



Número 8o 2016

Revista semestral

Dossier

Acompañar a una persona con depresión

Separata

Tentativas de suicidio
en población involutiva.
Perfil psicosocial

Separata

¿La diabetes mellitus tipo 2
es el nuevo amigo
del niño obeso?

Certamen FAE

Prevalencia de la bacteriuria
asintomática en pacientes
institucionalizados

CURSOS ON-LINE VÁLIDOS PARA PREPARAR OPEs

FAE te ayuda a preparar la OPE con cursos intensivos on-line compuestos por:

- **Resúmenes** y preguntas tipo **test** de cada tema
- **Simulacros de examen**

- **Buzón de dudas**, buzondudasope@fundacionfae.org, (te contestaremos en el plazo de 48 horas, de lunes a viernes).

¡¡¡Además, PODRÁS DESCARGARTE cada resumen de los temas!!!

Teléfono: 91 521 52 24 /E-mail: matriculascursosope@fundacionfae.org

PRECIO

El precio del curso variará en función de cada Oferta Pública de Empleo, lo que sí te garantizamos es que si te inscribes una vez iniciado el curso, **PUEDES RECUPERAR** la materia de los temas ya realizados, pagando la mesualidad.

* OFERTA PÚBLICA DE EMPLEO

PREPARA LA OPE CON FAE PORQUE FAE TE LO PONE FÁCIL: TEMARIO Y TEST

*CASTILLA Y LEÓN. SACYL

Temario Volumen I	37,50 € afiliados	44 € no afiliados
Temario Volumen II	38,50 € afiliados	45 € no afiliados
Test	23 € afiliados	27 € no afiliados
OBRA COMPLETA	94 € afiliados	110 € no afiliados

*DIPUTACIÓN DE SEGOVIA

Temario Volumen I	47 € afiliados	55 € no afiliados
Temario Volumen II	30 € afiliados	35 € no afiliados
Temario Volumen II	30 € afiliados	35 € no afiliados
Test	24 € afiliados	28 € no afiliados
OBRA COMPLETA	124 € afiliados	145 € no afiliados

*AYUNTAMIENTO DE MADRID.

TÉC. EN EMERGENCIAS SANITARIAS

Temario Grupo I	25,50 € afiliados	30 € no afiliados
Test Grupo I	8,50 € afiliados	10 € no afiliados

*MURCIA INSTITUTO MURCIANO DE ACCIÓN SOCIAL (IMAS)

Temario Volumen I	34 € afiliados	40 € no afiliados
Temario Volumen II	34 € afiliados	40 € no afiliados
Test	19 € afiliados	22 € no afiliados
Temario común	30 € afiliados	35 € no afiliados
Test parte común	12 € afiliados	14 € no afiliados
OBRA COMPLETA	123 € afiliados	143 € no afiliados

*EXTREMADURA PERSONAL LABORAL (JUNTA) (60 plazas)

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

*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 serán de 15 euros y 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 serán de 15 euros y correrán por cuenta del afiliado /no afiliado

Editorial

Según la Organización Mundial de la Salud, en 2030 la depresión se convertirá en la primera causa de discapacidad en el mundo –hoy ocupa el tercer lugar-. En nuestro país, esta patología afecta a un 4-5% de la población, siendo el riesgo de padecer un episodio grave a lo largo de la vida mayor en mujeres que en hombres.

Las últimas estimaciones sitúan entre un 8 y un 15% a las personas que sufrirán depresión a lo largo de su vida. Este aumento en la incidencia se debe a factores como el incremento de la edad media en la población, el alto nivel de estrés o el aumento del consumo de sustancias tóxicas y fármacos.

En este sentido, la Agencia Española del Medicamento señala un aumento del 200% en las prescripciones de anti-depresivos entre los años 2000 y 2013.

Ante estos datos es necesaria la implantación de políticas sanitarias adecuadas para abordar una enfermedad psiquiátrica que afecta tanto al ámbito personal como social y laboral, constituyendo una de las principales causas de baja laboral por incapacidad temporal o permanente.

Por eso debemos dejar de tratar la depresión de manera trivial y de estigmatizar a los pacientes, y empezar a abordar esta patología con la seriedad y profundidad que merece tanto desde el punto de vista sanitario, con estudios y planes específicos, así como con programas para concienciar a los pacientes sobre la importancia y necesidad de seguir los tratamientos; como desde una perspectiva social, creando campañas de información que rompan los estigmas asociados a la depresión y hagan visible la magnitud y las consecuencias de esta enfermedad. ●

Noticias del Mundo Médico

Un pueblo para personas con alzhéimer 5

Escayolas en 3D 5

XXVII Congreso Nacional



Los politraumatismos y lesiones medulares centran el Congreso Nacional de profesionales técnicos 6

Separata

Tentativas de suicidio en población involutiva. Perfil psicosocial 12

Separata

¿La diabetes mellitus tipo 2 es el nuevo amigo del niño obeso? 15



Dossier



Acompañar a una persona con depresión 18

Actividad Acreditada

Conservación de medicamentos termolábiles en la cadena de frío, funciones de ordenación de efectos sanitarios para el TCE 28



Certamen FAE

Primer Premio XIX Certamen Nacional de Investigación FAE

Prevalencia de la bacteriuria asintomática en pacientes institucionalizados 33

Ocio



38



CONSEJO EDITORIAL DE NOSOCOMIO
DIRECTORA. Dolores Martínez Márquez
REDACCIÓN. Montse García García, Cristina Botello Martín
COMITÉ CIENTÍFICO. Iván Flores García, Jorge Santurio Sánchez
FORMACIÓN. Daniel Torres Rodríguez

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.U. 2016.
Av. Josep Tarradellas, 20-30, 1er piso. 08029 Barcelona.
Tel. 932 000 711.

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.

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

Un pueblo para personas con alzhéimer

El pasado 21 de septiembre se celebró el Día Mundial del Alzheimer y con tal motivo, traemos a estas páginas una iniciativa que el gobierno holandés puso en marcha en 2010 para mejorar la calidad de vida de las personas que padecen esta enfermedad: el pueblo de Hogewey.

La particularidad de este municipio, al que no le faltan restaurantes, peluquerías, tiendas, jardines e, incluso, teatros, es que únicamente está habitado por personas con alzhéimer y otras demencias que llevan una vida diaria normal –compran en los supermercados, pasean por los jardines...-, pero bajo la supervisión y atención de un equipo médico multidisciplinar compuesto por 250 profesionales –médicos, personal de enfermería, psicólogos y especialistas-, que usan ropa de calle y se mimetizan con las rutinas de esta localidad.

De esta manera, el gobierno holandés ha conseguido crear un hospital al aire libre de 16.000 metros cuadrados, decorado con la misma ambientación que había en la década de los años 50, con el objetivo de que sus 150 habitantes de más de 80 años no se sientan enfermos y no perciban que están siendo tratados clínicamente.

Seis años después de poner en marcha esta experiencia piloto –hoy copiada por Inglaterra y Suiza-, los resultados, según el Sistema Sanitario de Holanda, concluyen que gracias al estilo de vida



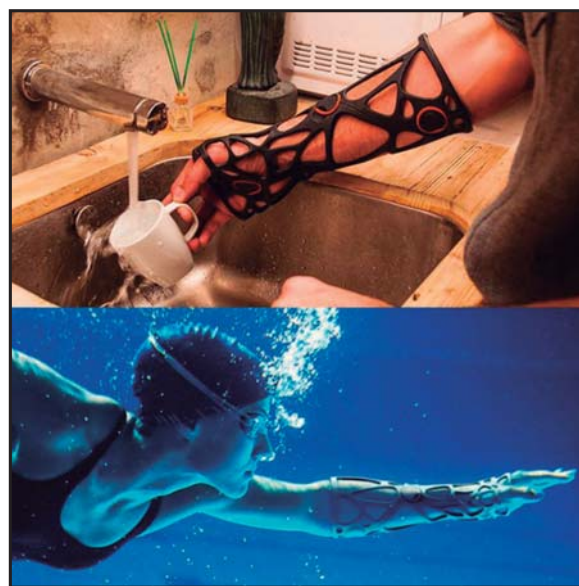
activo, satisfactorio y saludable de los habitantes de Hogewey, estos requieren de menos medicación, sufren menos ansiedad al vivir en un entorno apacible y familiar, y tienen mayor seguridad al estar rodeados de objetos que conocen y personas parecidas a ellos, que aquellos usuarios de los centros tradicionales. ●

Escayolas en 3D

Los investigadores españoles Jordi Tura y Ricardo Veiga han creado Xkelet, una férula diseñada en 3D que se imprime según las necesidades de la persona y que le permite ducharse y hacer una vida normal, lo que es más complicado con una escayola tradicional.

La férula es más ligera debido a su diseño de 2 piezas con diferentes aberturas –lo que elimina la aparición de úlceras por decúbito- para que la herida se ventile y se pueda iniciar la fisioterapia en el mismo momento en que se aplica. Con esta técnica se pueden llegar a tratar hasta el 80% de las lesiones óseas más comunes y reducir el período de recuperación en un 20%.

Otra de las ventajas de esta nueva prótesis es que cada una de ellas se personaliza adaptándose a las medidas del paciente, pues el personal médico lo crea con un software integrado en un iPad con un escáner que, a partir de una extremidad, automatiza el proceso de construcción que crea la pieza en 20 segundos para, posteriormente, imprimirla en 3D, proceso que dura entre 3 y 4



días, en los que la zona afectada es inmovilizada por el traumatólogo para reeducar la fractura o lesión. ●

XXVII Congreso Nacional de Técnicos en Cuidados de Enfermería y Técnicos en Emergencias Sanitarias

Los politraumatismos y lesiones medulares centran el Congreso Nacional de profesionales técnicos

Cerca de 500 congresistas se dieron cita en el Hotel Beatriz Toledo Auditorium el pasado mes de junio para abordar la asistencia sanitaria, los últimos avances en la rehabilitación o los problemas diarios a los que se enfrenta el paciente lesionado medular y politraumatizado, en el marco del XXVII Congreso Nacional de Técnicos en Cuidados de Enfermería y Técnicos en Emergencias Sanitarias.

La lesión medular traumática afecta a cerca de 1.000 personas cada año en nuestro país, el traumatismo craneoencefálico constituye la primera causa de muerte y discapacidad en personas menores de 45 años y los

traumatismos en pediatría suponen la causa más frecuente de mortalidad infantil en España. Este último tipo de lesiones constituyen el 52% de las muertes en la infancia y dejan secuelas duraderas o permanentes, como la inca-

pacidad física, sensorial o mental, en aproximadamente un tercio de los niños supervivientes a un politraumatismo grave.

Estas cifras han llevado a la Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería (FAE) y al Sindicato de Técnicos de Enfermería (SAE) a centrar la vigesimoseptima edición del Congreso Nacional en estas lesiones, bajo el título *Politraumatismos y lesiones medulares. Del minuto cero al alta. Cuidados del Técnico*.

El evento fue inaugurado por la Gerente del SESCAM, Regina Leal Eizaguirre; el Presidente de la Diputación de Toledo, Álvaro Gutiérrez Prieto; la Concejala de Participación y Transparencia del Ayuntamiento de Toledo, Helena Galán Soria; la Presidenta de FAE y Secretaria General de SAE, M^a Dolores Martínez Márquez; y la Presidenta de esta edición del Congreso y Secretaria Autonómica de SAE en Castilla la Mancha, Concepción Franco Gajo.



Acto de inauguración del XXVII Congreso Nacional.

El programa científico de esta edición, que tuvo lugar en Toledo del 8 al 10 de junio, estuvo compuesto por cerca de 40 ponencias y 160 pósters, y ha obtenido 2 créditos de la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud.

Coordinación y comunicación para salvar vidas

“No existen estimaciones fiables de la prevalencia mundial de la lesión medular, pero hay estudios que hablan de una incidencia de entre 40 y 80 casos por millón de habitantes, de los que un 90% se deben a traumatismos y, de estos, un 50% son accidentes de tráfico”, así se pronunció José Antonio Márquez Rojas, enfermero de UCI del Hospital Virgen del Rocío, de Sevilla, durante la exposición de su trabajo *Cuidados de enfermería en UCI a pacientes con lesión medular*.

Estos datos evidencian la importancia de una atención coordinada y adecuada para conseguir disminuir la mortalidad: “la lesión medular aguda es una enfermedad multidisciplinar, en cuyo tratamiento debe existir una estrecha colaboración entre todos los profesionales, tanto médicos, como enfermeros y TCE, pues una buena colaboración multidisciplinar, junto a un inicio rápido del tratamiento, hace que se consiga una disminución de la mortalidad”.

En este sentido, también se pronunció Maite Martínez, TCE del Hospital Universitario Infanta Sofía, de Madrid, durante la presentación de su ponencia *Lo que el politrauma esconde*: “la atención al paciente con posible lesión medular es un reto para el equipo multidisciplinar y, por supuesto, para el TCE, que debe conocer los protocolos y adquirir las habilidades necesarias para el buen desarrollo profesional. En estos equipos la participación ac-



Una de las mesas de trabajo.

tiva y la colaboración de todos los profesionales es fundamental para preservar la salud y la buena recuperación de los pacientes con riesgo de lesión medular. Así, los TCE, además de ayudar en la movilización correcta del paciente o vigilar sus constantes vitales, entre otras funciones, al ser los profesionales que más tiempo pasamos con el paciente, tenemos la capacidad de detectar aspectos que pueden derivar en posibles problemas”.

En este sentido, la autora puso de relevancia la importancia de

los sistemas de alerta, “que permiten la estratificación de los pacientes en categorías según su gravedad -medida por criterios fisiológicos y por el mecanismo de lesión-”, y subrayó la importancia de prestar especial atención a las lesiones inadvertidas, “que son aquellas no identificadas durante la revisión primaria y la secundaria, pues el retraso en el inicio del tratamiento hace de ellas un factor importante, siendo en ocasiones tan graves que pueden llevar a la muerte del paciente por



Ana Carrasco, TCE del Hospital Universitario Parc Taulí de Sabadell, durante la presentación de su trabajo “Pacientes politraumáticos. Necesidades psicológicas e importancia de un régimen de visitas abierto en una UCI”.



José Antonio Márquez Rojas durante su intervención.



Mª del Mar Buron, TCE del Hospital Universitario de León, durante la presentación de su trabajo "Hipertensión y monitorización de la presión intracraneal".



Maite Martínez durante la presentación de su trabajo.



Mª Dolores Calmaestra durante la exposición de su ponencia.



Mª Dolores Montes durante su intervención.



Matilde Cabrera durante su exposición.

una incorrecta evaluación clínica o una inadecuada interpretación de imágenes".

Y esta atención debe empezar, por supuesto, antes del ingreso hospitalario, tal y como señalaron María Barros Rodríguez, TCE del Hospital Son Llátzer, de Palma de Mallorca, y gestora de recursos del SAMU 061 Baleares,

y María Dolores Calmaestra Caravaca, TCE del Hospital de Son Llátzer, durante la presentación de su ponencia *Actuación del TCE ante un politrauma, antes, durante y después*. "La atención inicial ante un politraumatizado es un factor predeterminante en la supervivencia y disminución de secuelas del paciente, siendo la

actuación de enfermería imprescindible y fundamental dentro de los Equipos de Emergencias Prehospitalarios para realizar una buena actuación. Así, los cuidados de enfermería deben ser incorporados al Sistema Integral de Emergencias para que el esquema sea lineal, es decir, mantenga una continuidad; y no sea



Un momento de la intervención de Gema Hassen Bey, deportista y comunicadora social, titulada “Todos podemos alcanzar nuestras cimas”.

un esquema escalonado. En este sentido, deben existir hojas de enfermería que acompañen al paciente, donde la información de los cuidados se verá reflejada para poder evaluar constantemente sus resultados, optimizar y coordinar los esfuerzos, y poder dar así una mayor calidad a los pacientes, cubriendo mejor sus necesidades”.

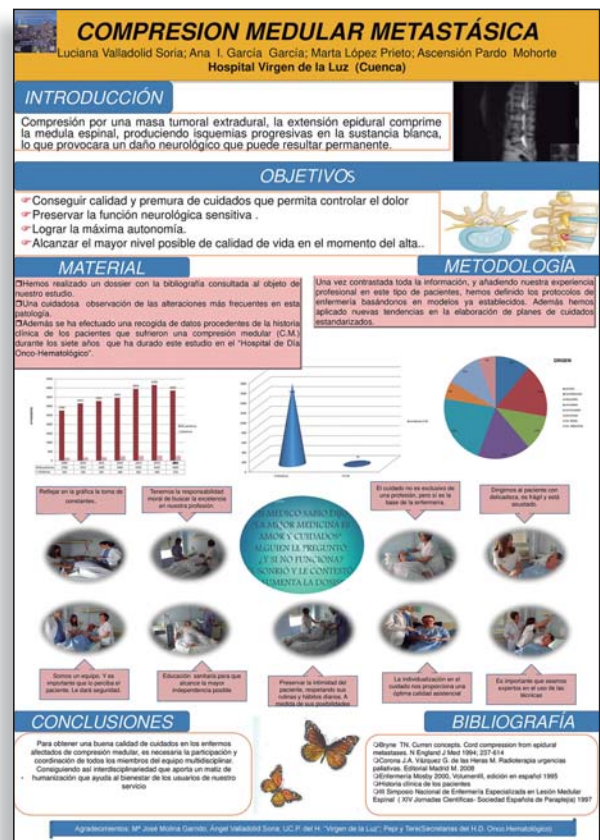
De ahí la importancia de “un sistema que incluya cada una de las fases de la asistencia al politraumatizado y coordine sus diferentes componentes, desde la administración, la legislación, la educación de la población, o las comunicaciones, pasando por la atención sanitaria y traslados, sin olvidar la formación continuada del personal y la evaluación periódica de la calidad del sistema, pues las características de los pacientes politraumatizados nos obligan a la realización, evaluación y modificación constantes de los cuidados. De todo ello resulta un proceso dinámico, cuyo objetivo final siempre es el bienestar y la salud del paciente”, explicó Matilde Cabrera, TCE del Hospital Universitario Reina Sofía, de Córdoba, durante la presentación

de *Técnicas prehospitalarias del paciente politraumatizado*.

