



Número 65 2011

Revista cuatrimestral

**Dossier**

# El paciente con lesiones cerebrales

## Separata

Infecciones urinarias en UVI

## Congreso FAE

Urgencias y emergencias. El trabajo en equipo salva vidas

## Certamen FAE

Implantación de programas de educación para la salud en ancianos institucionales.

# ¡¡ Afíliate!!

Por 6,96 euros al mes, SAE te ofrece múltiples ventajas

## SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL

✓ Al darte de alta como afiliado eres beneficiario de un seguro de responsabilidad civil de 120.202,42 euros.

Puedes ampliar esta cobertura a 450.759,08 euros por sólo 0,83 euros más al mes.

## NOSOCOMIO

✓ Con una periodicidad cuatrimestral, Nosocomio te permitirá mantener actualizados tus conocimientos. Además, te ofrece la posibilidad de realizar gratuitamente una actividad formativa acreditada por la Comisión de Formación Continuada.

## SAE INFORMATIVO

✓ Todos los meses llegará a tu domicilio la actualidad de los profesionales Técnicos en Cuidados de Enfermería: noticias de carácter laboral, profesional, social...

## ADEMÁS...

- ✓ Asesoramiento jurídico laboral.
- ✓ Importantes descuentos en establecimientos colaboradores y en programas de ocio y tiempo libre.
- ✓ Banco Popular. Ventajosos productos financieros en hipotecas y préstamos personales.
- ✓ Zurich Seguros. Importantes ventajas al contratar un seguro de coche o de hogar.
- ✓ Tarjeta Hertz. Descuentos en alquiler de coches.
- ✓ Maphre Caja Salud. Pólizas ventajosas en el seguro médico.
- ✓ Tarjeta Solred. Descuentos en combustible, peaje y en las tiendas de las gasolineras.

Editorial

Lo raro, lo extraordinario, lo único, lo infrecuente en la mayoría de las ocasiones conlleva una connotación positiva. Sin embargo, existen campos, como la medicina, en los que lo “raro” marca negativamente la vida de muchas personas, aquellas cuya salud se ve afectada por alguna patología considerada poco frecuente.

Es ante el diagnóstico de una enfermedad catalogada como “rara”, cuando el miedo y la vulnerabilidad, comunes a todos ante la enfermedad –propia o ajena–, se acentúan, pues las investigaciones en torno a estas patologías no avanzan como se desearía porque el número de personas afectadas no alcanza la cifra establecida para entrar en el grupo de las enfermedades comunes.

Esta vara de medir (se considera enfermedad rara aquella que afecta a menos de 5 de cada 10.000 habitantes) debería ser más flexible, pues patologías como el Síndrome de Rett, que abordamos en este número de NOSOCOMIO, la Enfermedad de Alexander o la narcolepsia, por citar sólo algunas de las cerca de 7.000 enfermedades poco frecuentes que existen, condicionan no sólo la vida de las personas que las padecen, sino también las de sus familias y todos ellos sí suman un alto porcentaje de afectados.

Los pacientes ven dañadas sus capacidades físicas, habilidades mentales y cualidades sensoriales y de comportamiento. Pero, además, a estas dificultades físicas asociadas a las distintas enfermedades, se unen la soledad y el aislamiento que acompañan el peregrinaje diario del paciente y su familia en la búsqueda de un diagnóstico y un tratamiento que facilite sus vidas.

Por ello, es necesario acabar con la distinción que se hace de estas enfermedades pues todos tenemos derecho a recibir una atención sanitaria adecuada que garantice nuestra salud y bienestar, independientemente del número de habitantes afectados. La Administración debe poner en práctica medidas encaminadas a la investigación de estas enfermedades que permitan conocer realmente la patología y, por lo tanto, adoptar los tratamientos idóneos para que las personas afectadas por alguna enfermedad de estas características vean mermadas las dificultades a las que diariamente se enfrentan por su condición de “raras”. •

Noticias del Mundo Médico

Un cuento para explicar los trasplantes a los más pequeños 4

Nuevos retos en la atención cardiovascular 4

Reportage

Rett, un síndrome poco conocido 5

Separata



Los Técnicos en Cuidados de Enfermería/TCE en la Unidad de Crónicos de Hemodiálisis 6

Infecciones urinarias en UVI 10

Congreso FAE

Urgencias y emergencias. El trabajo en equipo salva vidas 14

Protocolo 18

Dossier

El paciente con lesiones cerebrales 19



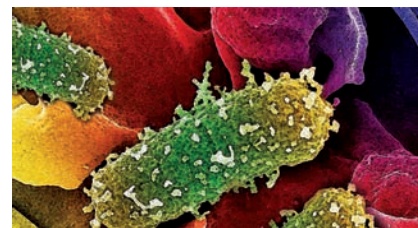
Actividad Acreditada

Cuidados del TCE en la acogida del paciente neonato, pediátrico e infantil 24



Actualidad

Maldito bichito 28



Certamen FAE

Implantación de programas de educación para la salud en ancianos institucionalizados Programa de higiene personal y Aula de Mayores 30



Ocio

38



CONSEJO EDITORIAL DE NOSOCOMIO  
DIRECTORA. Dolores Martínez Márquez  
REDACCIÓN. Montse García, Cristina Botello  
COMITÉ CIENTÍFICO. Iván Flores, M<sup>a</sup> del Carmen Gómez Satué, Isabel Galán  
FORMACIÓN. Rosa María Cascales  
COLABORADORES. Berbes Asociados, Planner Media

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



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

© Copyright 2011 Elsevier España, S.L.

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

## Un cuento para explicar los trasplantes a los más pequeños

El Servicio de Onco-Hematología y la Unidad de Trasplantes del Hospital Infantil Niño Jesús de Madrid ha ideado y escrito *Me van a hacer un trasplante*, un cuento que explica qué es un trasplante, cómo se realiza y para qué a niños de entre 3 y 10 años que van a ser sometidos a un trasplante de progenitores hematopoyéticos, es decir, aquéllos que se emplean para tratar enfermedades que afectan a las células de la sangre (leucemia, linfoma, aplasia medular, inmunodeficiencias...).

