al paciente con patología digestiva (65 h.- 7,5 créditos) **57 € afil.- 81 € no afil.**
- ☐ **D0011** Técnicas y cuidados del AE/TCE en ginecología y obstetricia. Módulo: cuidados para la salud de la mujer (70 h.- 6,4 créditos) **65 € afil.- 88 € no afil.**
- ☐ **D0012** Cuidados del AE/TCE en la alimentación del paciente oncológico (20 h.- 3,2 créditos) **FORMATO CD 25 € afil.- 34 € no afil.**
- ☐ **D0013** Cuidados del AE/TCE en la higiene y protección de la piel. **Próximo lanzamiento en marzo de 2014**
- ☐ **D0014** Cuidados del equipo de enfermería ante el maltrato a los ancianos (40 h.- 3,6 créditos) **45 € afil.- 70 € no afil.**
- ☐ **D0015** Cuidados del equipo de enfermería ante el maltrato de género (40 h.- 3,5 créditos) **45 € afil.- 70 € no afil.**
- ☐ **D0016** Cuidados del equipo de enfermería ante el maltrato infantil (50 h.- 3,9 créditos) **51 € afil.- 75 € no afil.**
- ☐ **D0017** Cuidados del equipo de enfermería en el control de las enfermedades nosocomiales. Cuidados del técnico (60 h.- 5,6 créditos) **57 € afil.- 81 € no afil.**
- ☐ **D0018** Cuidados del AE/TCE al paciente infeccioso (21 h.- 1,9 créditos) **FORMATO CD 25 € afil.- 34 € no afil.**
- ☐ **D0019** Cuidados del AE/TCE en la unidad de urología (50 h.- 4 créditos) **51 € afil.- 75 € no afil.**
- ☐ **D0020** Cuidados del TCE/AE en los trastornos de la regulación de la temperatura en pediatría (21 h.- 2,7 créditos) **FORMATO CD 25 € afil.- 34 € no afil.**
- ☐ **D0021** Cuidados intensivos para AE/TCE (40 h.- 3,4 créditos) **45 € afil.- 70 € no afil.**
- ☐ **D0022** Cuidados materno infantiles para AE/TCE (65 h.- 4,4 créditos) **57 € afil.- 81 € no afil.**
- ☐ **D0023** Cuidados y atención del AE/TCE al paciente neurológico. Módulo I (50 h.- 6,3 créditos) **51 € afil.- 75 € no afil.**
- ☐ **D0024** Cuidados y atención del AE/TCE al paciente neurológico. Módulo II: patologías (50 h.- 4,6 créditos) **51 € afil.- 75 € no afil.**
- ☐ **D0025** Cuidados y técnicas del AE/TCE en servicios especiales: obstetricia y ginecología. Módulo control fetal (20 h.- 3,2 créditos) **FORMATO CD 25 € afil.- 34 € no afil.**
- ☐ **D0026** Cuidados y técnicas del AE/TCE en pruebas diagnósticas para laboratorio (50 h.- 4,3 créditos) **51 € afil.- 75 € no afil.**
- ☐ **D0027** Cuidados y técnicas para AE/TCE en atención especializada (50 h.- 5,8 créditos) **51 € afil.- 75 € no afil.**
- ☐ **D0028** El AE/TCE en cuidados y complicaciones de los accesos vasculares en pacientes dializados (20 h.- 2,4 créditos) **FORMATO CD 25 € afil.- 34 € no afil.**
- ☐ **D0029** El AE/TCE en ginecología, obstetricia y neonatos. El parto y los cuidados del neonato (40 h.- 4,9 créditos) **45 € afil.- 70 € no afil.**
- ☐ **D0030** El AE/TCE en la prevención y cuidados de las úlceras por presión (65 h.- 5,5 créditos) **57 € afil.- 81 € no afil.**
- ☐ **D0031** El AE/TCE ante las necesidades de alimentación y nutrición del paciente (21 h.- 2,3 créditos) **FORMATO CD 25 € afil.- 34 € no afil.**
- ☐ **D0032** El AE/TCE en el servicio de diálisis. Cuidados, técnicas y atención al paciente dializado (65 h.- solicitada acreditación) **57 € afil.- 81 € no afil.**
- ☐ **D0033** El AE/TCE en servicios especiales. Módulo 2. Urgencias cardiorrespiratorias (65 h.- 4,5 créditos) **57 € afil.- 81 € no afil.**
- ☐ **D0034** El AE/TCE en servicios especiales: área quirúrgica (50 h.- 6,3 créditos) **51 € afil.- 75 € no afil.**
- ☐ **D0035** El equipo de enfermería y la dispensación de medicamentos. Cuidados del TCE/AE (40 h.- 4,7 créditos) **45 € afil.- 70 € no afil.**
- ☐ **D0036** El paciente oncológico. Técnicas y cuidados del AE/TCE (50 h.- 5,6 créditos) **51 € afil.- 75 € no afil.**
- ☐ **D0037** El AE/TCE en servicios especiales: urgencias urológicas (70 h.- 3,7 créditos) **65 € afil.- 88 € no afil.**
- ☐ **D0038** Geriatria: atención y cuidados del técnico al anciano. **Próximo lanzamiento en marzo de 2014**
- ☐ **D0039** Infecciones respiratorias pediátricas. Cuidados del TCE/AE (21 h.- 1,7 créditos) **FORMATO CD 25 € afil.- 34 € afil.**
- ☐ **D0040** Los antihistamínicos y sus usos. Dispensación de medicamentos de especial control e intoxicaciones para técnicos (50 h.- 4,2 créditos) **51 € afil.- 75 € no afil.**
- ☐ **D0042** Medicamentos genéricos, biológicos y biotecnológicos para técnicos (40 h.- 6,2 créditos) **45 € afil.- 70 € no afil.**
- ☐ **D0044** Oncología pediátrica para AE/TCE (70 h.- 5,4 créditos) **65 € afil.- 88 € no afil.**
- ☐ **D0045** Operaciones básicas de laboratorio farmacéutico y formulación magistral para técnicos (50 h.- 4,1 créditos) **51 € afil.- 75 € no afil.**
- ☐ **D0048** Técnicas de desinfección y esterilización para AE/TCE (21 h.- 2,2 créditos) **FORMATO CD 25 € afil.- 34 € no afil.**
- ☐ **D0049** Técnicas y cuidados del AE/TCE ante las enfermedades cardíacas. Módulo I. Electrocardiografía básica (21 h.- 2,9 créditos) **FORMATO CD 25 € afil.- 34 € no afil.**
- ☐ **D0055** Estudio farmacológico en enfermedades infecciosas: bacterianas, víricas, micóticas y parasitarias para técnicos (65 h.- 6,8 créditos) **57 € afil.- 81 € no afil.**