Pero la prevención en todo este proceso es fundamental, y así lo pusieron de manifiesto Beatriz Megías y Teresa Elez, TCE del Hospital General Mancha Centro, de Alcázar de San Juan, y Justa Marqués, TCE del Hospital General de Tomelloso, durante la presentación de su ponencia *Aprendiendo a vivir*: “la educación es la herramienta fundamental para prevenir estas lesiones y promover estilos de vida saludables que eviten riesgos conductuales e irresponsables”.

Infección en la asistencia sanitaria

Uno de los principales problemas que existe en el medio sanitario fue planteado por Blanca Lozano y José Antonio Oliver, TCE del Hospital Universitario Central de Asturias, durante la presentación de su ponencia *El paciente politraumatizado en la UCI y las IRAS*: “entre un 5% y un 10% de los pacientes desarrollan una o más infecciones como consecuencia de su ingreso y/o de los procedimientos clínicos a los que son sometidos.



Póster ganador.

Por lo tanto, las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) continúan siendo un importante problema de salud pública por su elevada mortalidad, la prolongación de la estancia hospitalaria y el aumento de los



El Comité Científico durante la lectura de las conclusiones del Congreso.

costes sanitarios que ocasionan. Si a ello añadimos la creciente movilidad dentro de los sistemas sanitarios y entre los mismos y la libertad que existe en la Unión Europea de recibir tratamiento fuera del país de residencia, el resultado es que estos microorganismos resistentes pueden propagarse con rapidez”.

A pesar de estudios como el EPINE o el Estudio Nacional de Vigilancia de Infección Nosocomial en Servicios de Medicina Intensiva, y de las campañas de concienciación entre la población

y los profesionales, hay que seguir trabajando en este sentido, “por ello -prosiguieron los autores- debemos reiterar la importancia del lavado de manos, del uso de clorhexidina, del respeto a los aislamientos y la necesidad de mantener una estrecha vigilancia sobre los métodos y tratamientos a seguir para conseguir que la prevalencia disminuya”.

Por su parte, Dolores Montes Llera, TCE del Hospital Universitario Parc Taulí, de Sabadell (Barcelona), en la presentación de su trabajo *El paciente con traumatismo cra-*

neoencefálico en una UCI. Complicación y su prevención, subrayó las complicaciones médicas asociadas al traumatismo craneoencefálico grave, y, entre éstas, destacó las de “carácter infeccioso, como la infección urinaria, la infección asociada a catéteres y la neumonía. En este sentido, la neumonía asociada a ventilación mecánica es la complicación infecciosa más prevalente y grave del paciente crítico, siendo su riesgo de 6 a 20 veces mayor en UCI que en el resto de unidades. En cuanto a su incidencia, oscila entre el 10 y el 70% de los pacientes que requieren



Mesa de clausura.

ventilación mecánica y se asocia con una tasa de mortalidad que se sitúa entre el 24 y el 50%”.

Por ello, insistió la autora, es fundamental intensificar las medidas de vigilancia y control, así como dotar a los TCE de una preparación específica que les permita prestar una atención adecuada y evitar la aparición de estas complicaciones.

Estos fueron solo algunos de los temas tratados durante las 3 jornadas de trabajo, en las que los congresistas Técnicos en Cuidados de Enfermería y Técnicos en Emergencias Sanitarias pudieron, asimismo, abordar aspectos tan relevantes como la rehabilitación sexual en el paciente lesionado medular, la prevención de las úlceras por presión, que se han convertido en la primera causa de reingreso, o la terapia ocupacional, entre otros.

Mesa de clausura

El acto de clausura contó con la presencia del Gerente del Complejo Hospitalario de Toledo, Diego Becerro; el Director Médico del Hospital Nacional de Paraplégicos de Toledo, Juan Carlos Adau; la Presidenta de FAE, M^a Dolores Martínez; y la Presidenta de la actual edición del Congreso, M^a Concepción Franco.

Franco aprovechó el acto para agradecer la colaboración de las instituciones toledanas en el desarrollo de esta edición, así como la presencia de los congresistas y el trabajo de los Comités Científico y Organizador, “sin cuya labor estas 3 jornadas no hubieran sido posible”.

Por su parte, Martínez manifestó su satisfacción por el desarrollo del programa científico, “cuyo éxito ha estado arropado por los cerca de 500 profesionales técnicos que nos han acompañado, convirtiendo, una vez

más, esta cita anual en un encuentro imprescindible en el que el trabajo y el aprendizaje han sido los protagonistas. Desde FAE trabajamos continuamente por ofrecer a los profesionales técnicos un calendario formativo que les permita avanzar profesionalmente, adaptarse a las nuevas realidades asistenciales, conocer las novedades en el campo de los tratamientos y participar activamente en los equipos de trabajo; y así ha quedado demostrado a través de las diferentes intervenciones y los pósteres informativos que han estructurado el programa de esta edición congresual. Vuestro reto como profesionales es prestar los mejores cuidados al paciente y el nuestro como Fundación es dotar al profesional de las herramientas necesarias para conseguirlo”.

El acto concluyó con el anuncio de la sede que acogerá el XXVIII Congreso Nacional, que se celebrará el próximo año en la Región de Murcia y versará sobre bioética.

Entrega de premios

Durante la cena de gala se procedió a la entrega de premios.

En esta ocasión, las ganadoras a la mejor comunicación fueron M^a Dolores Navarro y Ascensión Irene Rosa, TCE del Hospital Universitario Torrevieja, por su trabajo *Atención al paciente politraumatizado*.

Por su parte, M^a Carmen Zurzo, Montserrat Pérez, M^a Ángeles Regueiro y Miren Josune Dorronsoro, TCE de la Clínica IMQ-Zorrotzaurre de Bilbao, obtuvieron el accésit por su ponencia *Asistencia sexual a los discapacitados*.

Finalmente, las ganadoras al mejor póster fueron Ascensión Pardo, Ana Isabel García y Luciana Valladolid, del Hospital Virgen de la Luz de Cuenca, por su trabajo *Compresión medular metastásica*. ●



Concepción Franco, presidenta de esta edición, entrega el testigo a Rosa Romero, secretaria autonómica de Murcia y presidenta del próximo Congreso Nacional.



Ganadoras del primer premio a la mejor comunicación.



Ganadoras del accésit a la mejor comunicación.



Ganadoras del premio al mejor póster.

Tentativas de suicidio en población involutiva. Perfil psicosocial

Resumen: en todos los países se observa una misma tendencia; el suicidio es cada vez más frecuente en la edad avanzada.

Objetivos: describir el perfil de las personas en edades involutivas que realizan una tentativa de suicidio en el Área Sanitaria IV de Asturias. Estimar el patrón de temporalidad asociado con la realización de la tentativa. Determinar el método más comúnmente utilizado para la realización de la tentativa.

Resultados: la muestra está constituida por los 147 casos con edades superiores a 59 años, compuesta por un 38,8 % de varones y 61,1 % de mujeres, con una edad media de 72 años, mayoritariamente casados y/o con soporte familiar. El nivel educativo es predominantemente de estudios primarios. Mayoritariamente, las tentativas fueron llevadas a cabo en horario vespertino y en días de entre semana. El método más utilizado fue la intoxicación medicamentosa en las mujeres y la flebotomía en los hombres.

Conclusiones: mayor prevalencia en el grupo de edad de 60 a 69 años, mujer, sin soporte familiar y con estudios primarios. Se caracterizan por ser llevadas a cabo durante las horas de la tarde y en días de entre semana. El método más comúnmente utilizado fue la intoxicación medicamentosa.

Palabras clave:

- Senectud.
- Tentativa de suicidio.

Introducción

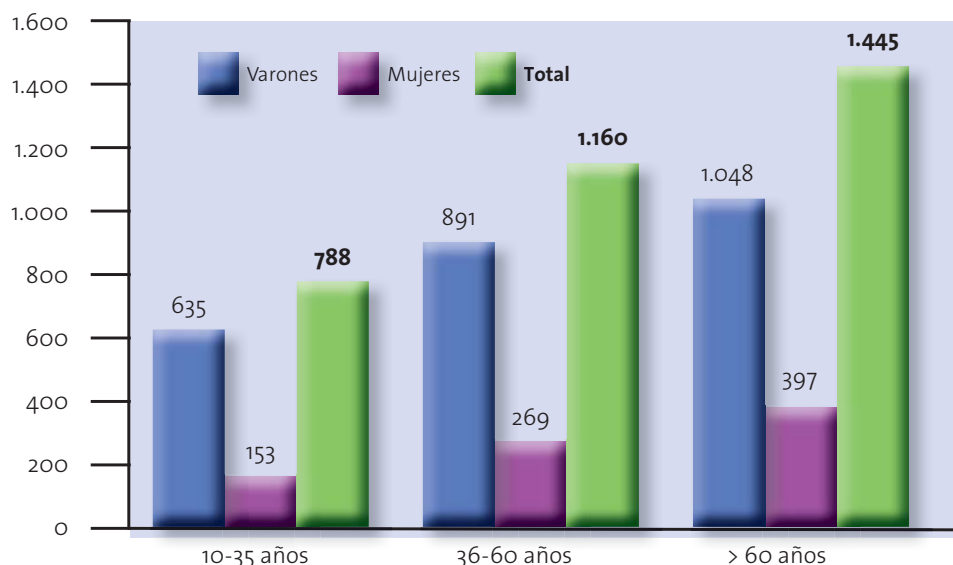
La muerte por suicidio es posiblemente el epílogo más dramático de la existencia humana.

Para que el suicidio sea calificado como tal, exige 2 requisitos: que la muerte sea voluntariamente querida y que se tenga el propósito de quitarse la vida

uno mismo, directamente, por acción u omisión. Si falta 1 de estos 2 requisitos, no se está en presencia de un suicida. En España, la estadística de los suicidios, según la Fiscalía General del Estado en el año 1983, es de 7 suicidios por día.

Con respecto a las tentativas de suicidio, Carbajosa et al (1981) encuentran una tasa de 4,28 intentos de suicidio/10.000 habitantes/año, en tanto que López refiere un 9,1% de tentativas de suicidio en población mayor de 60 años. Estas cifras probablemente sean inferiores a las reales, que se ocultan por diversos motivos (Bertolote, 2001).

Cabe destacar que en el año 2000 hubo en España 3.393 muertes por suicidio (9,4 % suicidios por 1.000 fallecidos), de los cuales 1.445 eran mayores de 60 años, es decir, el 43% de los suicidios consumados fueron en pacientes involutivos (figura 1).



Fuente: Instituto Nacional de Estadística, 2003.

Figura 1. Número de suicidios, por grupos de edad, en el año 2000.

Objetivos

Los objetivos del presente estudio son:

- Describir el perfil sociodemográfico de las personas en edades involutivas que realizan una tentativa de suicidio en el Área Sanitaria IV de Asturias (edad, sexo, estado civil y nivel educativo).
- Estimar el patrón de temporalidad (época del año, día de la semana y hora del día) asociado con la realización de la tentativa.
- Determinar el método más comúnmente utilizado para la realización de la tentativa.

Material y método

Para la realización del presente estudio, se ha utilizado una muestra constituida por los 147 sujetos con edades superiores a 59 años que acudieron a los servicios de urgencias del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) y que cumplían los criterios de inclusión y exclusión que se especifican en la tabla 1.

Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión: realización de intento suicida: "conducta potencialmente autolesiva con intención de muerte, independientemente del resultado".

Criterios de exclusión: intoxicaciones enólicas, alimentarias, CO₂, etc.

■ **Instrumento de evaluación:** se ha utilizado el WHO/EURO multicentre study of suicidal behaviour monitoring form (Schnidtke et al, 1996).

■ **Método:** para el presente estudio, se ha llevado a cabo un análisis epidemiológico descriptivo transversal.

■ **Procesamiento estadístico de los datos:** se utilizaron los softwares del entorno de Windows y el paquete estadístico de Ciencias Sociales SPSS/PC+ (V.14), con el que

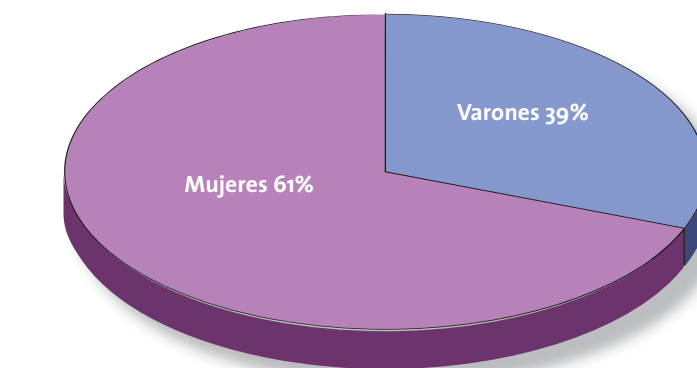


Figura 2. Muestra del estudio, según sexo.

se realizó el procesamiento estadístico de los datos obtenidos.

■ **Resultados:** la muestra está constituida por los 147 casos con edades superiores a 59 años y que acudieron a los servicios de urgencias del Hospital Universitario Central de Asturias (H.U.C.A.) por presentar algún tipo de conducta suicida y cuyas características principales se describen a continuación:

- **Sexo:** la población muestral estaba compuesta por 57 varones (38,9 %) y 90 mujeres (61,1 %) (figura 2).
- **Edad:** la edad media [media (desviación estándar)] de la muestra fue de $[72.7 \pm (9.52)]$ años de edad, siendo la edad mínima de 60 y la máxima de 95 años.
- **Grupos de edad:** la población a estudio se ha agrupado por decenios, obteniéndose la distribución muestral que se recoge en la tabla 2.

Tabla 2. Distribución de la muestra, según grupos de edad.

Grupos de edad	Total [N(%)]
60-69 años	60 (40,8)
70-79 años	49 (33,3)
80-89 años	32 (21,8)
≥ 90 años	6 (4,1)

- **Estado civil:** los sujetos sin soporte familiar (54) (solteros, viudos, divorciados y separados) representan el 36,8 % de la muestra, mientras que los sujetos que contaban con soporte familiar (69)

(casados o en pareja) representan el 46,9%. En 24 (16,3 %) de los casos, no fue posible conocer su estado civil (figura 3).

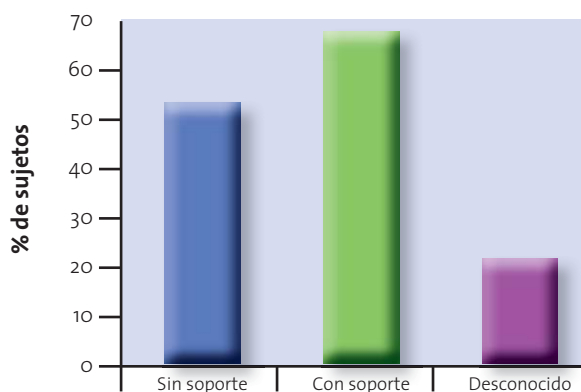


Figura 3. Estado civil.

- **Nivel educativo:** predominan los sujetos con estudios primarios (111; 75,5 %), seguidos de los sujetos con educación secundaria y estudios universitarios (12; 8,2 %). En 24 casos (16,3 %) no fue posible conocer el nivel educativo (figura 4).

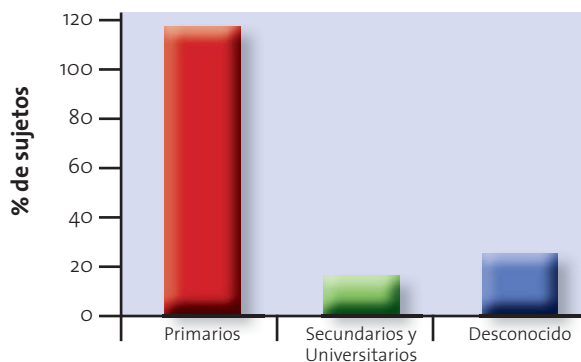


Figura 4. Nivel educativo.

- Hora de la tentativa: la mayoría de las tentativas se llevaron a cabo entre las 16 y las 23 h (69; 46,9%) y no se encontraron diferencias en función del sexo (figura 5).

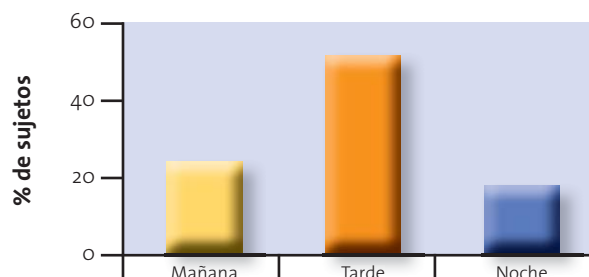


Figura 5. Hora de la tentativa de suicidio.