Uno de los objetivos de esta iniciativa es que el menor conozca qué es un trasplante y porqué y cómo se realiza, de manera que a partir de la



lectura del cuento, le surjan dudas que el personal del servicio contestará adecuándose a la situación y edad de cada paciente. De esta manera, el niño, que se enfrenta a un procedimien-

to complejo y duro, podrá estar informado y vivir con menos miedo y más seguridad todas las fases del proceso.

Así, por ejemplo, para que el menor consiga llevar mejor su estancia en el hospital, el cuento dice “mientras estés bajo de defensas no podrás salir de la habitación, para evitar infecciones. Es lo que llamamos “estar aislado”. Pero no te preocupes, puedes leer, pintar, escuchar música, ver la tele, jugar con videojuegos... ¡Pueden venir a verte!”.

Asimismo, *Me van a hacer un trasplante* otorga una base a los menores a partir de la cual poder explicar a otros niños qué les pasa, o les ha pasado, cómo lo han vivido, qué han podido hacer durante el período de aislamiento, etc...

El equipo del Servicio de Onco-Hematología y la Unidad de Trasplantes ha contado con la colaboración de la profesora Soledad Maestre Martín-Ventas, quien ha regalado los dibujos con los que se ilustra este cuento de 16 páginas, que se inspira en las salas de hospitalización, las habitaciones y otras instalaciones del Hospital Niño Jesús. A través de estos dibujos se han adaptado al lenguaje de los niños aquellos conceptos más técnicos, facilitándoles así la comprensión de lo que significa y conlleva el trasplante.

Este servicio del hospital infantil no es la primera vez que pone en marcha un proyecto de estas características. Hace dos años publicó una guía sobre el trasplante hematopoyético dirigida a los padres de los pacientes. ●

## Nuevos retos en la atención cardiovascular

El control del riesgo cardiovascular es fundamental. Sin embargo, este seguimiento puede resultar difícil si el idioma, la cultura o las costumbres del paciente y el profesional sanitario son diferentes. Por ello, la Asociación Española de Enfermería de Hipertensión y Riesgo Cardiovascular (EHRICA) junto con la Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial ha puesto de manifiesto la importancia de buscar nuevas estrategias de comunicación y asistenciales ante el creciente flujo migratorio.

La precisión del diagnóstico y el grado de cumplimiento terapéutico de los pacientes dependen, en buena medida, de una comunicación y entendimiento eficientes entre el personal sanitario y los usuarios.

Para la Asociación Española de Enfermería de Hipertensión y

Riesgo Cardiovascular (EHRICA) es prioritario dotar a los profesionales de las herramientas y recursos adecuados para fomentar la buena comunicación con los pacientes extranjeros.

En este sentido, el personal de enfermería, quien más tiempo pasa con el paciente, debe ganarse la confianza del mismo a través del diálogo, mejorando así la educación sanitaria y la implicación y responsabilidad del usuario respecto a su patología.

### Pacientes con VIH

Otro reto que ha expuesto EHRICA con respecto al abordaje del riesgo cardiovascular es el que plantean las personas con VIH. En este sentido, se ha producido un cambio espectacular en los tratamientos que han permitido que la enfermedad se cronifique, incrementando la esperanza de vida de las personas afectadas. De esta manera el abordaje del riesgo cardiovascular en pacientes con VIH ha pasado a ocupar un primer plano.

Al pasar a la primera línea de observación, la evaluación de la salud cardiovascular debe tener en cuenta la elección del tratamiento antirretroviral, pues algunos pueden afectar al perfil metabólico del paciente, por lo que la elección debe hacerse de manera individualizada, teniendo en cuenta de forma precisa los lípidos y el cuadro cardiovascular de cada individuo. ●



# Rett, un síndrome poco conocido

El neurólogo austriaco Andreas Rett (1924-1997) publicó en Alemania en 1966 la primera descripción del síndrome que lleva su nombre, un trastorno neurológico, no degenerativo, que afecta casi exclusivamente a las niñas y que en España padecen unas 2.500 personas.

**E**l Síndrome de Rett pertenece a la categoría de los conocidos como síndromes hipotónicos. Éstos son aquellos que se manifiestan principalmente por la disminución del tono muscular, el aumento en la movilidad articular desordenada y la adopción de posturas anormales.

■ **De esta manera, según señaló la Doctora Judith Armstrong,** especialista en Genética Molecular Humana del Hospital San Juan de Dios de Barcelona, durante la celebración del primer Congreso de Síndromes Hipotónicos-Síndrome de Rett, “las niñas que padecen Síndrome de Rett poco a poco dejan de moverse y toda la parte muscular queda deteriorada, por lo que empiezan a aparecer problemas de escoliosis, crisis epilépticas y disfunciones respiratorias. En estas niñas se produce un claro deterioro físico porque ya no caminan, ya no hablan, el cuerpo se va quedando más pequeño y se va curvando. El síndrome produce hasta un 90% de invalidez”.

■ **Sin embargo, a pesar de este elevado porcentaje de invalidez, en un momento dado se produce un estancamiento del proceso de regresión neurológico,** lo que hace que el Síndrome de Rett no sea degenerativo, existiendo un 70% de las niñas que superan los 35 años de vida.

## Normalidad durante los primeros meses

■ **El desarrollo de las niñas con Síndrome de Rett es normal de los seis a los dieciocho meses de edad.** De esta manera, hay niñas que se sientan y comen con las manos a la edad normal, comienzan a andar solas, e incluso, pueden empezar a usar palabras y combinaciones de palabras sencillas.

■ **Cuando se inicia la regresión, entre otros aspectos, la niña pierde el uso de las capacidades manuales y las sustituye por movimientos repetitivos.** Además, el desarrollo intelectual se retrasa severamente y muchas niñas son diagnosticadas como autistas. Un diagnóstico erróneo, pues el deseo de comunicación permanece en las niñas afectadas y éste se hace evidente a través de su mirada, su expresión facial y sus gestos corporales. Sin embargo, la falta de lenguaje expresivo y su incapacidad para usar funcionalmente las manos hacen muy difícil que su comunicación pueda ser mejor.