MATRÍCULA: Abierta y permanente (durante el curso académico) **LÍMITE ALUMNOS:** 100 (por edición)

Forma de pago: Mediante ingreso o transferencia a favor de "FAE" en el Banco Popular. C/C Nº ES95 0075-0079-51-0601414663.

No se admitirá boletín alguno que no esté debidamente cumplimentado y que no vaya acompañado del pago correspondiente.

"En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal, le informamos que sus datos van a incorporarse a un fichero automatizado de titularidad de FAE siendo la finalidad de dicho tratamiento la información de entidades formativas o profesionales entre usted y la fundación FAE".

➤ Varios

- **Edita:** Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería (FAE)
- **Precio:** 15 € afiliados y 20 € no afiliados
- **Pedidos:** pedidos@fundacionfae.org

"Geriatría: atención y cuidados del Técnico al anciano", "Cuidados del AE/TCE en la higiene y protección de la piel", "El equipo de enfermería en urgencias pediátricas. Atención y Cuidados del AE/TCE" y "El AE/TCE en el Servicio de diálisis. Cuidados, técnicas y atención al paciente dializado" son los nuevos títulos editados por la Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería.

La línea editorial de FAE ofrece a los Técnicos en Cuidados de Enfermería, a los Técnicos en Farmacia y a los Técnicos en Emergencias Sanitarias una amplia oferta formativa que les permite actualizar y/o complementar sus conocimientos sobre diversos aspectos sanitarios.



El catálogo de publicaciones se encuentra disponible tanto en la web de FAE, www.fundacionfae.org, como en la de SAE, www.sindicatosae.com.