- Día de la semana: los días de la semana en que se produce un mayor número de tentativas de suicidio son de lunes a jueves (79; 53,7%) (figura 6).

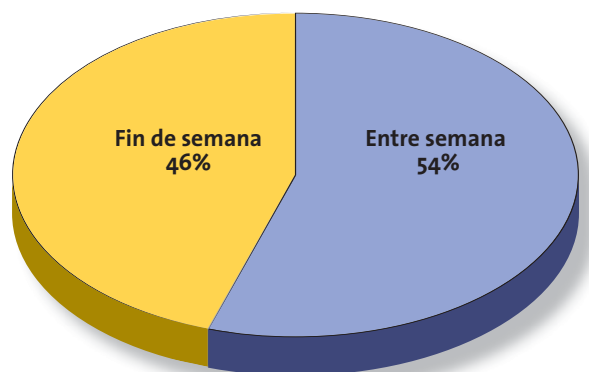


Figura 6. Día de la tentativa.

- Mes de la tentativa: no existe diferencia alguna con respecto a los meses en los que se produce un mayor número de tentativas (figura 7).

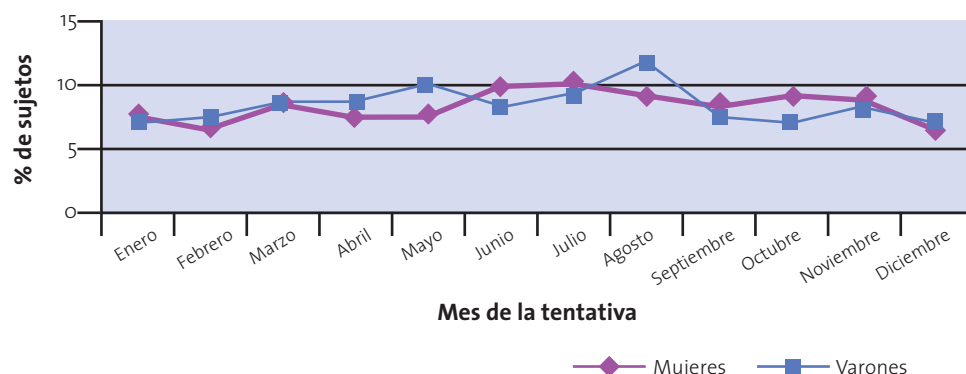


Figura 7. Mes de la tentativa, por sexo.



Figura 8. Método de la tentativa.

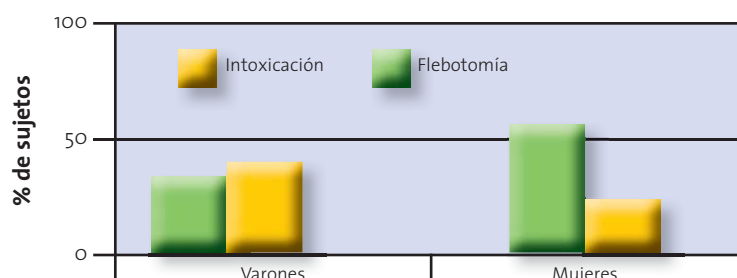


Figura 9. Método de la tentativa, según sexo.

- Método empleado: el procedimiento empleado con mayor frecuencia fue la intoxicación medicamentosa, elegida por el 55,1% de los sujetos, seguido por la flebotomía (29,9%) (figura 8).

Si tenemos en cuenta el sexo, los hombres eligieron con mayor frecuencia la flebotomía (42,1%) seguido por la intoxicación medicamentosa (38,6%), en tanto que las mujeres eligieron con mayor frecuencia la intoxicación medicamentosa (65,6%), seguidas de la flebotomía (22,2%) (figura 9).

Conclusiones

- Los sujetos en edad involutiva que han realizado tentativa de suicidio se caracterizan por ser mujer, pertenecer al grupo de edad de 60

a 69 años, sin soporte familiar y con estudios primarios.

- En relación al patrón de temporalidad asociado con las tentativas de suicidio en edad involutiva, se caracterizan por ser llevadas a cabo durante las horas de la tarde, y en días de entre semana.

- El método más comúnmente utilizado para llevar a cabo la tentativa de suicidio fue la intoxicación medicamentosa, seguido de la flebotomía.

Bibliografía

- Bertolote JM. Suicide in the world: an epidemiological overview 1959-2000. En: Wasserman, D, editor. Suicide: An Unnecessary Death. London: Martin Dunitz; 2001.
- Carbajosa MC, Fernández MI, Fernández H, et al. El suicidio en Asturias durante 1980. Xera. 1981;3:22-25.
- López JL. Tentativas de suicidio en el Área Sanitaria IV (Oviedo), durante el trienio 2003-2005. Perfil clínico y psicosocial. Tesis Doctoral. Universidad de Oviedo, 2007.
- Sánchez A, Castellano M. Estudio de algunos factores epidemiológicos en los intentos de suicidio. Revista Española de Medicina Legal. 1979;6:68-73.
- Sánchez R. Suicidio en un área asturiana, partido judicial de Grado. Años 1980-1994. Tesis Doctoral. Universidad de Oviedo, 1996.
- Schmidtke A, Bille-Brahe U, DeLeo D, Kerkhof A, Bjerke T, Crepet P, et al. Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. Acta Psychiatrica Scand. 1996;93:327-38.

¿La diabetes mellitus tipo 2 es el nuevo amigo del niño obeso?

La llamada “diabesidad” se ha convertido en una epidemia en países desarrollados y en vías de desarrollo. Y lo más preocupante es que se presenta cada vez a edades más jóvenes, por lo que el coste social será muy alto si no se toman las medidas de salud pública necesarias.

La diabetes tipo 2 se ha considerado durante mucho tiempo una enfermedad de adultos, sin embargo, cada vez son más los niños y adolescentes afectados por esta enfermedad debido al sedentarismo y malos hábitos dietéticos.

¿Qué ha pasado durante estos últimos años? ¿Somos conscientes de que los niños con diabetes pueden tener complicaciones de salud en su vida adulta? Como posibles motivos, encontramos familias que, o bien por problemas económicos o por falta de tiempo, no compran productos de calidad, sino comida rápida, y en la escuela no hay siempre los mejores alimentos. Además, con frecuencia, estos niños abusan de la bollería sintética, no realizan suficiente actividad física, no tienen limitaciones cuando dedican su tiempo a juegos que no requieren ningún tipo de movilidad. Por ello, es importante informar a la población y prevenir del origen de la diabetes tipo 2 en niños y de las consecuencias que puede causar dicha enfermedad.

Definición y conceptos básicos

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad crónica, caracterizada por el aumento de los valores de glucosa en sangre por encima de los niveles normales. Los azúcares, conjuntamente con las grasas, se



utilizan como fuente de energía. Para utilizarla, el organismo necesita de la insulina, una hormona segregada de manera natural por el páncreas. Cuando se produce un déficit de insulina, aparece la diabetes. El organismo es incapaz de aprovechar el azúcar en sangre y se elevan sus niveles. Es la enfermedad metabólica más frecuente de la población (5-6%).

Tipos de diabetes

■ **Diabetes tipo 1.** Enfermedad autoinmune que causa déficit grave de insulina, con comienzo agudo (niños, jóvenes y en personas menores de 30 años). Se caracteriza por la aparición de manera brusca (días o semanas) y aparece con: poliuria, polidipsia, polifagia, astenia y pérdida de peso, tiene tendencia a

la cetoacidosis. El páncreas no puede producir insulina, por lo que es necesario administrarla. Tiene buena respuesta a la insulina.

■ **Diabetes tipo 2.** Generalmente, aparece en personas mayores de 40 años, aunque últimamente se está diagnosticando también en niños como consecuencia de la obesidad infantil. El comienzo es lento y gradual con síntomas poco llamativos, pudiendo pasar inadvertida, se descubre en un análisis rutinario o bien se manifiesta por las complicaciones a largo plazo: retinopatía, nefropatía, neuropatía, polineuropatía, dermatopatía.

■ **Gestacional.** Las mujeres no diabéticas, al quedarse embarazadas, pueden iniciar una diabetes. Al nacer el bebé, la diabetes puede proseguir o curarse.

Palabras clave:

- Insulina
- Hipoglucemia
- Hiperglucemia

■ **Secundaria.** A medicamentos (corticoides, inmunosupresores...). Por cirugía en páncreas (extirpación total o parcial).

Diagnóstico

Los valores normales de glucosa en sangre oscilan entre 70 y 110 mg/dl. Sospecharemos de presencia de diabetes ante los siguientes niveles:

- Glucemia mayor o igual 126mg/dl (x2) análisis en ayunas.
- A cualquier hora del día, niveles superiores a 200mg/dl acompañado de síntomas como sed excesiva y ganas de orinar.
- Después de una sobrecarga oral de glucosa (75g), niveles superiores a 200mg/dl después de 2 h.

¿Quién tiene mayor riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo 1?

Aunque el riesgo a desarrollar DM tipo 1 (DM1) es bajo, (1 de cada 10.000 personas y año), presentan mayor riesgo:

- Los hermanos de personas que tienen diabetes tipo 1.
- Los hijos cuyos progenitores tienen diabetes tipo 1 si ambos -padre y madre- la presentan.

¿Se puede prevenir la diabetes mellitus tipo 1?

En personas con riesgo elevado de desarrollar DM1 se han probado distintos tratamientos para frenar la aparición de esta enfermedad, aunque hasta la fecha no han dado resultado. Algunos niños y adolescentes utilizan la bomba de insulina, un artefacto mecánico que puede ser programado para proveer insulina de una manera parecida a como lo hace el páncreas. Esto no significa que no puedan surgir otros tratamientos.

¿Quién tiene mayor riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo 2?

- Las personas con historia familiar de diabetes.
- Las personas con sobrepeso.
- Las personas que no hacen ejercicio.

- Las personas con colesterol y tensión arterial elevada.

- Las personas con antecedentes de enfermedad cardiovascular.

- Las mujeres que han tenido diabetes gestacional, un tipo de diabetes que aparece en un 2-5% de todos los embarazos, o mujeres que han tenido un bebé con un peso al nacer igual o superior a 4kg.

Las personas con intolerancia oral a la glucosa presentan valores de glucosa en sangre más elevado de lo normal, pero no lo suficiente para ser clasificados como diabéticos.

Hay 2 situaciones que se consideran factores de riesgo de diabetes y enfermedades cardiovasculares:

1. Intolerancia oral a la glucosa: después de una prueba oral de 2 h de tolerancia a la glucosa, los resultados oscilan entre 140 y 199mg/dl. La intolerancia oral a la glucosa es un factor riesgo de DM2. De cada 100 personas adultas, 11 la presentan.

2. La glucosa alterada en ayunas: después de 8 h de ayuno, los resultados de la glucosa en sangre son superiores a 110mg/dl, pero inferiores a 126mg/dl.

¿Se puede prevenir la diabetes mellitus tipo 2?

Las personas con riesgo elevado de presentar DM tipo 2 (DM2) pueden prevenir y / o retrasar su aparición si:

- Mantienen un peso corporal correcto.
- Realizan actividad física regular.

Las personas mayores de 45 años deben controlar sus valores de glucosa en sangre cada 3 años si el resultado es normal. Antes de los 45, solo aquellas que presenten alguno de los factores de riesgo. Se han demostrado también eficaces en la prevención distintos tratamientos farmacológicos.

■ Bases del tratamiento:

- Alimentación: sana, variada y equilibrada. Leche (2-3 veces día), fruta (2-3 piezas día), verdura (2 veces día), harinas (según peso y actividad), alimentos proteicos (2 veces

al día, trozos pequeños, favorecer el consumo de pescado), grasa (preferentemente, aceite de oliva).

● Fármacos:

✓ Antidiabéticos orales.

- Medicación que no puede producir hipoglucemias (metformina, debe tomarse con la comida o después de ella; acarbose, se ha de tomar justo antes de las comidas).

- Medicamento que puede producir hipoglucemias (sulfonilureas, glimepirida, glibencamida, glicacida, tolbutamida, meglitidina).

✓ Insulina. Existen varios tipos:

- Análogo rápido (super-rápida) justo antes de la comida (efecto 3-4 h).

- Rápida, 15-30 min antes de la comida (efecto 5-6 h).

- Intermedia, (NPH y NPL) 30-45 min antes de la comida (efecto 10-12 h).

- Lenta (efecto 18-24 h).

- Mezclas de insulina rápida e intermedia a distintas proporciones: 10/90, 20/80, 30/70, 40/60, y 50/50. La primera cifra indica el porcentaje de rápida y la segunda, el porcentaje de intermedia. Así pues, una 10/90 significa un 10% de rápida y un 90% de intermedia.

- Ejercicio físico: En DM1, consultar con el equipo médico para realizar la actividad física adecuada. En DM2, se planificará un programa, adaptando las necesidades individuales y realizado como mínimo 3 o 4 veces por semana.

- Educación diabetológica: educación para la persona con diabetes y familiares.

¿Qué es la hipoglucemia?

Se produce una hipoglucemia cuando el nivel de glucemia es inferior a 70mg/dl. Puede suceder por:

- Una dosis inadecuada de insulina.
- No comer o retrasar la comida.
- Realizar mayor actividad física de lo habitual.
- Ingerir alcohol.
- Alguna situación que produce ansiedad o estrés.
- Estar enfermo.

■ Signos y síntomas:

- Hipoglucemia asintomática: no se nota ningún síntoma.
- Hipoglucemia sintomática: mareo, palidez, sudoración fría, temblor, cosquilleos, ansiedad, palpitaciones, hambre intensa, visión borrosa, dolor de cabeza, visión doble, alteración del comportamiento, alteración de la palabra (borracheira diabética), somnolencia, nerviosismo, convulsiones, coma.

El protocolo de actuación será el siguiente:

Si está consciente:

- Ingerir 15 g de glucosa (equivalen a 2 sobres de azúcar o un vaso de zumo).
 - Esperar 15 min y medir la glucosa en sangre.
 - Valores menores a 70mg/dl o clara sintomatología, volver a tomar 15g de glucosa.
 - Cuando el nivel sea mayor de 70mg/dl, tomar hidratos de absorción lenta para evitar que se produzca la hipoglucemia: 1 o 2 piezas de fruta o 2-4 galletas tipo María o 20-40 g de pan o 2 vasos de leche o 1 vaso de leche más 2 galletas tipo María.
- Si el paciente está inconsciente:
- No dar nunca alimentos por la boca.
 - Inyectar glucagón.
 - Avisar al 112.

¿Qué es la hiperglucemia?

Se produce hiperglucemia si el nivel de glucemia es mayor de 250mg/dl.

■ ¿Cuáles son las causas?

- Errores en la dosificación de insulina.
- Aumento en la ingesta de hidratos de carbono.
- Disminución de la actividad física sin ajustar la dieta o dosis de insulina.
- Infecciones.
- Situaciones estresantes o de desequilibrio emocional.

■ Síntomas:

- Deseo fuerte de orinar, sed intensa, boca seca, piel seca, picor genital, visión borrosa, irritabilidad.

Estos síntomas son debidos a que en el organismo hay insulina, aunque en cantidades insuficientes.

Cuando la deficiencia de la insulina es casi absoluta, aparecerá la cetosis con los siguientes síntomas: pérdida de peso, debilidad, pérdida de musculatura, náuseas, vómitos, cansancio, dolor abdominal, olor afrutado en el aliento.

El protocolo de actuación será el siguiente:

- Controlar la glucemia de forma más frecuente.
- En caso de dolor de estómago, náuseas, vómito, cetosis, o alteración de la conciencia, acudir a urgencias.

Los niveles elevados de glucemia crónicos pueden producir daños en los pies, problemas oculares, fallo renal, daño nervioso, complicaciones cardiovasculares.

Hace años que los expertos, prensa y medios de comunicación nos avisan de lo que pasará en un tiempo no muy lejano. En el congreso de 'diabesidad', celebrado en Málaga el 20 marzo de 2013, en el que participaron más de 600 expertos, se explicó que los casos de DM2 eran excepcionales en la infancia hace 10 años. Ahora es cada vez más frecuente que niños y adolescentes sufran ese trastorno metabólico. Los expertos alertaron de este hecho y de que esos menores, cuando lleguen a la edad adulta, serán candidatos a tener enfermedades cardiovasculares.

El Dr. Francisco Tinahones, Jefe de Servicio de Endocrinología y Nutrición del Servicio Andaluz de Salud, explicó que el 15% de adolescentes españoles son obesos. De esa cifra, hasta el 4% podría padecer DM2. Por su parte, el catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad Autónoma de Madrid, Fernando Rodríguez Artalejo, precisó que 1 de 4 menores de 18 años sufre sobrepeso y el 10%, presenta obesidad. También alertó de que la mitad de los padres no reconoce el problema.

Estamos viendo cada vez más casos de niños con DM2, algo que antes era un fenómeno casi inédito. Esto nos avisa de que dentro de unos años habrá muchos más adultos con diabetes y obesidad, un problema que afecta a los países desarrollados.

En España, las previsiones no son alentadoras, ya que, según datos del Ministerio de Sanidad, un 45% de la población pediátrica padece exceso de grasa, bien sobrepeso 26%, bien obesidad 19%.