■ **Una de las terapias más importantes en este sentido, y que ha demostrado su éxito desde 1972, es el uso de la música como medio para comunicarse.** Junto a la música, existen una serie de recomendaciones, como es la práctica precoz e intensa de fisioterapia, que permite la prevención

de escoliosis, rigidez o pie equino, entre otras anomalías, y favorece la movilidad. Asimismo, las niñas con el Síndrome de Rett deben llevar a cabo ejercicios para reducir las estereotipias manuales, fomentar su atención, favorecer los movimientos voluntarios y realizar prácticas de reeducación funcional, que permitan limitar las deformaciones y mantener en la medida de lo posible su independencia, lo que tenderá a mejorar su calidad de vida.

■ **Teniendo en cuenta que actualmente no existen fármacos que hayan conseguido con éxito mejorar los síntomas del trastorno,** salvo la medicación usada para controlar las convulsiones, es muy importante que las niñas conviertan estas terapias y ejercicios en una rutina. ●

## Palabras clave:

- Síndrome de Rett
- Trastorno neurológico
- Genética
- Invalidez

*Andreas Rett, el neurólogo austriaco que describió por primera vez el síndrome.*



# Los Técnicos en Cuidados de Enfermería/TCE en la Unidad de Crónicos de Hemodiálisis

Los Técnicos en Cuidados de Enfermería/TCE cumplen un papel importante en la relación con el paciente de diálisis. Éste tiene que compatibilizar las sesiones de diálisis con su trabajo o estudios, el cuidado de su familia y con las complicaciones y la incertidumbre derivadas de su propia enfermedad o de un posible trasplante, de ahí la complicidad que se va creando con el Técnico en Cuidados de Enfermería/TCE. De forma paralela, el profesional debe involucrarse en sus labores del equipo de enfermería y en el apoyo psicológico del paciente.

## Introducción

Aunque la enfermedad renal generalmente cursa asintomática, en ocasiones se expresa con la aparición de hipertensión arterial, hinchazón en miembros inferiores (edemas) y orina oscura (eliminación de hemáties).

Cuando la capacidad renal está disminuida, aparecen síntomas asociados a la pérdida de las funciones endocrinas del riñón: anemia por disminución de la Eritropoyetina (cansancio).

En estados muy avanzados puede darse problemas de respiración debido a acúmulos de líquidos (edema de pulmón), picores generalizados e insomnio.

## Insuficiencia renal

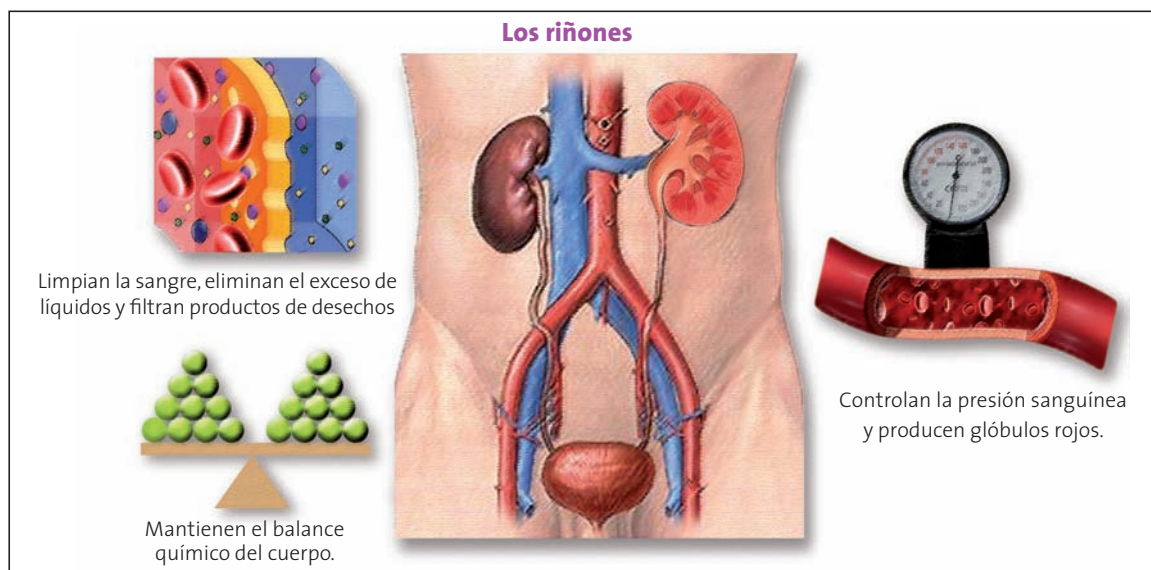
Hablamos de insuficiencia renal (IR) cuando ambos riñones están afectados. Cuando una persona tiene un riñón sano, nunca se produce insuficiencia renal, aunque el otro riñón esté enfermo o no exista.

## Cuidados de los pacientes con IR

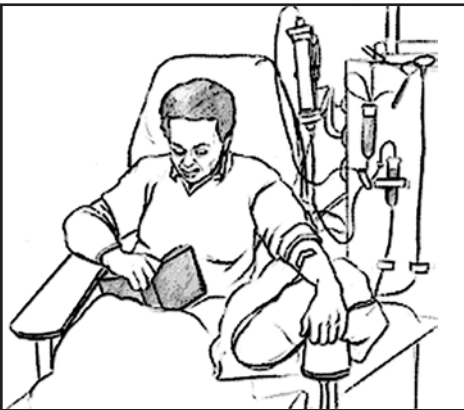
- **Adecuado control de la tensión arterial (TA).** Control del sodio.
- **Control del potasio** a través de la ingesta de legumbres, verduras y frutas.
- **Disminución del riesgo vascular** a través de una dieta adecuada.
- **Ingesta limitada de proteínas** (carne, leche, huevos, pescado) para controlar los valores de fósforo que pueden dar lugar a calcificaciones vasculares. Éstas, al

hacer perder la elasticidad arterial, suponen una sobrecarga muy importante para el corazón, siendo mucho más importante en pacientes mayores y diabéticos.