Todos los profesionales interesados en estas u otras publicaciones de FAE pueden adquirir su ejemplar a través del correo electrónico pedidos@fundacionfae.org

➤ Lectura

Los útiles del alquimista

- **Autor:** Jesús Jiménez Reinaldo
- **Editorial:** Fundación María del Villar Berrueto
- **Precio:** 16 euros

A rropado por el epílogo de Robert Simon, profesor de la Universidad Estatal de Kennesaw (Georgia, EE.UU.),



y las ilustraciones de la artista argentina Liliana Elsa Fichter, Jesús Jiménez recoge parte de su obra poética en *Los útiles del alquimista*, en donde confluyen tendencias místicas con inquietudes posmodernas y desconstructivas en una felicidad irónica, inesperada y desesperanzadora.

Esta colección reafirma el lugar de Jesús Jiménez Reinaldo entre los grandes poetas de los últimos cincuenta años en términos temáticos, técnicos, y en la presencia de lo místico como esencial para la desconstrucción de la simbología icónica de nuestra modernidad.

Familias estructuradas

- **Autor:** Alberto de Frutos Dávalos
- **Editorial:** Paréntesis
- **Precio:** 13 euros

E n su tercer libro de relatos – tras *Utopías. Crónicas de un futuro incierto* y *La Soledad dejó de ser perfecta*-,

Alberto de Frutos nos lleva de paseo por 21 historias, la mayoría de ellas premiadas en los principales certámenes de narrativa breve del país, que nos cuenta vidas, anécdotas y situaciones comunes: aquí un amor, allá un regalo o un viaje, más allá una decepción..., lo que vemos todos los días en la calle. Y, sin embargo, pocas veces esos acontecimientos cotidianos asumen la importancia que les corresponde, esa que convierte la captura de una mosca en una metáfora de la civilización o la biblioteca de un pueblo de playa en el paraíso perdido, y recuperado, de la infancia.

Si aceptamos que la vida de cada uno es una suma de intenciones y de los azares que las hacen –o no– posibles, los relatos que componen *Familias estructuradas* son toda una lección de



entomología vital. Su autor, con sensibilidad y paciencia, busca la aguja en el pajar de las emociones y se

detiene en el instante, en el latido, en el cigarrillo encendido y en el humo que lo sujeta.

➤ Teatro

El chico de la última fila

- **Reperto:** Samuel Viyuela, Miguel Lago Casal y Olaia Pazos.
- **Autor:** Juan Mayorga
- **Representaciones:** Del 12 de marzo al 20 de abril de 2014
- **Lugar:** Sala Muntaner (Barcelona)
- **Precio:** Miércoles y Jueves, 18 € / De viernes a domingo, 20 €

"He escrito una obra sobre maestros y discípulos; sobre padres e hijos; sobre personas que ya han visto demasiado y personas que están aprendiendo a mirar. Una obra sobre el placer de asomarse a las vidas ajenas y sobre los riesgos de confundir la vida con la literatura. Una obra sobre los que eligen la última fila: aquella desde la que se ven todas las demás", así explica Juan Mayorga *El chico de la última fila*.

En la escena, Germán, un profesor de bachillerato de Lengua y Literatura, descubre entre un puñado de redacciones pesadas y aburridas sobre "Mi pasado fin de semana", la de Claudio, el chico silencioso que se sienta en la última fila, quien, a través de su trabajo, invita al profesor, desengañado de su oficio y de la vida, a transformar su mirada y recuperar los sueños perdidos ●



MANUAL GENERAL TÉCNICOS EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA (AUXILIAR DE ENFERMERÍA)



SAE y FAE han publicado *Manual General Técnicos en Cuidados de Enfermería (Auxiliar de Enfermería)*, una completa enciclopedia de tres tomos que recoge toda la información y materias básicas, así como la posibilidad de elaborar una amplia variedad de test, adquiriendo habilidades y destrezas en la resolución de los mismos, para el profesional TCE.