Estamos viendo cada vez más casos de niños con DM2, algo que antes era un fenómeno casi inédito. Esto nos avisa de que dentro de unos años habrá muchos más adultos con diabetes y obesidad

Presentamos a continuación, datos del estudio realizado en el pueblo de Alaior (Menorca):

- La cifra de población a 1 de enero de 2012 era de 9.610 habitantes, 65 nacionalidades diferentes.
- Tipo de dieta: mediterránea.
- En el colegio público se dan charlas sobre nutrición para prevenir la obesidad infantil, a su vez, hay muchas actividades. El comedor escolar ofrece una dieta equilibrada.
- En el centro de salud no han detectado DM2 en niños.
- Ejercicio: en el polideportivo se realizan todo tipo de actividades (baloncesto, fútbol, patinaje, baile...).
- Parques infantiles: presencia de varios en la población.
- Niños: la mayoría son conscientes de la importancia de una alimentación equilibrada y de practicar ejercicio.

Agradecimientos

La autora agradece la colaboración de Xisca Faller (Diabetes y Nutrición) y María Marques (supervisora de la unidad de urgencias) y del Ajuntament d'Alaior. ●



Dossier

Acompañar a una persona con depresión

Prólogo

Un enfoque centrado **en la persona**

Sumario:

- Un enfoque centrado en la persona
- Los trastornos depresivos
- La depresión en los ancianos
- Instaurar una relación de confianza con una persona con depresión
- El papel del Técnico en Cuidados de Enfermería ante una persona con depresión

■ **La depresión afecta a todas las edades y altera la calidad de vida**, la actividad profesional, el aprendizaje, la vida social y la vida afectiva. Supone una dura carga para los individuos, sus familias y la sociedad.

■ **En el caso de los ancianos**, la depresión está muy vinculada a la presencia de enfermedades somáticas, al aislamiento social o geográfico, a los acontecimientos vitales (duelo, ingreso en una institución) o a la disminución de su capacidad para realizar actividades cotidianas.

■ **El mayor riesgo que entraña la depresión es el suicidio**, seguido por la cronificación del estado de malestar continuo, la desnutrición, el aislamiento social o las conductas de riesgo, especialmente en los adolescentes (adicciones, comportamientos peligrosos).

■ **El Técnico en Cuidados de Enfermería interviene en el acompañamiento** relacional del paciente, que necesita información, apoyo y que le tranquilicen.

El profesional desarrolla una escucha activa, con gestos contenidos y reconfortantes, y acompa-

ña al paciente para que este lleve un estilo de vida saludable y evite el consumo de alcohol o drogas. Además, fomenta el apoyo de la familia, recurso esencial y potencial enlace por su apoyo y su presencia.

■ **La sociedad no está sensibilizada acerca del peso de la depresión** y de la importancia de un bienestar mental adecuado. Las estigmatizaciones pueden disuadir, por un lado, a las personas afectadas, que no piden ayuda por temor a que se les etiquete y, por otro lado, a los responsables de invertir en estrategias en materia de salud mental. Es posible mejorar la detección de la depresión por parte de profesores, trabajadores sociales, médicos de familia y profesionales sanitarios mediante un mejor conocimiento de los signos y síntomas de la enfermedad¹.

¹ http://ec.europa.eu/health/mental_health/policy/index_es.htm

Ingrid Choucraallah

Directora del IFAS

Dossier publicado por primera vez en SAS, número 68

Enfoque

Los trastornos **depresivos**

- **La depresión es un estado de ánimo en el que se sobrepasa el simple sentimiento de tristeza o de infelicidad.**
- **Constituye una enfermedad en sí misma, perteneciente a la familia de los trastornos del estado de ánimo.**
- **Una detección precoz y unos cuidados adecuados son importantes para prevenir comorbilidades.**

Algunos acontecimientos estresantes que afectan a la vida, como el duelo, provocan cambios de humor que, en presencia de otros factores que los desencadenan (genéticos, biológicos, psicosociales...) pueden convertirse en patológicos. Los trastornos del estado de ánimo constituyen una categoría importante dentro de los trastornos psiquiátricos, que incluyen la depresión (mayor y distimia¹), el trastorno bipolar y otras alteraciones.

Epidemiología

■ Entre los trastornos psiquiátricos, los depresivos son los más frecuentes. La tasa de prevalencia para la depresión mayor se encuentra entre el 5 y el 17%. Los trastornos depresivos mayores son 2 veces más frecuentes en las mujeres que en los hombres, con independencia del país de origen. No existe una edad específica de inicio, pero los síntomas depresivos surgen durante la adolescencia y al principio de la edad adulta, lo cual se ve fomentado por factores psicológicos y hormonales [1].

■ El primer episodio de depresión se produce generalmente en la treintena y el segundo, de menor amplitud, ocurre entre los 50 y los 60 años [2]. El riesgo de desarrollar una depresión aumenta en determinadas circunstancias

médicas: posparto, accidente cerebrovascular (ACV), enfermedad neurodegenerativa (párkinson, esclerosis múltiple), alteraciones cardiovasculares, etc. y se asocia a un deterioro del estado de salud.

■ Los trastornos depresivos se encuentran más extendidos en el medio urbano que en el rural y su prevalencia es mayor en individuos que viven solos o con dificultades socioeconómicas.

Palabras clave

- Diagnóstico
- Riesgo de suicidio
- Tratamiento
- Trastorno depresivo



© François Soutif/Elsevier Masson SAS

HIBA YAACOUB^a
Residente de psiquiatría

GEORGES HADDAD^{a,b}
Director médico
^aUniversité Saint-Esprit de Kaslik. Faculté de médecine et des sciences médicales, Jouinié (Libano).
^bHôpital psychiatrique de la Croix. Jall-Eddib (Libano).

NOTAS

¹ Distimia: estado de ánimo depresivo, menos grave que la depresión mayor, con 2 de los siguientes síntomas: alteración del sueño, de la energía, del apetito, baja autoestima, trastornos de concentración, indecisión y pérdida de la esperanza. Se padece durante la mayor parte del tiempo durante al menos 2 años.

² Manía: alteración del estado de ánimo en el marco del trastorno bipolar, marcado, sobre todo, por un exceso de energía, verborrea abundante (logorrea), irritabilidad y fuga de ideas.

³ La serotonina, la noradrenalina y la dopamina.

Comorbilidades

Los individuos que sufren trastornos depresivos se encuentran en mayor riesgo de sufrir comorbilidades. Los trastornos más frecuentes son el abuso de alcohol o de otras sustancias (sobre todo, en los hombres), los ataques de pánico, los trastornos obsesivo-compulsivos (TOC), la ansiedad

social (sobre todo, en los hombres que sufren trastornos bipolares) y los trastornos alimenticios (sobre todo, en las mujeres). Las comorbilidades (especialmente el abuso de sustancias y la ansiedad) agravan el pronóstico y aumentan el riesgo de suicidio en los pacientes uni y bipolares.

Definiciones

■ La depresión se caracteriza por la persistencia de un estado de ánimo bajo y por la pérdida de interés. El episodio depresivo se prolonga una media de entre 6 y 8 meses. La distimia es una forma menos grave caracterizada por un estado de ánimo bajo durante al menos 2 años y que no es lo suficientemente intenso como para incluirse en el diagnóstico de depresión mayor.

■ La depresión puede venir acompañada de delirios, de un alejamiento de la realidad e incluso de alucinaciones. Otro tipo, la depresión posparto, afecta a 1 de cada 10 mujeres después de dar a luz [1]. El trastorno afectivo estacional es una depresión que aparece en invierno, a causa de la reducción de luz diurna, y desaparece durante el resto del año.

■ La depresión puede presentarse acompañada de ideas suicidas. Mientras más concretas son las ideas, mayor será el riesgo. Por lo tanto, constituyen un signo de alarma que precede al suicidio.

Tipos de depresión

■ El trastorno depresivo mayor se produce cuando la tristeza y/o la pérdida de interés o de la capacidad para disfrutar de actividades que antes resultaban placenteras duran al menos 2 semanas, sin manía² o hipomanía y con, al menos, 4 de los siguientes síntomas:

- Alteración del apetito o del peso.

- Trastornos del ritmo de sueño y de la actividad.
- Falta de energía.
- Sentimiento de culpabilidad.
- Trastornos del pensamiento y que afectan a la toma de decisiones, además de pensamientos recurrentes relacionados con la muerte y el suicidio.

■ El síndrome ansioso-depresivo es una alteración formada por un conjunto de síntomas, relativamente menores, que aparecen tras un episodio de estrés (físico, socioeconómico, emocional, etc.) al que el sujeto no puede hacer

Un apoyo social adecuado e intensivo puede hacer que la resolución del trastorno depresivo sea más rápida

frente. Por tanto, es parte de un trastorno de adaptación. El paciente acude a consulta con varios síntomas de ansiedad (sensación de malestar, nudo en la garganta, inquietud, etc.) o de depresión (humor decaído o tristeza, pérdida de interés o de placer, astenia, alteración del sueño o del apetito, dificultad para concentrarse, indecisión, etc.) sin presentar ninguna patología. En ocasiones, la consulta se ve motivada por síntomas somáticos (cansancio, dolor, temblores, palpitaciones, aturdi-

miento, disminución de la libido, etc.). De este modo, los médicos de familia deben asegurarse de no pasar por alto una patología psiquiátrica mayor (depresión) u orgánica (infarto de miocardio, apendicitis, etc.).

Etiología

Los factores biológicos, genéticos y psicosociales desempeñan un papel causal en la depresión.

Factores biológicos

La depresión se encuentra relacionada con un trastorno neurobiológico. El desequilibrio de algunos neurotransmisores podría provocar una depresión. Estos neurotransmisores³ regulan la emoción, el sueño, el apetito y la sexualidad.

Factores genéticos

Los estudios han demostrado que existe un riesgo de entre el 10 y el 25% de que los niños con padres afectados por esta enfermedad presenten alteraciones del estado de ánimo. Este riesgo se ve duplicado si ambos padres lo padecen. Cuantos más miembros de la familia se encuentren afectados, mayor es el riesgo. Sobre todo, si se trata de familiares de primer grado.

Los estudios realizados en gemelos han demostrado que el origen genético explica únicamente entre el 50 y el 70% del origen de los trastornos del estado de ánimo. Por lo tanto, existe una predisposición a la enfermedad de carácter genético. Para que

aparezca esta enfermedad, es necesario que se produzca una interacción de carácter genético-ambiental.

Factores psicosociales

Los acontecimientos que producen estrés (por ejemplo, la muerte de un familiar, la pérdida de trabajo, la pobreza o incluso la culpabilidad) preceden al primer episodio de alteración del estado de ánimo.

Las dificultades psicosociales de larga duración pueden contribuir a la prolongación de la depresión, mientras que un cuidado social adaptado e intensivo puede provocar una resolución más rápida.

Evolución, pronóstico y tratamientos

Los pacientes hospitalizados por un primer episodio depresivo tienen una probabilidad de curación de en torno al 50% durante el primer año. Esta cifra, así como la duración entre los episodios, disminuye con las recaídas y la sucesión de hospitalizaciones.

Riesgo de suicidio

El suicidio es el riesgo más importante que representa la depresión. Las ideas suicidas y el paso a la acción forman parte del cuadro clínico de la depresión, con una prevalencia más fuerte en los hombres.

■ Entre los factores de riesgo se incluyen:

- Algún caso de suicidio en la familia.
- Tentativa personal de suicidio
- Soledad.
- Desempleo.
- Consumo excesivo de alcohol
- Trastornos bipolares del estado de ánimo.
- Ausencia de cuidados y de tratamiento de la depresión.

■ El riesgo de suicidio aumenta con cada nuevo episodio depresivo, sobre todo porque muchas de

las personas afectadas con ideas suicidas sienten que se encuentran solas con sus dificultades. Por ello, resulta primordial escuchar a una persona con depresión, abordar la cuestión de su malestar y preguntarle acerca de las posibles ideas suicidas.

■ Resulta importante evaluar la crisis suicida y el peligro inmediato que se le asocia explorando el nivel de sufrimiento, la intención suicida y la disponibilidad de materiales que pueden permitir que el paciente pase a la acción, así como la impulsividad, los elementos desencadenantes y la calidad del apoyo del entorno próximo. El equipo sanitario debe implicarse en detectar los mínimos signos y en escuchar, apoyar y acompañar al paciente, elementos importantes de los que el paciente puede carecer en su entorno próximo.

■ La escucha activa de una persona con depresión debe acompañarse de la búsqueda de soluciones como acudir a un médico, a un psiquiatra o incluso a urgencias, además del apoyo emocional y el acompañamiento.

Tratamientos

El tratamiento de los pacientes que sufren depresión tiene numerosos objetivos, entre los que se encuentra la seguridad del paciente. Inmediatamente después, se realizará una evaluación diagnóstica completa. El plan terapéutico no se centra únicamente en los síntomas inmediatos, sino también en el bienestar del paciente.

■ La hospitalización está indicada si existe riesgo de suicidio o de homicidio, una auténtica reducción de las capacidades para cuidar de sí mismo o la necesidad de realizar una investigación. También en caso de que se produzca una progresión rápida de los síntomas o una ruptura con la familia o las personas cercanas al paciente.

■ En el caso de episodios menores, la psicoterapia puede ser suficiente, mientras que, en el caso de episodios mayores, resultará necesario combinarla con medicamentos. Existen 3 tipos: la terapia cognitivo-conductual, la terapia interpersonal y el psicoanálisis. En caso de que exista un problema relacional que estimule el trastorno o que este afecte a las relaciones familiares, puede ser útil recurrir a una terapia familiar.

■ El objetivo del tratamiento farmacológico es la remisión y no solo la atenuación de los síntomas. Los pacientes con síntomas residuales se encuentran expuestos a un riesgo mayor de recaída o de recurrencia, así como de disfunción social.

■ Existen numerosos tipos de antidepresivos para tratar la depresión mayor, con mecanismos de acción variados. En general, son necesarias entre 3 y 4 semanas para que el efecto sea significativo (aunque es posible que su eficacia comience a manifestarse antes). El tratamiento deberá mantenerse al menos durante 6 meses.

■ Un tratamiento profiláctico resulta eficaz para reducir el número y la gravedad de las recaídas, y también se contempla en el caso de que el paciente muestre ideas suicidas.

■ Cualquier tratamiento antidepresivo debe ir acompañado de una psicoeducación, es decir, una explicación sobre la enfermedad, un tratamiento y apoyo relacional.

■ La terapia electroconvulsiva consiste en administrar una pequeña corriente eléctrica al cerebro (con anestesia) para provocar una crisis epiléptica. Esta técnica se reserva para casos farmacorresistentes a las alteraciones graves y en el caso de individuos que presentan riesgo de suicidio. El efecto secundario más frecuente es la pérdida temporal de la memoria. ●

Referencias

- [1] Kuehner C. Gender differences in unipolar depression: An update of epidemiological findings and possible explanations. *Acta Psych Scand.* 2003;108(3):163-74.
- [2] Eaton WW, Anthony JC, Gallo J, et al. Natural history of diagnostic interview schedule/DSM-IV major depression. The Baltimore Epidemiologic Catchment Area follow-up. *Arch Gen Psychiatry.* 1997;54(11):993-9.

Para más información

- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2013/06 http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf
- Organización Mundial de la Salud. Depresión. En: <http://www.who.int/topics/depression/es/>

Psicogeriatría

La depresión en los ancianos

- **La expresión clínica de la depresión en los ancianos es algo atípico.**
- **El personal sanitario debe estar especialmente atento para detectarla e informar al paciente de que puede curarse.**

Palabras clave:

- Ansiedad
- Depresión
- Estado de ánimo bajo
- Ancianos
- Suicida

Con frecuencia, tanto los ancianos como su entorno subestiman la depresión. La ausencia de queja ante un dolor moral, la banalización (“Estoy cansado, no tengo ganas de hacer nada... Pero es normal, ¡tengo 80 años!”) e incluso la negación de este dolor pueden dificultar enormemente el diagnóstico de la depresión. Además, algunos síntomas de la depresión como la astenia, la pérdida de interés, la falta de apetito o las alteraciones del sueño se atribuyen a un envejecimiento “normal”, más que a un estado depresivo.

La relación con un paciente que sufre de depresión se ve guiada por la aceptación, por parte del paciente, de su enfermedad y del sufrimiento que se deriva de ella, la reconquista de un equilibrio afectivo en las relaciones familiares y sociales y la prevención del riesgo de suicidio.

Los trastornos depresivos

La depresión se presenta en diferentes formas clínicas:

- Depresión melancólica: autoacusación, desvalorización total.
- Depresión delirante: persecución, ruina, delirio de negación.
- Depresión ansiosa: agitación motriz importante pero no productiva.

- Depresión estuporosa: rostro sin expresión o con una expresión de dolor fija, sin reacción ante el entorno.
- Depresión enmascarada: signos depresivos frecuentemente negados por el paciente que los atribuye, por error, a una patología somática.
- Depresión secundaria a una enfermedad psiquiátrica.
- Depresión inducida por el efecto iatrogénico de un tratamiento o la intoxicación crónica con una sustancia.
- Depresión reaccional que se produce tras un factor causal, un duelo.
- Trastornos bipolares o unipolares depresivos.

Sintomatología de la depresión en el paciente anciano

- Inestabilidad, agresividad, cólera.
- Somatización frecuente.
- Desmotivación, hastío, sensación de vacío interior.
- Encerramiento en sí mismo, aislamiento.
- Angustia matinal.
- Dependencia.
- Problemas mnésicos.