- **Eliminación de sustancias tóxicas** y ciertos medicamentos como los antiinflamatorios.



## Hemodialisis, conectarse a la vida



### ¿Cuándo se comienza la diálisis?

- Cuando la función renal se ha reducido por debajo de 10 ml/mnt o cuando aparecen síntomas derivados de la IR.
- Cuanto más precozmente se inicie el tratamiento con diálisis (antes de que aparezcan los síntomas de IR avanzada como fatiga, extremo cansancio, picores generalizados, etc.), mejor serán los beneficios derivados de la misma.
- Si un paciente que lo necesita no se dializa evolucionará progresivamente hacia una uremia terminal, falleciendo en el término de semanas o meses

## Opciones de diálisis

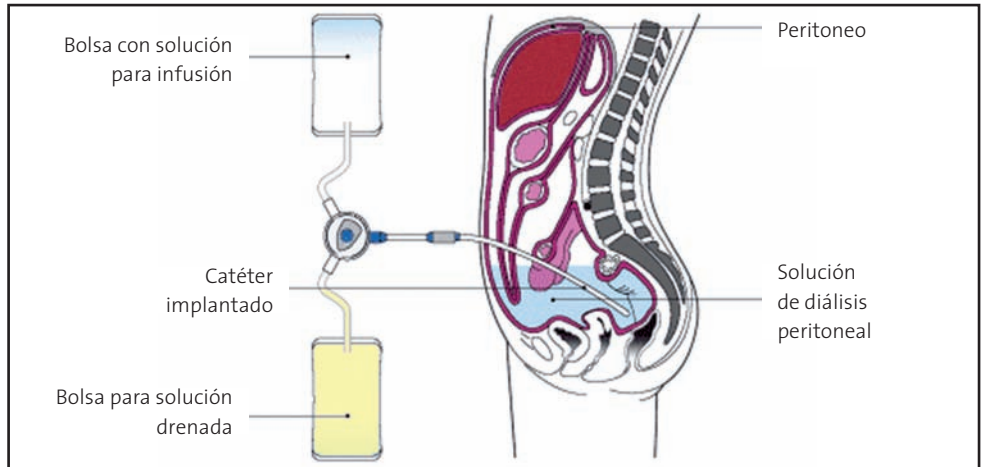
- Mediante un monitor (riñón artificial, dializador).



## Diálisis peritoneal:

Ambas técnicas han demostrado ser muy eficaces y su elección depende de las circunstancias sociales y personales de cada paciente.

se utiliza catéter permanente como alternativa, hasta que la fístula arterio-venosa esté desarrollada o bien porque dichos pacientes tienen problemas arteriales o veno-



### ¿Qué es la hemodiálisis?

- Es la técnica de limpieza de la sangre a través de un riñón artificial (dializador), mediante un soporte que es el monitor (máquina de diálisis).

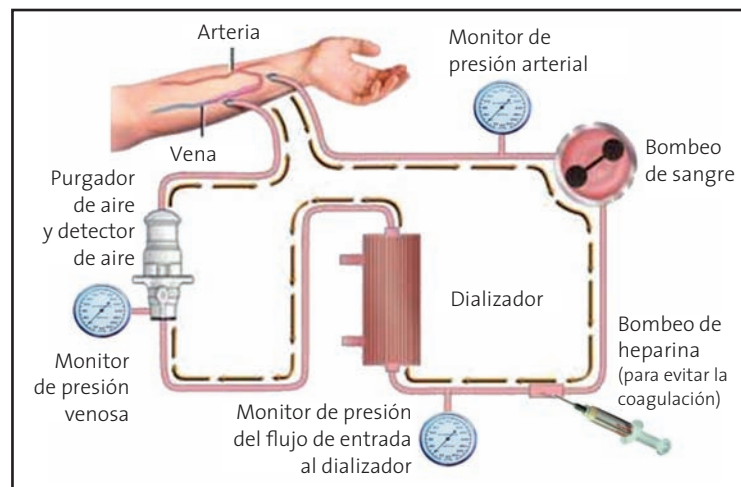
Se realiza en sesiones pautadas por el nefrólogo, que suelen durar de 3 a 4 horas, en un centro de diálisis concertado, 3 veces por semana. Para ello contaremos con un acceso vascular, una fístula arterio-venosa (unión de la arteria y vena)

De este modo se obtiene un flujo de sangre más grande y con mayor presión. En algunos pacientes

otros. Otra situación es una diálisis de urgencia Shaldon (catéter temporal) para subsanar una intoxicación del organismo por distintas drogas, subida de potasio, etc.

### Monitor de diálisis. La función de un riñón artificial

- El monitor de diálisis es una bomba que hace progresar la sangre hacia el filtro (dializador) y una serie de bombas que también hacen progresar el agua pura de diálisis unida a un concentrado



con sustancias necesarias. En el dializador, a través de las membranas, entran en contacto la sangre impulsada por la bomba y el líquido de diálisis enviado por el monitor, produciéndose el intercambio de sustancias tóxicas hacia el líquido y necesarias desde el líquido hacia la sangre (bicarbonato, calcio, etc.).

## Diálisis peritoneal

- **Introducción de una bolsa de líquido en el abdomen, a través de un catéter especial**, produciéndose de forma fisiológica la eliminación de las sustancias tóxicas que pasan de los capilares sanguíneos del intestino hacia el líquido introducido en la cavidad abdominal.
- **Estos intercambios que se realizan una media de 4 veces al día**, pueden ser sustituidos por 1 solo intercambio nocturno, gracias a la ayuda de un aparato llamado Ciclad.

## Información de interés

- **Cualquier paciente que inicie la diálisis en modo peritoneal puede pasar a hemodiálisis** (riñón artificial), o viceversa, sin ningún problema.

## El Técnico en Cuidados de Enfermería/TCE en la unidad de crónicos de hemodiálisis

- **Este profesional está muy involucrado en el cuidado del paciente con fistula arterio-venosa o catéter permanente**, ya que todos estos cuidados deben ser con carácter higiénico.