PRECIO (incluidos gastos de envío):

Obra completa: 88 € afiliados y 103,50 € no afiliados
Volúmenes I y II: 60 € afiliados y 75 € no afiliados
Test: 30 € afiliados y 40 € no afiliados

Los pedidos se harán a través del e-mail

pedidos@fundacionfae.org o del fax 91 521 53 83

*GASTOS DE ENVÍO GRATIS, excepto a Canarias, Ceuta y Melilla, que correrán por cuenta del afiliado /no afiliado

* OFERTA PÚBLICA DE EMPLEO

PREPARA LA OPE PARA TCE/AE CON FAE PORQUE FAE TE LO PONE FÁCIL: TEMARIO Y TEST

*MADRID (1.300 plazas)

Temario Volumen I	25 € afiliados	30 € no afiliados
Temario Volumen II	25 € afiliados	30 € no afiliados
Test	20 € afiliados	25 € no afiliados
Simulacros de examen	20 € afiliados	25 € no afiliados
OBRA COMPLETA	80 € afiliados	100 € no afiliados

*ARAGÓN ¡¡NUEVO!!

SALUD ARAGÓN (90 plazas)

Temario específico. Volumen I	35 € afiliados	41 € no afiliados
Temario específico. Volumen II	35 € afiliados	41 € no afiliados
Test específico	26 € afiliados	30 € no afiliados
OBRA COMPLETA	88 € afiliados	105 € no afiliados

*CANARIAS (182 plazas)

Obra completa (sin simulacro)	77 € afiliados	85 € no afiliados
OPCIONAL: Simulacros de examen	23 € afiliados	27 € no afiliados
Obra completa (con simulacro)	100 € afiliados	112 € no afiliados

*EXTREMADURA

PERSONAL ESTATUTARIO (SES) (234 plazas)

Obra completa (sin simulacro)	90 € afiliados	100 € no afiliados
OPCIONAL: Simulacro de examen	20 € afiliados	22,50 € no afiliados
Obra completa (con simulacro)	110 € afiliados	122,50 € no afiliados

PERSONAL LABORAL (JUNTA) (60 plazas) ¡¡NUEVO!!

Temario específico. Volumen I	29 € afiliados	34 € no afiliados
Temario específico. Volumen II	29 € afiliados	34 € no afiliados
Test específico y supuestos prácticos	23 € afiliados	26 € no afiliados
Temario y test común	23 € afiliados	26 € no afiliados
Simulacros de examen	21,50 € afiliados	25 € no afiliados
OBRA COMPLETA (sin simulacros)	95 € afiliados	110 € no afiliados
OBRA COMPLETA (con simulacros)	116 € afiliados	135 € no afiliados

*Para más información sobre temarios, test y sus respectivos precios, dirígete a FAE. Consigue las obras en las secciones sindicales de cada una de estas Autonomías o solicítalas en FAE (pedidos@fundacionfae.org), indicando nombre y apellidos, NIF, dirección de envío, teléfono y obra solicitada. Asimismo, se debe adjuntar el justificante de pago, que previamente se realizará en el número de cuenta del BBVA ES29 0182-0945-35-0201020056

*GASTOS DE ENVÍO GRATIS, excepto Canarias, Ceuta y Melilla, que correrán por cuenta del afiliado /no afiliado

MANUAL TÉCNICO EN FARMACIA Y PARAFARMACIA



AFILIADOS

Volúmenes I y II y test específico	100 €
Volúmenes I y II	85 €
Test específico	21,50 €

NO AFILIADOS

Volúmenes I y II y test específico	125€
Volúmenes I y II	102,50 €
Test específico	27,50 €

Los pedidos se harán a través del e-mail **pedidos@fundacionfae.org** o del fax **91 521 53 83**

*GASTOS DE ENVÍO GRATIS, excepto a Canarias, Ceuta y Melilla, que correrán por cuenta del afiliado /no afiliado

XXV CONGRESO NACIONAL DE TÉCNICOS DE ENFERMERÍA/AE Y FARMACIA

REUS (Tarragona)

28, 29 y 30 de mayo de 2014

EL EQUIPO DE ENFERMERIA
EN PEDIATRIA.
CUIDADOS DE TÉCNICO.

Esta ilustración forma parte del trabajo que FerrnandezCoca.com realizó como ilustrador para la planta de hospitalización pediátrica del Hospital Sant Joan de Reus



Solicitada
acreditación