Manifestaciones en el caso del paciente anciano

■ La ansiedad que se produce en el caso de los pacientes puede ser mayor y aparecer en primer plano, enmascarando la depresión. Puede traducirse en un rechazo a caminar, el miedo a salir o una mayor demanda a su entorno. La agitación puede ser la expresión de una ansiedad no verbalizada por el sujeto, que se mueve sin cesar y deambula con la mirada perdida.

■ En el marco de las depresiones hostiles, la agresividad puede limitarse a un cierto nerviosismo o irritabilidad. Es evocadora de una depresión en el anciano, ya que contrasta con el carácter habitual de la persona. Esta agresividad puede experimentarse verbalmente (comentarios peyorativos e incluso injurias) o a través de gestos (golpes, escupitajos o lanzamiento de objetos), o bien mediante la automutilación. “La familia y el personal sanitario corren el riesgo de desarrollar contraactitudes negativas con el fracaso de las atenciones” [1].

■ El comportamiento del Técnico en Cuidados de Enfermería, a través de los gestos, las intenciones o las palabras, puede influir en

FRANÇOISE BOURGEOIS

Coordinador superior de salud, responsable del área de formación continua
Groupe hospitalier Paul-Guiraud, Villejuif (Francia)

las reacciones del paciente y provocar agresividad o, al contrario, seguridad y confianza. Cuidar de personas hostiles que sufren una depresión requiere, por parte del Técnico en Cuidados de Enfermería, benevolencia, escucha, conocimientos y capacidad para poder soportar esta agresividad sin reaccionar de forma violenta: “un Técnico en Cuidados de Enfermería tranquilo es un cuidador que tranquiliza” [2].

■ En ocasiones, la depresión del paciente anciano puede pasar desapercibida debido a su expresión clínica atípica. Así, la queja somática constituye la presentación inicial del paciente anciano con depresión. La sintomatología hipocondríaca aparece en primer plano. Se trata de una persona que niega, en la mayor parte de los casos, cualquier tipo de tristeza o depresión y que se queja sin cesar de dolores abdominales, problemas intestinales (estreñimiento), cefaleas, etc. Presenta una delgadez relacionada con un desinterés por la alimentación y una situación de dejadez. “Las quejas hipocondríacas son extremadamente frecuentes en las personas ancianas que implican a uno o varios órganos sin hacer caso al resto del cuerpo del que ya no se ocupan” [3].

■ En el plano intelectual, las capacidades de la persona se mantienen, pero puede presentar problemas de atención, de concentración y de memoria, indecisión y alteración del juicio y del razonamiento. Se queja de falta de claridad en sus ideas. Su discurso es pobre: se concentra en una sola idea o está “vacío” de pensamiento. Se modifica la percepción del tiempo (el tiempo no pasa). La presencia de alteraciones cognitivas puede implicar el riesgo de formular demasiado rápidamente un diagnóstico de demencia (cuadro 1) mientras que se trata, en el marco de la depresión, de la ex-

CUADRO 1

¿Síndrome demencial o depresión?

■ En el caso del síndrome demencial, el déficit intelectual precede al estado depresivo. Al reconstruir la anamnesis, resulta difícil de detectar el inicio de la alteración, ya que las circunstancias que lo desencadenan no son habituales. Además, se percibe una indiferencia o una minimización de las alteraciones presentadas, así como una superficialidad de las emociones. Las palabras son evasivas, incoherentes o incluso incomprensibles. La situación no mejora con antidepresivos.

presión máxima de la inhibición psicomotriz.

■ Cuando se trata de formas de delirio, se presentan temas de persecución, celos o de prejuicios económicos: “entran en mi casa para robarme, incluso he llamado a la policía, pero no pueden hacer nada porque ya era demasiado tarde”, “estoy arruinado, pero, como de todas formas me voy a morir, no tiene importancia”.

Puntos de referencia para el personal sanitario

Resulta indispensable averiguar si la depresión es secundaria a una patología somática. Además, una intoxicación alcohólica, si no exis-

tía anteriormente, es evocadora de una depresión del paciente anciano.

■ La utilización, en equipo pluridisciplinar, de la escala de depresión geriátrica [4], un cuestionario que se relaciona con la sintomatología depresiva en los ancianos, puede ayudar a establecer el diagnóstico de depresión.

■ El personal sanitario debe insistir en el hecho de que la depresión es una verdadera enfermedad y que puede curarse. El tratamiento no actúa de forma inmediata, debe prolongarse generalmente entre 6 y 9 meses después de que el estado de ánimo se haya normalizado.

■ El TCE debe evaluar el riesgo de suicidio, ya que este tipo de pacientes puede sentir angustia por el fin de la vida y sufrir lo que se denomina la culpabilidad del superviviente. La escucha y el tiempo pasado para evaluar la intensidad de la crisis suicida y abordar la cuestión del suicidio siguen siendo la mejor prevención.

Conclusión

La depresión no es una enfermedad que no afecte a los ancianos, sino todo lo contrario. Altera el bienestar y la calidad de vida de este tipo de pacientes. Por ello, es esencial relacionarse con los ancianos de forma atenta y tranquilizadora. ●

REFERENCIAS

- [1] Guyotat J. Crise chez le vieillard. Réaction de la famille. *Psychologie médicale* 1985;178:1117-9.
- [2] Charazac PM. *Psychothérapie du patient âgé et de sa famille*. Paris: Dunod; 2005.
- [3] Guedeney C, Weisbrot C, Aisenstein M et al. Le travail de l'hypocondrie. Histoire au fil des siècles et approche psychanalytique actuelle. In: Monfort JC, Manus A, Piette F. *Guide pratique de psychogériatrie*, tome II. Paris: Elsevier; 1994. p.89-120.
- [4] Échelle de dépression gériatrique de Yesavage, forme abrégée en 15 items. D'après Sheikh JL, Yesavage JA. Geriatric depression scale: Recent evidence and development of a shorter version. In: Brink TL. *Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and intervention*. Binghamton: Haworth Press; 1986. p. 165-73.



Para más información

Ortiz de Zarate San Agustín A, Alonso I, Ubis A, Ruiz de Azúa Velasco MA. *Psicogeriatría*. Barcelona: Elsevier Masson; 2010.

Cuidados relacionales

Instaurar una relación de confianza con una persona con depresión

- El Técnico en Cuidados de Enfermería escucha al paciente con depresión y a su familia.
- Responde a sus preguntas, lo tranquiliza y le proporciona explicaciones, dentro del límite de sus competencias, para responder a sus necesidades particulares.
- Solicita el diálogo e instaura una relación de confianza.

Palabras clave

- Confianza
- Depresión
- Escucha activa
- Empatía
- Relación cuidador-paciente
- Trastorno depresivo

¿Cómo acompañar a una persona que piensa y dice que la vida ya no vale la pena y que únicamente espera la llegada de la muerte? Ante la mínima pregunta de un Técnico en Cuidados de Enfermería (TCE), responde: “¿qué sentido tiene? Dejadme tranquilo”.

Una paciente le responde al TCE, que ha acudido esta mañana a su habitación para ayudarla a levantarse de la cama y desayunar, que no tiene hambre y que prefiere quedarse en la cama.

El TCE puede responderle: “pero hay que comer, señora” o hacer como si no la hubiera oído. Quizás la paciente se levante de la cama... Pero, sin duda, no tocará el desayuno. Quizás, el TCE dirá: “no sé qué hacer ni qué decir”.

De la relación cuidador-paciente a la relación de confianza

El TCE incluye en sus cuidados una “atención psicológica y conductual del paciente” [1]. Para ello, es necesario saber establecer una relación con el paciente, lo que se denomina una relación “cuidador-paciente”.

■ Establecer una relación es crear un vínculo entre sí mismo y la otra persona: así, se habla de rela-

ción familiar, de amistad, de relación amorosa... La relación paciente-cuidador es particular, ya que se crea en un medio profesional específico en el que cada uno de los protagonistas ocupa un lugar definido.

Una relación de confianza es aquella en la que cada una de las partes tiene confianza en sí mismo y en el otro

■ Esta relación, como cualquier otra, se construye y necesita que cada una de las partes se acerque al otro: “con el término relación cuidador-paciente se designa al conjunto de condiciones psicológicas que van a influir en el tipo de contacto que se establecerá entre el cuidador y su paciente” [2].

■ Este camino comienza por establecer una relación de confianza.

La relación de confianza

■ La confianza se define como una “seguridad, audacia, coraje, procedente de la conciencia de que tenemos valor, suerte” o bien

como un “sentimiento de alguien que confía completamente en el otro o en algo” [3]. En el marco de los cuidados, ambas definiciones se unen.

■ El paciente puede otorgarle su confianza a un TCE porque tiene la sensación de que él confía en sí mismo. Asimismo, el paciente también debe tener confianza en sí mismo. El TCE tiene la necesidad de fiarse completamente de él.

Por lo tanto, una relación de confianza es aquella en la que cada una de las partes tiene confianza en sí mismo y en el otro. Esta relación de confianza va a permitir al paciente colaborar en el cuidado.

La persona con trastornos depresivos

Cuando una persona sufre trastornos depresivos, la confianza en sí mismo se ve disminuida, incluso perdida, pero puede buscarse y recuperarse. El TCE tiene el deber de ayudarlo y podrá conseguirlo únicamente si piensa que la persona tiene las capacidades necesarias, es decir, si tiene confianza en los propios recursos de la persona.

■ En caso de trastornos depresivos, estos recursos se han escondido en lo más profundo de



© François Soutif/Elsevier Masson SAS

la persona. En efecto, según Carl Rogers, psicólogo, el individuo posee en sí mismo considerables recursos para comprenderse, percibirse de forma diferente y cambiar sus actitudes fundamentales y su comportamiento ante sí mismo. Sin embargo, solo un clima bien definible, a partir de actitudes psicológicas facilitadoras, puede permitirle acceder a dichos recursos [4].

■ La primera actitud facilitadora es la actitud empática: se trata de intentar comprender lo que vive esta persona sin ponerse en su lugar y sin buscar darle una explicación a lo que vive (esa persona ya lo sabe). Pero, para comprender lo que vive, es necesario escuchar lo que dice.

■ La segunda actitud facilitadora es la escucha activa. Esta escucha es específica, ya que requiere que el TCE esté totalmente disponible y abierto al discurso (y también a los gestos y a la mímica) del paciente. A través de esta escucha,

el paciente siente que el TCE percibe su existencia. No obstante, este sentimiento de existencia se vuelve frágil en los trastornos depresivos. Y no tomar el tiempo necesario para escuchar a una persona con depresión implica un incremento de este sentimiento.

■ Pero, ¿cómo hacer para que la persona sienta que se le escucha? Simplemente diciéndole que entiende lo que dice, o bien a través de la reformulación. Por ejemplo, retomando las palabras del paciente comenzando por “me decía usted que...”. En el caso de la paciente mencionada anteriormente, el TCE podría haber dicho: “¿me dice usted que no tiene ganas de levantarse para desayunar?” Esta simple frase podría permitir a la paciente sentir que la escuchan y quizás podría verbalizar su tristeza. ¿Cómo no dar confianza a alguien que sabemos que nos puede escuchar sin emitir un juicio de valor, un consejo o una frase hecha?

De esta manera, el TCE se gana la confianza, recogiendo sus palabras, sus llantos, sus quejas, sus sufrimientos, etc.

■ ¿Qué decir y qué hacer ante una persona con depresión? Basta con hacerle ver simplemente que “estamos ahí” [5] para ella. Esta presencia atenta del TCE puede permitirle a la persona con depresión encontrar los recursos con los que cuenta. Sin embargo, es necesario que el profesional tenga confianza en sí mismo y en el hecho de que la mera escucha sirve de ayuda.

Conclusión

Crear una relación de confianza es la primera etapa a la hora de encargarse de cuidar de una persona que sufre trastornos depresivos. A partir de ese momento, el Técnico en Cuidados de Enfermería puede ayudar a una persona con depresión a recuperar el interés por la vida. ●

Referencias

- [1] Circulaire DGS/PS3/DH/ FH1 n° 96-31 du 19 janvier 1996 relative au rôle et aux missions des aides-soignants et des auxiliaires de puériculture dans les établissements hospitaliers.
- [2] Bioy A, Fouques D. Manuel de psychologie du soin. Rosny : Bréal ; 2009.
- [3] www.larousse.fr/dictionnaires/francais/confiance/18082
- [4] Rogers C. Les caractéristiques d'une approche centrée sur la personne. ACP Pratique et recherche. 2010. www.acp-pr.org/caracteristiques.html
- [5] Orofiamma R (dir). Être là, être avec, les savoirs infirmiers en psychiatrie. Récits de pratiques d'infirmiers de l'hôpital de Maison-Blanche. Éducation permanente 2006 ; hors-série n°1.

Para más información

Granados Gámez G. Aplicación de las Ciencias psicosociales al ámbito del cuidar. Barcelona: Elsevier; 2014.

Relación

El papel del Técnico en Cuidados de Enfermería ante una persona con depresión

- **El acompañamiento a la persona con depresión en el hospital requiere que se movilicen competencias relacionales y de comunicación.**
- **El Técnico en Cuidados de Enfermería desarrolla capacidades de adaptación y de análisis que se basan en la observación, el respeto, la escucha y la empatía.**

Palabras clave

- Acogida
- Depresión
- Hospital
- Persona con depresión
- Relación de confianza

La práctica del Técnico en Cuidados de Enfermería (TCE) es la articulación, dinámica y continua, de los 3 ejes siguientes:

- El TCE moviliza sus valores, tanto personales como profesionales. El paciente los recibe por la buena voluntad que expresa su saber estar.
- La acogida de cualquier paciente es un cuidado en el que se tiene en cuenta la realidad física de la situación.
- La consideración de la singularidad de la persona permite una individualización de este cuidado y moviliza la capacidad de relacionarse con el paciente, percibir sus expectativas e iniciar una reciprocidad.

El TCE pondrá en marcha sus competencias relacionales (acogida, acompañamiento psicológico) y técnicas (cuidados de higiene y de confort) con la persona que ha ingresado en la unidad de psiquiatría.

Caso práctico

El paciente, de 50 años, está casado desde hace 20 años. Tiene un hijo de 13 años y es repartidor-conductor y cuenta con un entorno familiar movilizado. Su tentativa de suicidio se produce cuando su mujer le anuncia que se quiere separar.

■ El paciente ingresa en la unidad de psiquiatría tras ser atendido en urgencias. Se trata de su primera hospitalización en cuidados psiquiátricos libres, tras una tentativa de suicidio por una intoxicación medicamentosa voluntaria e ingesta de alcohol durante una reunión familiar en su casa.

■ El TCE se pone a su disposición para llevar a cabo un cuidado de calidad, que evitará la ruptura de la continuidad de los cuidados. Este primer contacto es fundamental a varios niveles:

- A nivel de la seguridad del paciente, que acaba de atentar contra su vida y banaliza su gesto.
- A nivel clínico, el equipo evalúa la situación y elabora el proyecto de cuidados con el paciente.
- Tras haber acogido al paciente, el TCE participa en la recopilación de datos y en la creación de un inventario para retirar los objetos cortantes, afilados y puntiagudos. Según prescripción médica, las normas que hay que seguir son:
 - Colocación del pijama (lo que le confirma al paciente que está enfermo y permite limitar el riesgo de fuga y el paso a la acción en el exterior del área).
 - La retirada del teléfono (objeto transicional con su mujer).
 - Ausencia de salidas y visitas.

■ El TCE otorga sentido a estas medidas restrictivas mediante una explicación. De este modo, el hecho de que todos los actores que intervienen proporcionen la misma información contribuye a la coherencia del proyecto de cuidados que se le propone al paciente. La adhesión de este último al proyecto permitirá un trabajo conjunto, lo que garantizará el éxito durante y tras la hospitalización.

La relación con el paciente

Desde hace 3 semanas, el paciente sufre un síndrome depresivo de tipo melancólico [1]:

- Dolor moral ("Mi mujer quiere abandonarme y eso me mata").
- Tristeza: labilidad tímica¹, labilidad emocional, irritabilidad, ansiedad, alcoholización masiva, aislamiento.
- Ralentización psicomotora: disminución de la atención y la concentración, abulia², anhedonia³.
- Alteración de las conductas instintivas: insomnio, hiporexia⁴, pérdida de peso, astenia.

Una vez que el equipo sanitario lo ha tranquilizado y se encuentra calmado respecto a la tensión interna derivada del paso a la acción autoagresiva, el paciente se so-

mete sin reticencia a las normas de seguridad y de hospitalización propuestas por el binomio enfermera-TCE.

■ La primera etapa de la relación tendrá una función “maternizante”. El paciente necesita que los cuidadores le escuchen y llora durante las entrevistas. El personal de enfermería debe saber escuchar y reformular el contenido de este sufrimiento para ayudarlo en su proceso reflexivo. Pueden realizarse diferentes tipos de entrevista⁵. Es importante que el TCE respete su papel, los límites de su campo de competencia y derive al paciente a los profesionales especializados si fuera necesario.

■ El TCE, lo más cercano posible al enfermo, recopila gran cantidad de información.

Favorece el sueño, la alimentación, la higiene y que el paciente deje de tomar alcohol. Evalúa la ansiedad y los efectos secundarios de los tratamientos (estreñimiento o sequedad bucal). Alerta a la enfermera ante cualquier modificación del comportamiento que pueda generar un riesgo de suicidio.