## Educación sanitaria

- **Hacer saber al paciente que el brazo en el que se le haya hecho la fistula arterio-venosa no debe soportar pesos ni compresiones**, ya sea por ropa, bolsas, relojes, pulseras etc.
- **Recordarle que cada vez que asista a una sesión de diálisis di-**



cho brazo o el tramo comprendido de la fistula deberá ser pintado a modo de campo con Betadine. Indicarle el puesto o sillón que debe ocupar en la sala de diálisis. Hacerle la observación de que debe pesarse al inicio y final de cada sesión y siempre con ropa y calzado de pesos parecidos.

- **Informar y verificar con el paciente el tipo de alimentación** (bocadillo, producto dietético, alimentación parenteral o dieta abs) prescrita por el médico en función del peso que traiga desde la última sesión de diálisis).

## Conexión de los catéteres

- **Cuando se trate de un paciente con catéter, esta técnica será lo más estéril posible.** Para ello utilizaremos mascarilla y guantes estériles. El Técnico en Cuidados de Enfermería/TCE levantará el apósito que protege dicho catéter dejando expuesta las dos ramas: arterial y venosa. Así cuando el D U E esté estéril, le ofreceremos un paño de campo estéril y le acercaremos el resto de material (sueros, jeringas, gasas, etc.). El Técnico en Cuidados de Enfermería/TCE pon-

drá en marcha el monitor, para ello daremos al D U E las ramas arterial y venosa, comenzando de este modo la puesta en marcha de la diálisis siempre vigilando el flujo, hasta que el D U E cierre el campo y revise los distintos parámetros en el monitor.

## Labor social

■ **El Técnico en Cuidados de Enfermería/TCE es la persona más cercana al paciente.** Con él comparte inquietudes y problemas, así como confidencias sobre sus trabajos o estudios o preocupaciones sobre un hipotético trasplante o sobre la posibilidad de realizar diálisis durante las vacaciones. El profesional podrá proporcionar información al paciente sobre los distintos clubs de diálisis y la forma en que se pueden efectuar las reservas.

■ **Interesarse por el tipo de deporte que hacen** y explicarles que una persona sin anemia, bien dializada y con la TA controlada puede realizar cualquier tipo de ejercicio físico siempre que sea aeróbico, es decir que no suponga una extenuación.





■ **Informarles de que existen asociaciones de enfermos renales**, en las que recibirán el apoyo de otros pacientes, podrán asistir a visitas guiadas a museos, intercambios de impresiones en grupos, conferencias sobre su enfermedad, ponencias sobre el tipo de alimentación que deben llevar, conocer nuevos amigos, descubrir nuevos destinos de vacaciones, etc.

■ **Les ayudaremos a ponerse en comunicación con las distintas asociaciones** para recabar información que les sea útil.

■ **El paciente siempre puede plantear sus dudas y preocupaciones al equipo de enfermería**, cuenta para ello con nuestro trabajo y apoyo y en especial el trato directo con el Técnico en Cuidados de Enfermería/TCE.

### Participación en la preparación de analíticas mensuales en la unidad de crónicos

● **El Técnico en Cuidados de Enfermería/TCE es el encargado de preparar los distintos tubos** en función de las pruebas pedidas por el nefrólogo:

- **Analíticas prediálisis, en función del paciente** (aporte de pruebas, con otros objetivos o consultas).
- **Preparar la bolsa de alimentación parenteral de distintos pacientes** según el turno y mezclarla, para que la D U E la pase a intradiálisis.
- **Preparar clexanes** (heparinas) y repartirlos en los monitores, para ello nos ayudaremos de las gráficas.
- **También deberá estar atento** por si el paciente necesita alguna almohada, sábana o manta para estar más cómodo.
- **Observación y comunicación al D U E** ante cualquier sospecha de que algo está cambiando en el estado de salud del paciente durante la diálisis (dolor, mareo, calambres, etc.).

### Orden, limpieza y desinfección para recibir nuevo turno

- **Al finalizar la sesión de diálisis** el Técnico en Cuidados de Enfermería/TCE, deberá limpiar los monitores externamente con jabón neutro e hipoclorito sódico, la desinfección interior del monitor dependerá de los distintos protocolos en función de si el turno es de mañana, tarde o noche. Para mantener los circuitos de los monitores desinfectados y libres de agentes patógenos se emplean cartuchos de distintos ácidos.
- **Cambiar los tanques de suministro de agua** de los distintos monitores para obtener una analítica del agua.
- **Deberemos dejar la sala de diálisis con los respectivos puestos cubiertos con material listo para recibir un nuevo turno**, para ello nos servimos de gráficas de los distintos turnos de mañana, tarde o noche. También deberá dejarse preparado el carro para efectuar curas.
- **No olvidaremos tener al día el retén de monitores** por si hay que sustituir a los que se averíen o se trasladan a la Unidad de Agudos. ●



Trabajo de investigación realizado por el equipo de Técnicos en Cuidados de Enfermería/AE del servicio de Cuidados Intensivos del Hospital Pío del Río Hortega de Valladolid: Ceferina Anta Anta, Esther Aparicio Infante, M<sup>a</sup> Belén Bartolomé Calvo, M<sup>a</sup> Juana Calvo Hernández, M<sup>a</sup> Teresa Callejo Gilsanz, Ana María García García, Antonia Gil Merino, Felicidad Isla Aldea, Susana Sardón Peláez, María Nieto Marcos, Soledad Robles González, Raquel Ojosnegros Cano, y Mercedes Valdivieso Pérez.

## Infecciones urinarias en UVI

El equipo de Técnicos en Cuidados de Enfermería/AE de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Pío del Río Hortega de Valladolid realizó, en el año 2000, un estudio de investigación para analizar la relación entre la sonda vesical y las infecciones urinarias. La elección de este argumento se debe a que la sonda vesical de la que es portador el 100% de los enfermos de UCI es una de las principales causas de infección si no se toman las medidas de higiene y asepsia necesarias.