■ El conjunto de estos datos se comunicará de forma oral y por escrito al conjunto del equipo. El

Las claves del acompañamiento del paciente con depresión

- Acoger al paciente de forma efusiva.
- Observar si el paciente presenta signos de ansiedad, especialmente por la mañana y al atardecer, momentos propicios para pasar a la acción.
- Permanecer atento para escuchar palabras que puedan presagiar el paso a la acción.
- Alejar los objetos peligrosos o susceptibles de ser utilizados para una tentativa de suicidio.
- Establecer una relación atenta y tranquilizadora: evitar responder con frases hechas, mantener una atmósfera de bienestar, ayudar al paciente a expresarse pero mantener una neutralidad afectiva.
- Dejarle la posibilidad de expresar su dolor, de que lllore.
- Ayudar al paciente a volver a encontrar el placer de comer.
- Evaluar la calidad de su sueño.
- Vigilar que esté bien hidratado.
- Supervisar su peso y su alimentación.
- Motivar al paciente a que cuide su apariencia física, que realice actividades cotidianas.
- Adoptar un enfoque maternizante al inicio del día; posteriormente, animar y valorar los progresos realizados y la toma de decisiones.

Técnico en Enfermería participa en el resumen y la transmisión de información para reevaluar los objetivos de los cuidados a corto y medio plazo. ¿Es necesario administrarle los cuidados al paciente, hacerlo con él, hacer que él lo haga o dejarle que lo haga?

■ La segunda etapa de la relación de ayuda corresponde al proceso de deliberación, de ánimo al paciente a que vuelva a desear ser autónomo. Por ejemplo, el TCE puede proponerle al paciente actividades terapéuticas como un “taller de fotografías” para desarrollar su capacidad de abandonar esa idea fija (reconquistar a su mujer) o un “despertador muscular” para desarrollar un bienestar físico y realizar ejercicios de respiración que favorezcan la relajación.

CONCLUSIÓN

Daniel Marcelli, profesor de psiquiatría, afirma que “en su espacio íntimo, cada persona tiene la necesidad de recibir la mirada de otro en el que se apoya y a partir del cual se construye”[2]. Este “otro” puede ser el TCE que proporciona apoyo cotidiano a la persona con depresión. Este apoyo es temporal, es cierto, pero resulta esencial a la hora de obtener éxito a la salida del hospital. ●

NOTAS

Las claves del acompañamiento del paciente con depresión

1. Labilidad tímica: estado de ánimo fluctuante.
2. Abulia: desorden mental caracterizado por un debilitamiento de la voluntad que provoca una inhibición de la actividad física e intelectual.
3. Anhedonia: pérdida de la capacidad para sentir placer. Es uno de los principales síntomas de la depresión mayor.
4. Hiporexia: disminución del apetito.
5. Entrevista al recibir al paciente, de recopilación de datos, informativa, educativa, de investigación, de adhesión al proyecto de cuidados, de reposicionamiento del marco terapéutico, de apoyo, de tranquilización, de relación de ayuda.



Referencias

- [1] Lemperrière T, Féline A, Gutmann A, et al. Psychiatrie de l'adulte, 1re éd. Paris : Masson ; 1977.
- [2] Marcelli D. Les yeux dans les yeux. L'énigme du regard. Paris : Albin Michel ; 2006.



Conservación de medicamentos termolábiles en la cadena de frío, funciones de ordenación de efectos sanitarios para el TCE

Una de las funciones del Técnico en Cuidados de Enfermería/Auxiliares de Enfermería en el servicio de farmacia es colaborar con el personal Auxiliar Sanitario Titulado o Auxiliar de Farmacia en la ordenación de los preparados y efectos sanitarios. Por ello, es de especial importancia conocer el perfil de los medicamentos termolábiles, los cuales han cambiado cuali y cuantitativamente, constituyendo una parte fundamental del actual arsenal terapéutico en los hospitales. Este hecho lleva implícitamente asociada la necesidad de disponer de más medios para garantizar la conservación de los medicamentos, así como la incorporación y utilización de nuevas tecnologías para garantizar su trazabilidad durante todo el proceso farmacoterapéutico.

SUMARIO

¿Qué son medicamentos termolábiles?

Factores que intervienen en la termoestabilidad

¿Qué propiedades del fármaco pueden verse afectadas a altas temperaturas?

Objetivos de la cadena de frío

Métodos de conservación

Medidas importantes

Procedimiento de actuación

Termoestabilidad en vacunas

Normas generales de conservación de las vacunas

Recepción de vacunas. Indicadores de tiempo-temperatura (ITT)

Actitud ante la sospecha de congelación

Conclusiones

¿Qué son medicamentos termolábiles?

Son los fármacos más susceptibles o sensibles a los cambios bruscos de temperatura. Por ello, la conservación adecuada de estos medicamentos es prioritaria para mantener su actividad farmacológica de forma óptima. Las condiciones de almacenamiento que necesita el fármaco pueden ser distintas a partir del momento en que se reconstituye el preparado. Es el caso de diversos medicamentos, muchos de ellos jarabes infantiles, en forma de suspensión, que han de conservarse en nevera y durante un período limitado de tiempo desde que se realiza la mezcla con agua.

En efecto, las modificaciones que pueden asociarse a la ruptura de la cadena de frío suponen un riesgo en la eficacia y seguridad de los medicamentos, con importantes repercusiones clínicas, y llevan implícitas importantes pérdidas económicas para el sistema sanitario. La eficacia de los medicamentos y

su seguridad dependen, entre otros factores, de una correcta temperatura de almacenamiento. Su conservación incorrecta puede significar, además, un riesgo elevado para la salud de los pacientes.

Factores que intervienen en la termoestabilidad

- Temperatura: juega un papel crítico en el proceso de conservación de los medicamentos. Los cambios de la misma aceleran todos los procesos de degradación, produciéndose cambios físicos y químicos del medicamento. Las bajas temperaturas pueden facilitar el deterioro de algunos materiales plásticos o la formación de gránulos en ciertas vacunas.
- Luz, humedad, radiaciones, microorganismos: la modificación de estos elementos acelera todos los procesos de degradación, produciéndose cambios físicos y químicos en el medicamento. La alteración del material de acondicionamiento puede disminuir la capacidad protectora sobre el mismo.

¿Qué propiedades del fármaco pueden verse afectadas a altas temperaturas?

- Químicas: pueden producirse reacciones de oxidación, reducción, polimerización, evaporación de disolventes, volatilización de aceites esenciales y de destrucción de sustancias termolábiles (proteínas).
- Físicas: pueden alterarse algunas propiedades originales: apariencia, uniformidad, etc.
- Terapéuticas: pueden modificar los efectos terapéuticos.
- Toxicológicas: pueden ocurrir cambios en la toxicidad por formación de productos tóxicos.

Objetivos de la cadena de frío

- Comprobar y registrar las condiciones en que se encuentran las especialidades farmacéuticas termolábiles.
- Asegurar que los medicamentos sean conservados debidamente dentro de rangos de temperatura establecidos, para que mantengan sus propiedades originales.

- Detectar cualquier modificación en sus características físico-químicas.
- Conocer el protocolo de actuación en caso de pérdida de frío en el medicamento.
- Establecer un procedimiento normalizado de trabajo en caso de rotura de la cadena de frío.

Métodos de conservación

Desde la Unidad de Farmacia hasta la administración del medicamento, el Técnico en Cuidados de Enfermería (TCE) es el encargado de mantener la temperatura en perfectas condiciones. Existen 2 formas o tipos de conservación:

- Fija: la medicación se encuentra conservada en nevera o cámara frigorífica.
- Móvil: la medicación es transportada por medio de neveras portátiles, envases isotérmicos con acumuladores de frío. En especial, debemos prestar mayor atención a esta cadena móvil. En la ordenación de estos preparados termolábiles para ser transportados, el TCE utilizará:

○ Neveras portátiles: la mayoría suele estar fabricada con revestimiento externo de plástico o fibra de vidrio, revestimiento interior de polietileno o poliestireno y material aislante de poliuretano. Se utilizan en caso de emergencia, por fallo del frigorífico.

○ Cajas isotérmicas o contenedores de aislamiento térmico: se usan en función del tipo de medicamentos, de su volumen y del tiempo máximo de recorrido. Estas, por lo general, son de poliestireno o tienen revestimiento exterior o interior de cartón y material aislante de poliuretano.

○ Termómetros: constituyen un elemento importante para la monitorización y el control de la temperatura.



En el caso de que deban medir la temperatura de un frigorífico serán necesarios indicadores de temperatura: la cinta, el papel, la tableta o cualquier otro dispositivo utilizado para comprobar si se han alcanzado determinadas temperaturas. Se manifiestan en cambios de color (indicadores basados en colores) o en variaciones de la conductividad (indicadores digitales).

Medidas importantes

- La nevera, cámara o frigorífico deben contar con termómetro y de manera rutinaria se debe verificar que la temperatura se mantenga entre 2°C y 8°C.

Hay que tener en cuenta que la temperatura más baja es la tomada por la mañana, ya que durante la noche el frigorífico se mantiene cerrado, y que la temperatura to-

mada por la tarde es más alta, por el uso continuo del mismo.

- Los medicamentos han de permanecer en el estante intermedio. No deben retirarse de este lugar, a no ser que sea necesario para efectuar la limpieza y desinfección de la nevera o refrigerador.

- Utilización de acumuladores de frío para conservar la temperatura de la nevera portátil para su traslado a planta en medicamentos congelados. Esta temperatura se monitoriza, sobre todo, para las vacunas antigripales.

- Cuando se extraen de la nevera o envase isotérmico, se deja a temperatura ambiente unos segundos para evitar un exceso desproporcionado de frío.

- Anotar o registrar la temperatura real del medicamento.

- Evitar el contacto directo con la medicación termolábil.



- Abrir la cámara frigorífica solo en caso de que sea necesario e imprescindible.
- Minimizar el tiempo en su transporte y almacenamiento.
- Evitar un excesivo enfriamiento del medicamento.
- Mantener cerrado el frigorífico y abrir solo para extraer la medicación para su directa administración. Avisaremos con antelación al celador de planta para su recogida y transporte inmediato.
- Colocar la medicación en las zonas centrales del frigorífico, nunca en la puerta o en la zona inferior, y bien posicionada.
- No deben retirarse de este lugar, a no ser que sea necesario para efectuar la limpieza y desinfección de la nevera o refrigerador.
- Procurar que la medicación no contacte directamente con las paredes laterales del frigorífico o cámara.
- Debemos hacer más accesibles a los medicamentos de mayor uso, en función de la demanda de estos medicamentos en cada unidad hospitalaria.
- Debemos mantener envasados y protegidos de la luz toda la medicación fotosensible: vacunas antigripales, hepatitis A, polio inactivada, varicela, triple vírica, meningitis C y *Haemophilus influenzae* tipo b.

Procedimiento de actuación

- Comprobar el estado del medicamento, tanto el envase como la temperatura a la que se encuentra.
- Almacenar en el envase isotérmico con los acumuladores de frío, de ser necesario.
- Comprobar que el almacenamiento de termolábiles se realiza de manera adecuada en función de su termoestabilidad, frecuencia de uso, fotosensibilidad (protección de la luz) y caducidad.
- Comprobar las existencias, con

el fin de asegurar la disponibilidad de vacunas en todo momento y evitar excesos de almacenaje o faltas.

- Asegurar la correcta recepción de los pedidos: correspondencia entre cantidad solicitada y recibida, fecha de caducidad, sensación térmica en el momento de la recepción, integridad de los lotes, y comprobación y archivo de los albaranes de entrega.
- Mantener comunicación con el Instituto de Ciencias de la Salud y la Gerencia de Atención Primaria a efectos de pedidos, remisión de registros, comunicación de incidencias, etc.
- Formación del personal de enfermería de reciente llegada al centro.
- Analizar y archivar las hojas de registro de temperatura enviando copia a la Dirección de Enfermería.
- Si las temperaturas están fuera del rango permitido (entre 2 y 8° C) se considerará *a priori* rotura en la cadena de frío, por lo que se debe investigar la duración de la anomalía térmica, comprobar el aspecto físico de los productos y la sensación térmica del interior del frigorífico.
- Medicamentos más sensibles en estado de congelación: se colocarán en un lugar menos fresco, generalmente en la parte central de la cámara frigorífica, sin rozar las paredes de la misma: hepatitis A y B, oxitocina, glucagón, insulina, [®]Colicursí Fluotest, vacuna antigripal, conjugada frente al meningococo C, vacunas contra la difteria y tétanos (Td, DTPa, combinadas pentavalentes y hexavalentes).
- Los medicamentos más sensibles a mayor temperatura se colocarán en un lugar fresco o frío, generalmente en la parte superior del frigorífico. Vacunas víricas atenuadas: triple vírica (rubeola, sarampión, parotiditis y varicela).

- Debemos hacer más accesibles los medicamentos de mayor uso, en función de la demanda de estos fármacos en cada unidad hospitalaria.
- Debemos mantener envasada y protegida de la luz toda la medicación fotosensible: vacunas antigripales, hepatitis A, polio inactivada, varicela, triple vírica, meningitis C y *Haemophilus influenzae* tipo b.
- Reubicar en el frigorífico de planta en el stand correspondiente.
- Para cualquier incidencia, dispondremos de un documento oficial para notificarlas, y de una hoja de evaluación de pérdidas y roturas de los termolábiles.
- Colaborar aportando información a los responsables de farmacovigilancia del laboratorio farmacéutico, cuando estos se soliciten, tras conocer la existencia de alguna alteración en el paciente al que se le ha administrado un medicamento termolábil.
- Mantenerse informado sobre los datos de seguridad relativos a los medicamentos que habitualmente prescriban, dispensen o administren. (Tabla 1.)

Termoestabilidad en vacunas

La cadena de frío es un sistema organizado de transporte, almacenamiento y distribución de vacunas en las condiciones térmicas recomendadas, de modo que se garantice el mantenimiento de la potencia inmunizante de las vacunas desde su fabricación hasta su administración. Debe ser mantenida por personal adiestrado, pues de ella dependen la efectividad y seguridad del programa de vacunaciones.

La termosensibilidad vacunal es muy variada:

- Las vacunas de gérmenes vivos, triple vírica y varicela son, en general, poco resistentes al calor. Por ello, conviene situarlas en los es-

Tabla 1. Estabilidad de los medicamentos tras la rotura de la cadena de frío.

Principio activo	Especialidad Farmacéutico	Laboratorio	Tº	Estabilidad a dicha temperatura	Observaciones
α 1 antitripsina	Prolastina®	Bayer	< 25°C	Caducidad del producto (12)	Desechar en caso de congelación (13)
α-Domasa	Pulmozyme®	Roche Farma	30°C	2,5 días (dl)	La especialidad presenta la misma estabilidad a temperaturas de congelación (dl)
Abciximab	Reopro®	Lilly	30°C	72 horas (dl)	Desechar en caso de congelación (13)
Ac hialuronico	Healon®	Pfizer	25°C	4 semanas (dl)	
Acetato de glatiramero	Copaxone®	Aventis Pharma	15-25 °C	7 días (12)	
Agente inmunizante activo BCG	ImmuCys bcg®	Inibsa	25°C	No datos (dl)	
Albumina humana	Albumina humana 20%®	ZLB Behring	<25°C	Caducidad del producto (12).	
Albumina humana	Albumina humana 20%®	Grifols	25°C	3 años (dl).	
Albumina humana	Human biotest® albumin 20%	Madaus	25°C	72 horas (dl)	
Albumina humana	Human biotest® albumin 5%	Madaus	25°C	72 horas (dl)	
Aldesleukina	Proleukin®	Chiron	25°C	24 horas (dl)	
Alemtuzumab	Mabcampath®	Schering	30°C	12 meses (dl)	La congelación esta expresamente desaconsejada (dl)
Alprostadilo	Alprostadil®	Pfizer	25°C	No datos (dl).	
Alteplasa	Actilyse®	Boehringer Ing.	< 25°C	Caducidad del producto (dl)	
Anfotericina b	Fungizona®	Bristol M. S.	> 15°C	4 horas (dl)	
Anfotericina complejo lipidico	Abelcet®	Elan Farma	25°C	Cada 5 días a 25°C se descuentan 45 días de la fecha de caducidad (dl)	
Anfotericina liposomal	Ambisome®	Gilead	25°C	1 año (10)	
Antígeno Haemophilus Influenza tipo B	Hiberix®	GSK	21°C 37°C	2 semanas (dl) 1 semana (dl)	Desechar la vacuna si ha sido congelada
Antígeno hepatitis A y B	Twinnix®	GSK	21°C 37°C	2 semanas (dl) 1 semana (dl)	Desechar la vacuna si ha sido congelada
Antígeno hepatitis B	Engerix B®	GSK	37°C 21°C	1 semana (dl) 2 semanas (dl)	Desechar la vacuna si ha sido congelada
Antitrombina	Antitrombina A III®	Grifols	25+ 2°C 40+2°C	2 años (dl). 1 año (dl).	Caducidad del producto
Antitrombina III	Kibemin-P®	ZLB Behring	25°C	Se resta un año a la fecha de caducidad (12).	
Asparaginasa	Kidrolase®	Aventis Pharma	25°C 30°C	48 horas (13) 1 mes (dl)	Perdida de potencia del 8%
Atracurio	Tracrium®	GSK	25°C	1, 2, 3 meses (dl)	Perdida de potencia del 99%, 95% y 92% respectivamente
Atracurio	Besilato de atracurio®	Inibsa	30°C	1 mes (dl).	Perdida de potencia del 8%
Basiliximab	Simulect®	Novartis Farma	25°C	No datos (dl)	
BCG intravesical	Oncotice®	Organón Española	> 8°C	No se garantiza estabilidad	
Bleomicina	Bleomicina®	Prasfarma	> 8°C	28 días (dl).	
Calcitonina	Miacalcic 200 spray nasal®	Novartis Farma	< 22°C	4 semanas (dl)	
Carmustina	Bi CNU®	Bristol M. S.	25°C	36 días a 25°C supone una pérdida potencia del 3% (13)	
Carmustina	Gliadel®	Pensa	< 22°C	6 horas (12)	Si se recongela el producto debe utilizarse en 30 días (12)
Caspofungina	Cancidas®	MSD	25°C	48 horas (dl)	Es estable 48 horas a temperatura de congelación.
Cisatracurio	Nimbex®	GSK	25°C	21 días (dl)	
Clorambucilo	Leukeran comp®	Wellcome	30°C	1 semana (13)	
Cloranfenicol	Colircusi cloranfenicol®	Alcon Cusi	25°C	3-4 semanas (dl)	
Clortetraciclina	Colircusi aureomicina®	Alcon Cusi	25°C	Hasta su reconstitución (dl)	Una vez reconstituido conservar un máximo de 7 días en nevera
Darbepoetina alfa	Aranesp®	Amgen	25°C	7 días (12)	
Desmopresina	Minirin sol. nasal®	Ferring	25°C	3 semanas (13)	
Desmopresina, acetato	Stimate®	ZLB Behring	22°C	3 semanas (12)	

tantes más fríos del frigorífico (si los hubiera).

- Las vacunas inactivadas de difteria, tétanos y tos ferina acelular, polio inactivada, hepatitis B, hepatitis A, *Haemophilus influenzae* tipo b, meningococo C, neumococo, papilomavirus y gripe son más resistentes al calor. Por ello, hay que situarlas en los estantes menos fríos del frigorífico. Pierden poder inmunizante por congelación y, por este motivo, deben ser rechazadas.

Normas generales de conservación de las vacunas

Una serie de sencillas normas ayudan a la conservación de las vacunas en el punto de vacunación:



- Guardar los preparados vacunales de modo que permitan la circulación del aire, dejando espacio entre las cajas y evitando que estas toquen las paredes interiores del refrigerador.

Se recomienda que las bandejas donde reposan las vacunas sean de malla metálica o con perforaciones en su base, para evitar la acumulación de humedad en las bandejas.

- Las vacunas no hayan sido expuestas a temperaturas inadecuadas. Por ello, el recipiente utilizado para el transporte debe incluir un indicador de tiempo-temperatura, que debe revisarse durante la recepción de vacunas en los centros de salud.

El indicador de tiempo-temperatura es un instrumento utilizado en el transporte de vacunas. La pérdida de su actividad ante

- Después de 15 minutos se visualizan sedimentos en el fondo del frasco congelado, mientras que el frasco no congelado permanece liso y turbio, y tras media hora, se observa un sedimento compacto totalmente separado del líquido, el cual se desplaza con dificultad al mover el frasco que ha sido congelado.

Conclusiones

Este estudio se centra fundamentalmente en el efecto que ejerce la temperatura ambiente sobre los medicamentos de naturaleza termolábil. No conviene olvidar las desastrosas consecuencias derivadas de un almacenamiento a temperatura excesivamente baja, práctica muy habitual en la rutina médica, que se ve reflejada en algunos estudios de conservación de medicamentos.

Los datos presentados pueden ser un punto de referencia en la toma de decisiones ante una posible ruptura de la cadena de frío de los medicamentos termolábiles, así como para facilitar la resolución de consultas relativas a este aspecto realizadas al Servicio de Farmacia por los profesionales del hospital y los pacientes.

En el desempeño de las funciones del TCE/AE, se puede observar como el desproteger la termoestabilidad de estos medicamentos conlleva la pérdida de la resistencia o potencia inmunogénica de los mismos, llegando a producir toxicidad por su degradación y dando lugar, irremediablemente, a tener que desecharlos, produciendo con ello un sobrecoste económico, que debemos evitar.

Para ello, se debe de tener claro cuáles son los medicamentos con los que hay que tener mayor protección, diferenciando los que tienen mayor resistencia a las variaciones de temperatura. ●

Desproteger la termoestabilidad de estos medicamentos conlleva la pérdida de la resistencia o potencia inmunogénica de los mismos, llegando a producir toxicidad por su degradación.

- Situar en la parte inferior del refrigerador botellas con agua o suero para que «almacenen» el frío (señalarlas para que no se confundan con agua potable). Poner también contenedores de frío o botellas de plástico con agua helada en el congelador. De esta manera, en caso de avería o fallo del suministro eléctrico, la temperatura se mantiene dentro del intervalo óptimo durante 6-12 h, siempre que no se abra la puerta.

El volumen ocupado por las cajas de vacunas y las botellas de agua o suero debe representar, como máximo, la mitad del espacio disponible en el refrigerador. En caso contrario, no se garantiza la suficiente aireación para mantener una temperatura adecuada.

Recepción de vacunas. Indicadores de tiempo-temperatura (ITT)

Durante la recepción de un pedido de vacunas, debe comprobarse que:

- El tipo de vacunas y el número de dosis sea el solicitado.
- Los frascos de vacunas no presenten deterioro.
- Cada vacuna lleve su correspondiente etiqueta.

elevaciones de la temperatura es acumulativa. Tras cualquier accidente en la conservación del frío, el indicador nos orientará sobre qué hacer con las vacunas afectadas.

Actitud ante sospecha de congelación

Además de los indicadores de frío citados anteriormente, de manera general, cuando haya dudas sobre la buena conservación y se sospeche que una vacuna DTP, DT o Td ha sido congelada (lo cual contraindica su administración), debe realizarse la llamada prueba de floculación o agitación, que se hará de la siguiente forma:

- Seleccionar un frasco sospechoso y otro que no haya sido expuesto a bajas temperaturas de la misma vacuna y del mismo fabricante, y compararlos.
- Agitar ambos frascos vigorosamente y dejarlos sobre una superficie plana y ante una luz.
- Observar la vacuna sospechosa. Si ha sido congelada, el líquido contendrá flóculos y partículas granuladas, aparece menos denso y blanquecino. La vacuna que no ha sido expuesta a bajas temperaturas aparece lisa y turbia.

Prevalencia de la **bacteriuria asintomática** en **pacientes institucionalizados**

La infección del tracto urinario es la infección bacteriana que con más frecuencia presentan los pacientes institucionalizados, tanto hombres como mujeres. Este tipo de infecciones son generalmente asintomáticas, con una elevada prevalencia de bacteriuria asintomática, que varía entre el 25 y el 50% en mujeres y entre el 15-40%, en varones.

Introducción

Se conoce como bacteriuria asintomática o infección urinaria asintomática la presencia de bacterias en la orina en ausencia de síntomas y signos clínicos de infección urinaria en una persona. Es frecuente en el anciano y prácticamente constante en los pacientes con sonda urinaria.

La bacteriuria asintomática a menudo se acompaña de piuria: en el 30% de casos en mujeres jóvenes sanas, el 25-50% de embarazadas, el 78% de mujeres diabéticas, el 90% de los ancianos institucionalizados y entre el 50 y el 100% de pacientes portadores de sonda urinaria.

La elevada prevalencia de bacteriuria asintomática, especialmente en el paciente institucionalizado, significa que un urocultivo positivo tiene una baja especificidad para el diagnóstico de infección urinaria. En este sentido, mientras un urocultivo negativo es un procedimiento diagnóstico útil para excluir una infección urinaria, en este colectivo de pacientes un urocultivo positivo no resulta útil para establecer el diagnóstico de infección urinaria; por lo tanto, en un paciente con fiebre o síntomas indicativos de infección

deben considerarse otros focos antes de establecer el diagnóstico de infección del tracto urinario.

Epidemiología

La prevalencia de bacteriuria asintomática en pacientes institucionalizados es del 10-50% siendo más elevada en mujeres, en pacientes ingresados en centros

sociosanitarios, en diabéticos, en pacientes con trastornos neurológicos y en pacientes sometidos a hemodiálisis, y aumenta progresivamente con la edad del paciente. Numerosos factores contribuyen a la alta frecuencia de infección del tracto urinario (ITU) en pacientes institucionalizados, pero en función de los distintos indivi-

Palabras clave:

- Infección urinaria
- Urocultivo
- Piuria

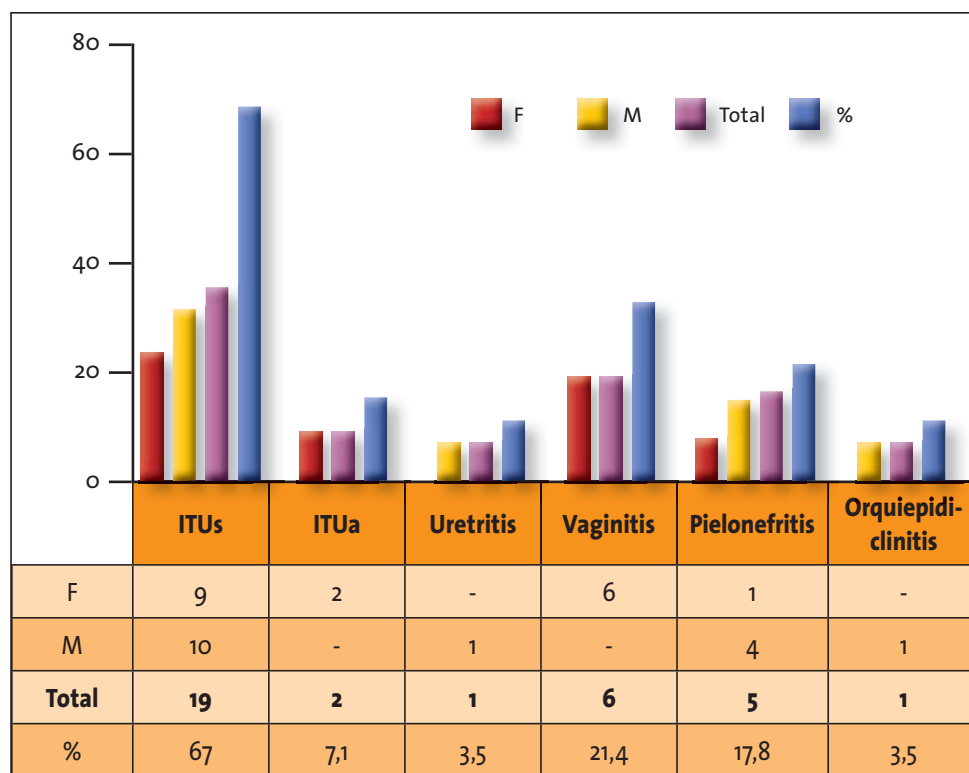


Figura 1. Infecciones urinarias.

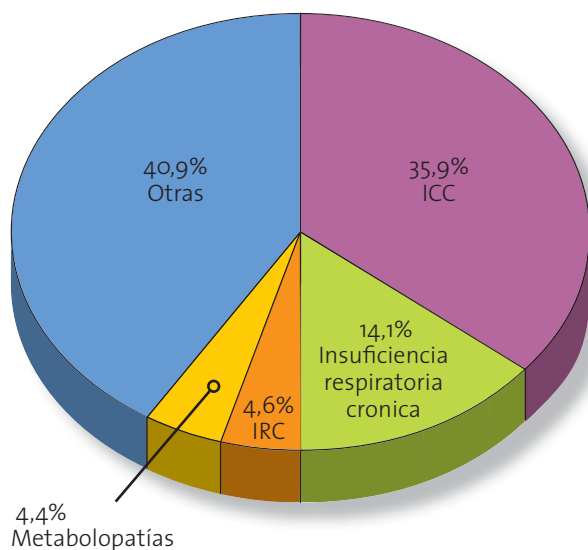


Figura 2. Distribución de las comorbilidades.

duos, estos elementos tienen una mayor o menor importancia. Los cambios fisiológicos asociados a la edad, los procesos comórbidos y las intervenciones para manejar el vaciado vesical son las variables asociadas con más frecuencia.

En los hombres, la hipertrofia prostática promueve la infección a través de la obstrucción uretral y la turbulencia del flujo urinario, así como por los riesgos adicionales de la instrumentación urinaria. La prostatitis bacteriana, una vez establecida, es difícil de erradicar y puede ser una fuente de ITU recurrente.

Por otra parte, la utilización de colectores urinarios externos para el control de la incontinencia en hombres duplica la incidencia de ITU frente a los que no los tienen.

En mujeres posmenopáusicas la deficiencia de estrógenos puede predisponer a la ITU, pero la importancia, en relación con otros factores, de este efecto hormonal en la población institucionalizada es desconocida. Las mujeres postmenopáusicas con historia previa de cirugía ginecológica o de ITU en edades más jóvenes, o con aumento del volumen residual, tienen un mayor riesgo de ITU sintomáticas.

Prevalencia de bacteriuria asintomática en distintas poblaciones

Tabla 1. Prevalencia de bacteriuria asintomática, según población.

Población	Porcentaje (%)
• Mujeres premenopáusicas sanas	1-5
• Embarazadas	2-11
• Mujeres posmenopáusicas entre 50-70 años	3-9
• Diabéticos	
○ Mujeres	9-27
○ Varones	1-11
• Ancianos mayores de 70 años no institucionalizados	
○ Mujeres	11-16
○ Varones	4-19
• Ancianos institucionalizados	
○ Mujeres	25-50
○ Varones	15-40
• Hemodializados	28
• Portadores de sonda urinaria	
○ Sondaje corto	9-23
○ Sonda permanente (> 1 mes)	100

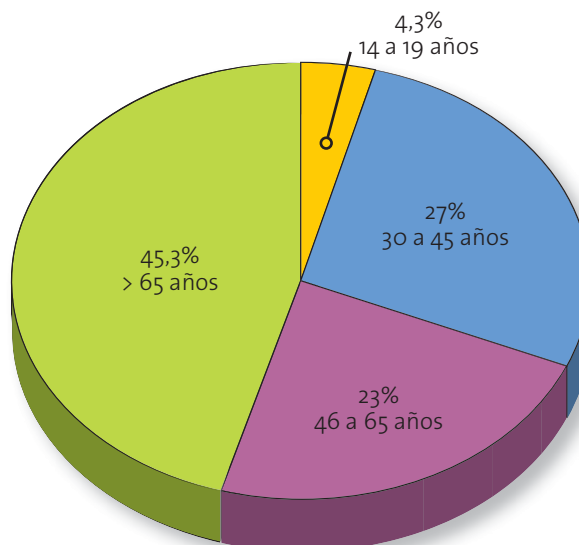


Figura 3. Prevalencia de bacteriuria asintomática, según grupos de edad.

Factores predisponentes en pacientes institucionalizados

Los factores predisponentes de bacteriuria asintomática a menudo son multifactoriales. En el varón, la prevalencia aumenta sustancialmente a partir de los 60 años en relación con la uropatía obstructiva que causa la hipertrofia prostática progresiva.

Además, se ha sugerido que la disminución, con la edad, de la actividad bactericida de la secreción prostática podría contribuir a aumentar también su incidencia.

Principales factores predisponentes

- Anomalías genitourinarias.
- Anatómicas (cualquier obstrucción del flujo, litiasis renal, etc.).
- Varón: hipertrofia prostática, etc.
- Mujer: cistocele, cirugía ginecológica previa, etc.
- Funcionales: vejiga neurógena.
- Incontinencia urinaria.
- Instrumentación del tracto urinario.
- Disminución de los estrógenos vaginales y actividad bactericida de la secreción prostática.
- Enfermedades neurológicas.
- Incontinencia fecal.
- Diabetes mellitus.
- Sonda urinaria.
- Colectores urinarios externos.

En el paciente de edad avanzada, la mayor frecuencia de enfermedades neurológicas es uno de los principales factores asociados a bacteriuria asintomática. Esta condiciona el desarrollo de una vejiga neurógena, que causará alteraciones en el vaciado de la vejiga, la existencia de residuo urinario y, a menudo, reflujo vesicoureteral (RVU).

Otro factor asociado con frecuencia a la bacteriuria asintomática

es la incontinencia urinaria crónica, que suele estar relacionada bien con una enfermedad neurológica subyacente, bien con la existencia de un cistocele.

La presencia de incontinencia fecal, que produce un aumento de la colonización periuretral por

mayor frecuencia (50-60%). Además de *K. pneumoniae* y *P. mirabilis* son relativamente frecuentes el aislamiento de *Pseudomonas aeruginosa*, *Morganella morganii*, *Enterobacter* spp., y *Providencia stuartii*, así como de enterococo y estafilococos coagulasa-negati-

Los factores predisponentes de bacteriuria asintomática a menudo son multifactoriales. En el varón, la prevalencia aumenta sustancialmente a partir de los 60 años en relación con la uropatía obstructiva que causa la hipertrofia prostática progresiva.

enterobacterias, también se ha asociado con una mayor presencia de bacteriuria asintomática en ambos sexos. Sin embargo, dado que suele asociarse a incontinencia urinaria, se desconoce si es un factor independiente de riesgo de bacteriuria asintomática.

La bacteriuria asintomática es 3 veces más frecuente en diabéticos; y es más común en pacientes con vejiga neurógena subyacente.

La mayor frecuencia de bacteriuria asintomática en pacientes institucionalizados se ha relacionado con una mayor incidencia de los factores predisponentes citados anteriormente, así como con una mayor utilización de sondas y colectores externos urinarios en este colectivo de enfermos.