### Introducción

Para realizar este estudio se recogieron datos desde mediados de junio del 2000 hasta diciembre del mismo año. Los datos hacen referencia a todos los pacientes que han pasado por el servicio. Además de observar la relación que existe entre sonda vesical e infección urinaria, también se marcó otro obje-

tivo con este trabajo: la necesaria coordinación del equipo de Técnicos en Cuidados de Enfermería/AE para que, a pesar de estar en distintos turnos, cada miembro sea capaz de trabajar en equipo y llevar la investigación de una manera organizada y coordinada. Puesto que el trabajo en equipo es una necesidad en toda organización actual, y más si cabe, en un servicio como éste, el objetivo del estudio es profundizar en la teoría y en la práctica para ser más eficaces en el desempeño de nuestras funciones.

### Estudio estadístico

#### 2.1. Variables

Para desarrollar el estudio se han tenido en cuenta las siguientes variables con sus correspondientes categorías.

##### 2.1.1 - Tipología de los enfermos:

- a. Neurocirugía-politraumatizados.
- b. Sepsis-coma.
- c. I. cardiorespiratoria.
- d. Cirugía-urología-digestivo y otros.

##### 2.1.2.- Sexo:

- a. Mujeres
- b. Hombres

##### 2.1.3.- Edad de los pacientes:

- a. De 0 a 25 años
- b. De 26 a 50 años

c. De 51 a 75 años

d. Más de 76 años

##### 2.1.4.- Días que han permanecido ingresados en el servicio:

- a. De 1 a 10 días
- b. De 11 a 20 días
- c. De 21 a 30 días
- d. De 31 a 40 días
- e. Más de 41 días

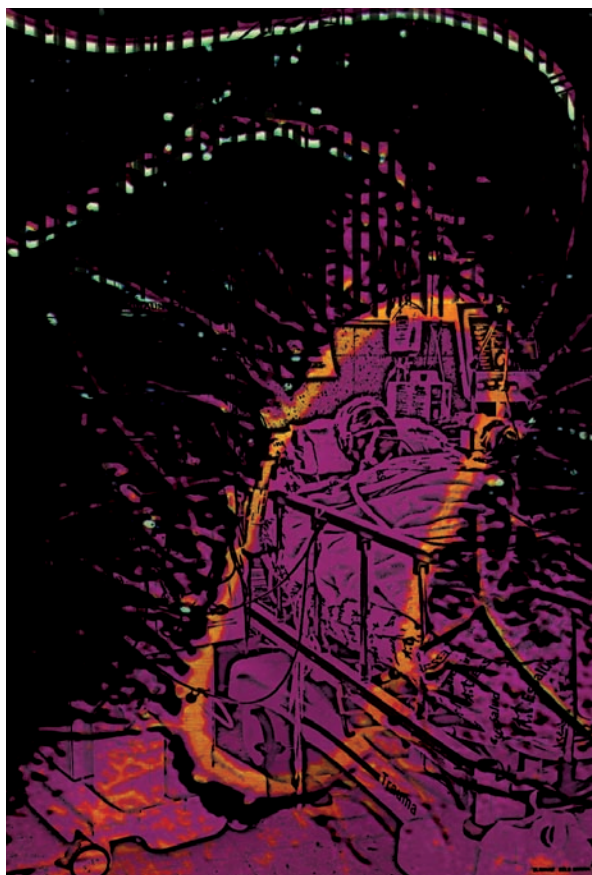
##### 2.1.5.- Relación entre paciente e infección:

- a. Entran y salen sin infección.
- b. Entran sin infección y salen infectados.
- c. Entran infectados y salen sin infección.
- d. Entran y salen infectados.
- e. No se recoge la muestra.

#### 2.2.- Actividades realizadas

Las actividades que se desarrollaron para este estudio han sido:

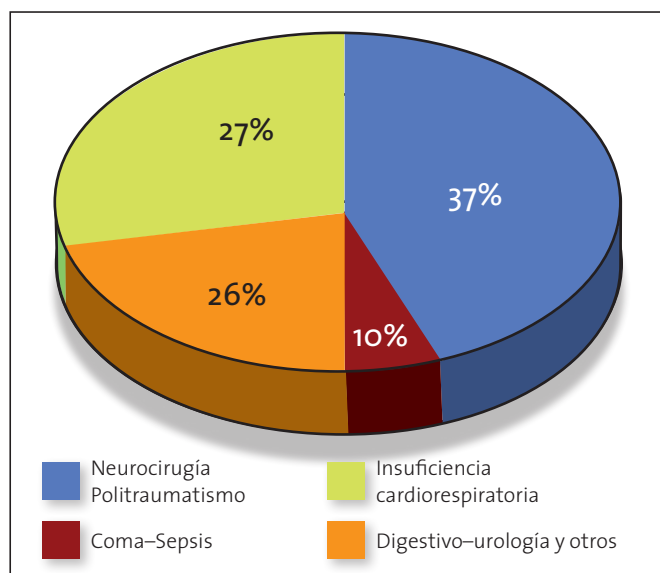
- **Elaboración de una ficha** con las variables anteriormente expuestas.
- **Cumplimentación de la ficha** al ingreso del paciente.
- **Recogida de muestra de orina.**
- **Traslado al laboratorio.**
- **Recogida del resultado** del laboratorio.
- **Volcado de datos** en la ficha.
- **Revisión de las historias clínicas** para recoger el resto de los datos.



**2.3.- Tabulación de los datos obtenidos durante el estudio**

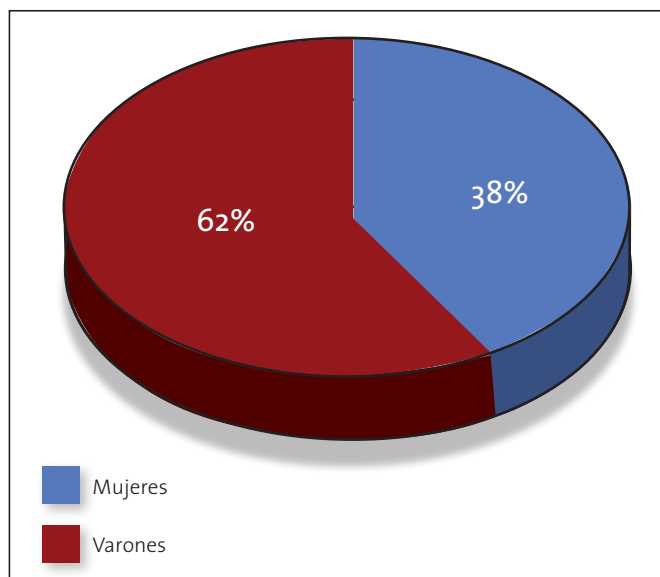
**2.3.1.- Tipología de enfermos:**

	Junio	Julio	Agosto	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.	TOTAL
Neurocirugía Politraumatismos	9	7	8	5	7	3	3	42
Coma-sepsis	1	3	2	2	0	3	0	11
I.Cardioresp.	1	5	6	3	2	8	4	29
Digestivos Urología	0	5	3	9	3	7	3	30
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>20</b>	<b>19</b>	<b>19</b>	<b>12</b>	<b>21</b>	<b>10</b>	<b>112</b>



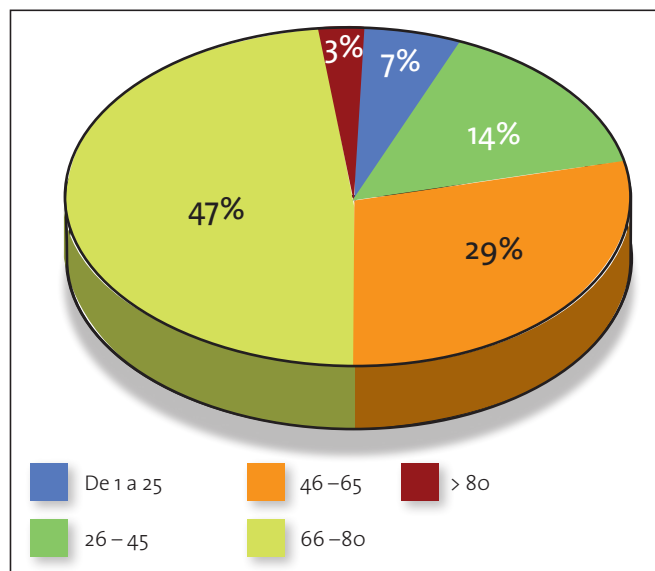
**2.3.2.- Sexo de los ingresados:**

	Junio	Julio	Agosto	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.	TOTAL
Mujer	3	8	10	6	4	10	2	43
Hombre	8	12	9	13	8	11	8	69
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>20</b>	<b>19</b>	<b>19</b>	<b>12</b>	<b>21</b>	<b>10</b>	<b>112</b>



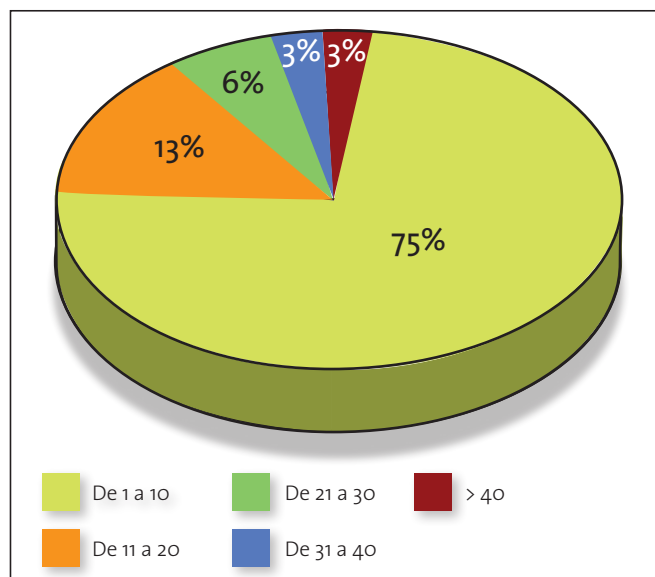
**2.3.3.- Edad de los pacientes:**

	Junio	Julio	Agosto	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.	TOTAL
1 a 25	1	1	1	3	1	1	0	8
26 a 45	0	0	6	1	3	3	3	16
46 a 65	4	10	5	5	2	5	1	32
66 a 80	6	9	7	8	5	12	6	53
Más de 80	0	0	0	2	1	0	0	3
<b>TOTALES</b>	<b>11</b>	<b>20</b>	<b>19</b>	<b>19</b>	<b>12</b>	<b>21</b>	<b>10</b>	<b>112</b>



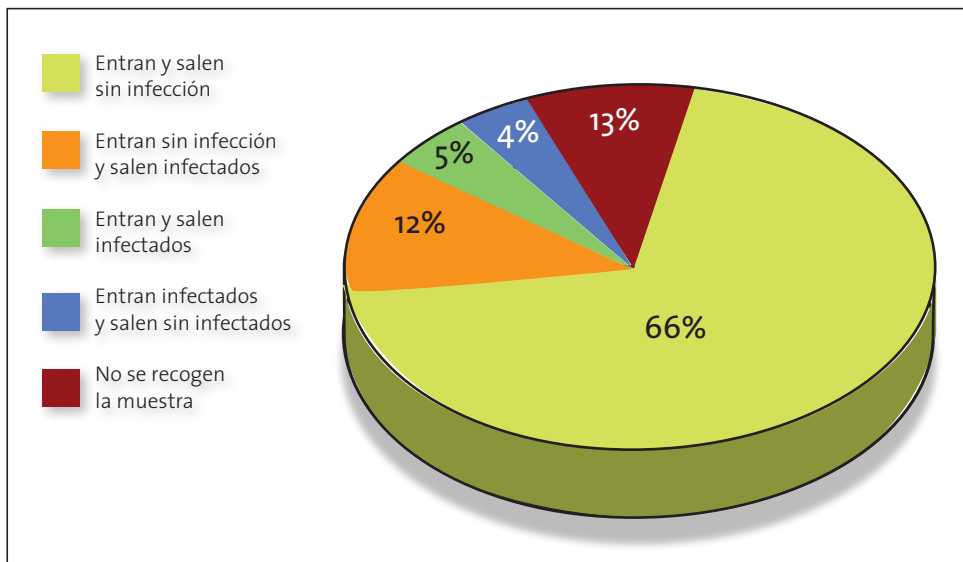
**2.3.4.- Días de estancia:**

	Junio	Julio	Agosto	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.	TOTAL
1 a 10	7	13	15	14	11	16	8	84
11 a 20	3	2	1	5	0	2	2	15
21 a 30	0	5	0	0	0	2	0	7
31 A 40	1	0	1	0	0	1	0	3
Más de 40	0	0	2	0	1	0	0	3
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>20</b>	<b>19</b>	<b>19</b>	<b>12</b>	<b>21</b>	<b>10</b>	<b>112</b>