Microbiología de la bacteriuria asintomática

En los pacientes institucionalizados es frecuente el aislamiento de microorganismos multirresistentes como consecuencia de la utilización de pautas antibióticas múltiples y la transmisión de los microorganismos entre pacientes. La bacteria *E. coli* sigue siendo el microorganismo aislado con

mayor frecuencia (50-60%).

Entre el 10 y el 25% de los casos, la bacteriuria asintomática es polimicrobiana, sobre todo en el paciente sondado.

La presencia de bacteriuria asintomática no se ha asociado a una mayor incidencia de hipertensión arterial, insuficiencia renal o carcinoma renal. En pacientes institucionalizados con bacteriuria asintomática persistente por *P. mirabilis* no se ha observado una mayor incidencia de urolitiasis en pacientes no sondados.

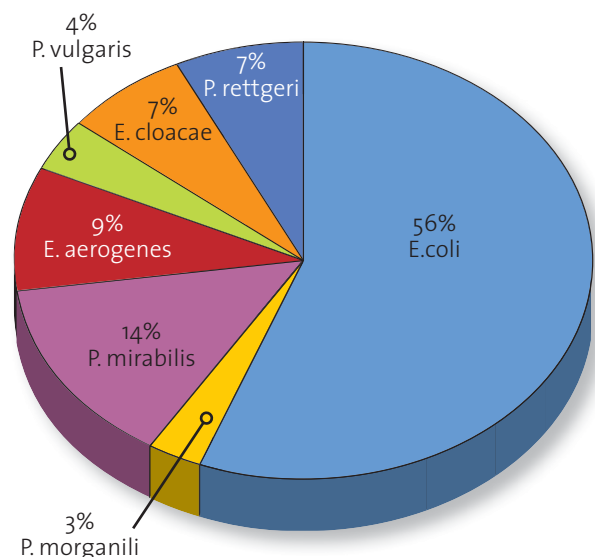


Figura 4. Bacterias aisladas en la bacteriuria asintomática.

Tratamiento

En los pacientes a los que se les ha realizado estudios aleatorios se ha demostrado que el tratamiento de la bacteriuria asintomática no reduce la incidencia de infección urinaria sintomática a largo plazo, ni tampoco la mortalidad. Por lo tanto, en la actualidad no se recomienda la detección sistemática de la bacteriuria asintomática ni el tratamiento en este colectivo de pacientes.

En pacientes de edad institucionalizados, estudios prospectivos y aleatorizados también han demostrado que no existe un beneficio en la detección sistemática de la bacteriuria. Por otro lado, tampoco el tratamiento de la infección reduce significativamente el porcentaje de pacientes que desarrollarán una infección urinaria sintomática. Además, el tratamiento de la bacteriuria asintomática tampoco modificó la supervivencia con respecto a los pacientes no tratados.

En el grupo de pacientes tratados se observó, como era de esperar, un incremento significativo en los efectos adversos relacionados con la administración de antimicrobianos y un aumento en el porcentaje de reinfecciones por microorganismos resistentes.

En la actualidad, en las guías publicadas por la American Society of Infectious Diseases no se recomienda la detección sistemática ni el tratamiento de la bacteriuria asintomática ni en los pacientes de edad avanzada que residen en la comunidad, ni en aquellos ingresados en centros geriátricos.

Prácticamente el 100% de los pacientes portadores de sonda vesical prolongada (> 1 mes) están bacteriúricos. Aunque entre el 4 y el 10% de estos pacientes pueden presentar bacteriemia cuando se cambia la sonda urinaria, si se realizan hemocultivos

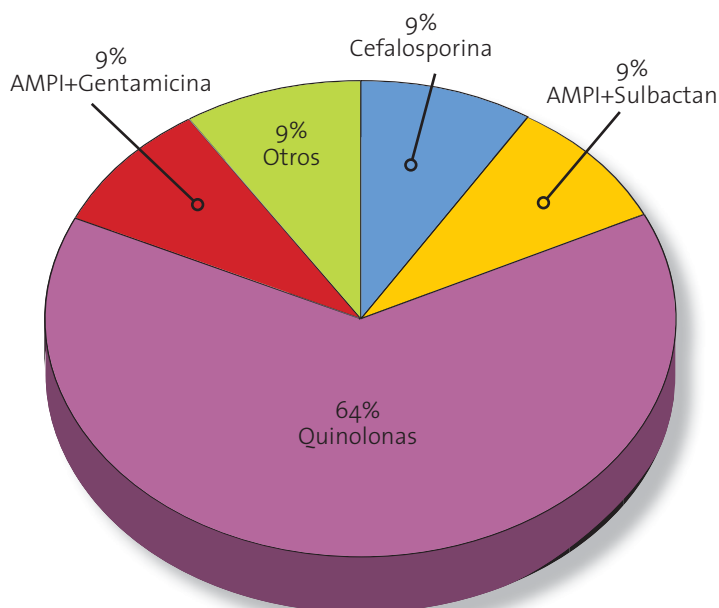


Figura 5. Tratamientos utilizados para la bacteriuria asintomática.

sistemáticos tras el recambio, pocos pacientes presentarán signos clínicos de sepsis; además, esta complicación se ha asociado con la existencia de un sondaje dificultoso y con la existencia de hemorragia uretral postsondaje.

En pacientes ancianos no se recomienda la detección sistemática ni el tratamiento de la bacteriuria asintomática persistente tras la retirada de un sondaje urinario hasta que no exista evidencia científica de su eficacia.

Recomendaciones sobre la detección sistemática de la infección en distintas situaciones clínicas en adultos

■ Detección y tratamiento de la bacteriuria asintomática beneficiosos:

- Antes de cirugía urológica traumática.
- Manipulación urológica en paciente con riesgo de endocarditis.

■ Detección y tratamiento de la bacteriuria asintomática posiblemente beneficiosos:

- Trasplantados renales, los primeros 6 meses.
- Mujeres con bacteriuria persistente tras retirada de sonda vesical no prolongada.

■ Tratamiento de la bacteriuria asintomática posiblemente beneficioso:

- Antes de cirugía cercana al área perineal (raquis, prótesis de cadera).
- Neutropenia grave posquimioterapia.
- Recambio de sonda si es traumática (hemorragia uretral postrecambio).
- Pacientes con alteraciones urológicas no corregibles con frecuentes infecciones urinarias sintomáticas.

■ Detección y tratamiento de la bacteriuria asintomática no beneficiosos:

- Ancianos que residen en la comunidad.
- Ancianos que residen en centros sociosanitarios.
- Mujeres con diabetes (posiblemente también en varones).
- Pacientes con infección por VIH.

- Pacientes con sondaje urinario corto (< 1 mes).
- Pacientes con sonda urinaria prolongada o permanente.
- Cateterismo uretral intermitente.
- Pacientes con otros cuerpos extraños intrauritarios (*stents*, catéteres intrauretrales, etc.).
- Pacientes con vejiga neurogénica asociada a enfermedad neurológica.

Aunque no se ha establecido si es necesario realizar una detección sistemática de la presencia de bacteriuria asintomática antes de otros procedimientos quirúrgicos, también se recomienda su tratamiento antes de practicar intervenciones quirúrgicas cercanas al área perineal, como la cirugía del raquis o la colocación de prótesis de cadera, por la gravedad y/o dificultad que presenta el tratamiento de las infecciones en estas localizaciones.

La bacteriuria asintomática podría ser el reservorio para la contaminación bacteriana de una herida, o simplemente aumentar el riesgo del paciente a infectarse en cualquier sitio sin tener necesariamente una relación directa. Actualmente, se recomienda que cualquier infección remota al sitio de la cirugía deba ser identificada y tratada antes de la operación, esto incluye la bacteriuria asintomática.

Prevención

La prevención de la bacteriuria asintomática irá encaminada a corregir los factores predisponentes de la misma, especialmente en aquellos pacientes que presentan infecciones urinarias sintomáticas de repetición. Entre ellas deben corregirse las anomalías genitourinarias, habitualmente una hipertrofia prostática en el

varón, y la incontinencia urinaria en la mujer, entre otras.

Asimismo, en los pacientes portadores de sonda vesical debe valorarse si esta es necesaria y, en los varones, si puede ser sustituida por un colector. En los portadores de colector, a su vez deberá valorarse su necesidad, ya que también constituye un factor de riesgo de bacteriuria asintomática. En los sondajes cortos, la utilización de un sistema de drenaje cerrado retrasará la aparición de la bacteriuria asintomática y sus complicaciones.

En mujeres de edad geriátrica sin factores urológicos predisponentes y que presentan infecciones urinarias de repetición, la aplicación vaginal de estrógenos tópicos disminuye tanto el número de episodios sintomáticos como la frecuencia de bacteriuria asintomática.

Dado que es difícil prevenir la bacteriuria asintomática en el anciano, los esfuerzos deben ir encaminados a prevenir las complicaciones.

Las medidas encaminadas a evitar la obstrucción de la sonda y el recambio cuidadoso de esta para evitar el traumatismo de la mucosa uretral serán también útiles para prevenir episodios de infección urinaria.

Conclusión

Las infecciones en general, y las urinarias en particular, suponen un importante problema, a la vez que prevalente, con el que nos encontramos los profesionales que atendemos a pacientes institucionalizados. Las enfermedades infecciosas constituyen uno de los principales motivos de hospitalización y una de las principales causas de mortalidad en las residencias de ancianos. Aunque la mayoría de las

infecciones urinarias son asintomáticas, los episodios de infección sintomática contribuyen a la morbilidad de esta población.

Aproximadamente en el 20-25% de los pacientes con bacteriuria asintomática, esta se soluciona espontáneamente. A los 6-12 meses de seguimiento, la incidencia de infección urinaria sintomática en los pacientes que la presentan se ha estimado entre el 0,2 y 0,9 por 1.000 pacientes por día. En general, la infección urinaria es en forma de cistitis; pocos pacientes presentarán una pielonefritis aguda y, más excepcionalmente, la bacteriuria asintomática se complicará con una ITU grave en forma de bacteriemia.

Las mejores medidas para el control de las infecciones urinarias recurrentes son aquellas encaminadas a prevenir la aparición de nuevos episodios de infección urinaria. ●

Bibliografía

- Barrasa JL, Guerrero JL, Aspíroz C. Las infecciones urinarias en los pacientes con sonda vesical no permanente (y II). Diagnóstico, tratamiento, prevención y líneas de investigación. *Med Clin*. 1996;106:548-554.
- Harding GK, Zhanel GG, Nicolle LE, Cheang M. Antimicrobial treatment in diabetic women with asymptomatic bacteriuria. Manitoba Diabetes Urinary Tract Infection Study Group. *N Engl J Med*. 2002;347:1576-1583.
- Herráiz MA, Hernández A, Asenjo E, Herráiz I. Infección del tracto urinario en la embarazada. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2005;23(Supl. 4):40-46.
- Kass EH. Asymptomatic infections of the urinary tract. *Trans Assoc Am Physicians*. 1956;69:56-64.
- Mims AD, Norman DC, Yamamura RH, Yshikawa TT. Clinically inapparent (asymptomatic) bacteriuria in ambulatory elderly men: epidemiological, clinical and microbiological findings. *J Am Geriatr Soc*. 1990;38:1209-14.
- Nicolle LE, Bradley S, Colgan R, Rice JC, Schaeffer A, Hooton TM; Infectious Diseases Society of America; American Society of Nephrology; American Geriatric Society. Infectious Diseases Society of America guidelines for the diagnosis and treatment of asymptomatic bacteriuria in adults. *Clin Infect Dis* 2005;40:643-654.

➤ **Exposición****Capitán Trueno**

- **Lugar:** Círculo de Bellas Artes de Madrid
- **Fecha:** hasta el 29 de enero de 2017
- **Horario:** de martes a domingos de 11 a 14 h y de 17 a 21 h. Lunes cerrado
- **Precio:** 4 euros (3 con Carné Joven)

Víctor Mora, con sus guiones, y Ambrós, con sus trazos, capturaron a miles de lectores entre 1956, fecha en la que se publicó el primer cuadernillo del Capitán Trueno, y finales de los 60, que se fueron multiplicando en sucesivas reediciones hasta llegar a nuestros días.

La exposición que nos presenta el Círculo de Bellas Artes quiere mostrar diferentes puntos de encuentro entre este caballero español de la Edad Media y áreas como la literatura – el Capitán Trueno imita episodios que podemos encontrar en la *Iliada* o en la *Odisea*–, la arquitectura –en sus aventuras, nuestro protagonista recorrió el mundo y censó sus paisajes, tanto naturales como urbanos– o la técnica –en sus historias podemos descubrir la presencia de la balística y la robótica–.



Y todas estas historias están unidas por un tema común, la política, que mantiene a nuestro héroe, defensor de la libertad y la justicia, fuera de tierras españolas, donde era época de dictadura.

➤ **Teatro****El pequeño poni**

- **Reperto:** María Adán y Roberto Enríquez
- **Director:** Luis Luque
- **Género:** drama contemporáneo
- **Representación:** del 30 de noviembre al 11 de diciembre de 2016
- **Lugar:** Teatro Talía (Valencia)
- **Precio:** desde 14,30 euros

Con guión de Paco Bece y bajo la dirección de Luis Luque, María Adán y Roberto Enríquez se ponen en la piel de los padres de Grayson, un niño de 9 años estadounidense que en 2014 sufrió ataques físicos y verbales en la escuela por llevar una mochila de la serie de dibujos *Mi pequeño poni*.

Asentando la trama sobre esta historia real, el texto homenajea a todos los niños que sufren acoso escolar y denuncia la falta de actuación que existe en muchos casos para prevenirlo y frenarlo. Así, los autores no sólo reflexionan sobre la libertad, el miedo y el instinto de protección, sino también sobre la ceguera, la ineptitud y los prejuicios sociales de los adultos.

Y es que la historia de Grayson adquiere especial relevancia por la actitud de la dirección del centro escolar, que le prohibió la entrada alegando que su mochila era un “detonante de acoso”, y acusándole de haber provocado “disrupción en el aula”. Esta posición, unida al suicidio de otro joven en la misma zona tras haber sufrido acoso escolar por ser seguidor de la misma serie, sensibilizaron a la opinión pública y promovieron todo tipo de campañas en las redes sociales para que Grayson pudiera volver a clase con su mochila.

➤ **Lectura****Historia a pie de calle**

- **Autor:** Alberto de Frutos
- **Editorial:** Larousse
- **Precio:** 14,90 €

Los tebeos de la posguerra, el guante de Gilda, el gol de Zarra... o el de Iniesta, las carreras delante de los grises, el voto de las mujeres, el destape o el adiós a la peseta son solo algunas de las historias que nos han tocado el corazón, nos han cambiado las ideas –política o socialmente hablando– o han hecho aflorar en nosotros una nostalgia bien alimentada por los recuerdos de infancia y juventud.

Alberto de Frutos recopila en estas páginas más de 60 historias que nos llevan de viaje por los últimos 100 años de España, reconstruyendo la crónica de un día a día que nos ha traído hasta nuestro presente.

➤ **Cine****Aliados**

- **Director:** Robert Zemeckis
- **Género:** drama romántico
- **Nacionalidad:** Estados Unidos
- **Estreno:** 25 de noviembre de 2016
- **Reperto:** Brad Pitt, Marion Cotillard, Lizzy Caplan, Matthew Goode, Jared Harris, Jason Matthews, Angelique Joan, Sally Messham, Iain Batchelor, Miroslav Zaruba, Raphael Acloque, Angus Kennedy, David Bonneville, Tiar Lounis



En esta nueva cinta de Robert Zemeckis, Brad Pitt se calza las botas de Max Vatan, un espía francocanadiense que en los años 40, durante la Segunda Guerra Mundial, se enamora y se casa con Marianne Beausejour, encarnada por Marion Cotillard, una agente de la resistencia francesa.

Sin embargo, la idílica relación deja paso a la incertidumbre cuando Max descubre que su mujer puede ser una agente doble que trabaja para los nazis.

Además de disfrutar con el trabajo de los 2 protagonistas, otro aliciente para ir a ver la película es que parte de su rodaje se ha llevado a cabo en la isla de Gran Canaria, donde el equipo filmó escenas ambientadas en la ciudad marroquí de Casablanca durante la Segunda Guerra Mundial. ●

LÍNEA EDITORIAL DE FAE



*PRECIO DE CADA EJEMPLAR

Afiliados 15 € / No afiliados: 30 €

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

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 a Canarias, Ceuta y Melilla, que serán de 15 euros y 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 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.

Se debe adjuntar el justificante de pago que previamente se realizará en el número de cuenta del BBVA ES29 0182-0945-35-0201020056

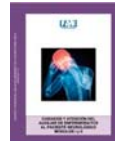
TÉCNICAS Y CUIDADOS DEL TCE ANTE EL MALTRATO

*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.

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 a Canarias, Ceuta y Melilla, que son de 15 € y correrán por cuenta del afiliado /no afiliado



II CONGRESO NACIONAL DE TÉCNICOS DE FARMACIA Y TCEs DEL SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA

“LOS TÉCNICOS DE FARMACIA CON VISIÓN DE CUIDADOS”



3 Y 4 DE FEBRERO DE 2017

JAÉN

S.A.E.
SOCIETAT D'ASSISTÈNCIA D'ENFERMERIA



F.A.E.
FUNDACION PARA LA FORMACION
Y AVANCE DE LA ENFERMERIA



SOLICITADA ACREDITACIÓN A
LA COMISIÓN DE FORMACIÓN
CONTINUADA