## 2.3.5.- Infectados:

	Junio	Julio	Agosto	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.	TOTAL
Entran y salen sin infección	8	14	13	10	9	13	6	73
Entran sin infección y salen infectados	1	4	3	3	0	1	1	13
Entran y salen infectados	0	0	0	1	1	2	2	6
Entran infectados y salen sin infección	0	1	1	0	1	1	1	5
No se recoge la muestra	2	1	2	5	1	4	0	15
<b>TOTALES</b>	<b>11</b>	<b>20</b>	<b>19</b>	<b>19</b>	<b>12</b>	<b>21</b>	<b>10</b>	<b>112</b>



Esta variable de los infectados y no infectados es en la que hemos trabajado y concretamente la fila que está resaltada en la anterior tabla. En ella vemos los que se han infectado dentro del servicio. Y por ello, lo relacionaremos con las variables recogidas.

### 2.4.- Estudio de los casos que desarrollan las infecciones de la UCI

Como se ha visto en la última tabla expuesta más arriba, en estos 6 meses de recogida de datos, se han detectado 13 casos que han desarrollado la infección dentro del servicio. Pero no haremos más tablas por considerarlo un tanto farragoso y poco clarificador. Iremos exponiendo los datos y comentándolos.

Respecto a la tipología tenemos los siguientes casos:

- 1.- Neurocirugía politraumatismo 5 casos 38,5%
- 2.- Coma-sepsis 2 casos 15,4%
- 3.- I. Cardiorespiratorias 2 casos 15,4%
- 4.- Digestivo-urología y otros 4 casos 30,7%

Como se puede observar, la mayor parte de los casos (38 %) pertenecen a los enfermos provenientes de neurocirugía y politraumatismos. La siguiente son los de digestivo, urología y otros. Estos casos, si bien son elevados, hay que tener en cuenta que engloban una gran variedad de enfermos e incluyen además todos aquellos casos en los cuales no se ha recogido la

muestra de orina o los resultados del laboratorio.

En relación al sexo nos encontramos con las siguientes cifras:

- 1.- Hombre 5 casos 38.5%
- 2.- Mujeres 8 casos 61.5%

Si nos fijamos en la tabla del sexo de los ingresados y la comparamos con los infectados podemos deducir que, a pesar de ser los hombres los que frecuentan más la UCI, un 62 % del total, son las mujeres las que se infectan más; de los 13 pacientes que han desarrollado la infección, 8 son mujeres. (61%).

En relación a la edad tenemos:

- 1.- De 1 a 25 años 0 casos 0%
- 2.- De 26 a 45 años 1 caso 7.6%
- 3.- De 46 a 65 años 5 casos 38.4%
- 4.- De 66 a 80 años 7 casos 54%
- 5.- Más de 80 0 casos 0%

En el tramo de edad comprendido entre los 66 y 80 años es donde nos encontramos la mayor parte de los infectados (54%).

En relación a los días de estancia:

- 1.- De 1 a 10 días 8 casos 61.5%
- 2.- De 11 a 20 días 2 casos 15.4%
- 3.- De 21 a 30 días 1 caso 7.7%
- 4.- De 31 a 40 días 1 caso 7.7%
- 5.- Más de 40 días 1 caso 7.7%

Resulta curioso comprobar que la mayor parte de los infectados son los que llevan menos días en la UCI. Un 61 % tienen una estancia de menos de 10 días. Parece que la lógica común sería que a mayor cantidad de días mayor probabilidad de infección y este trabajo nos demuestra que no.

Y en relación a los meses de contagio podemos observar lo siguiente:

- 1.- Junio 1 caso 7.7 %
- 2.- Julio 4 casos 30.7%
- 3.- Agosto 3 casos 23.1%
- 4.- Septiembre 3 casos 23.1%
- 5.- Octubre 0 casos 0%
- 6.- Noviembre 1 caso 7.7%
- 7.- Diciembre 1 caso 7.7%

Este cruce de variables se ha tenido en cuenta por observar la proliferación de casos en los meses de verano. Como vemos, julio, agosto y septiembre registran el mayor número de incidencias.

## Conclusiones

Este apartado lo dividiremos en 2 partes; en la primera valoraremos los resultados obtenidos y, en segundo lugar, el proceso y lo que ha supuesto el trabajo en equipo.

Como hemos hecho referencia más arriba, los casos tratados han sido de 112. La recogida de datos comenzó en la segunda quincena de junio y acabó el 31 de diciembre. Por tanto todo el proceso ha durado 6 meses y medio.

Del estudio anterior podemos llegar a las siguientes conclusiones:

■ **El mayor número de enfermos** que pasan por el servicio son de neurocirugía o politraumatizados (37%).

■ **En relación al género**, la morbilidad es mayor en hombres que en mujeres (62%), pero son más frecuentes las infecciones urinarias en las mujeres (61.5%) que en los hombres (38.5%).

■ **La edad es un handicap considerable.** A mayor edad, mayor probabilidad de enfermar y también de contraer una infección urinaria. El tramo de edad más vulnerable es de los 66 a 80 años tanto para enfermar (47%) como para contraer una infección urinaria (54 %). En esta variable coinciden los resultados generales con los referentes a las infecciones.

■ **Se podría decir, con un poco de ironía, que la UCI, es un servicio de corta estancia.** La gran mayoría (84%) permanecen en el servicio menos de 10 días. Y curiosamente los pacientes que menos tiempo están son los que más se infectan (61.5%).

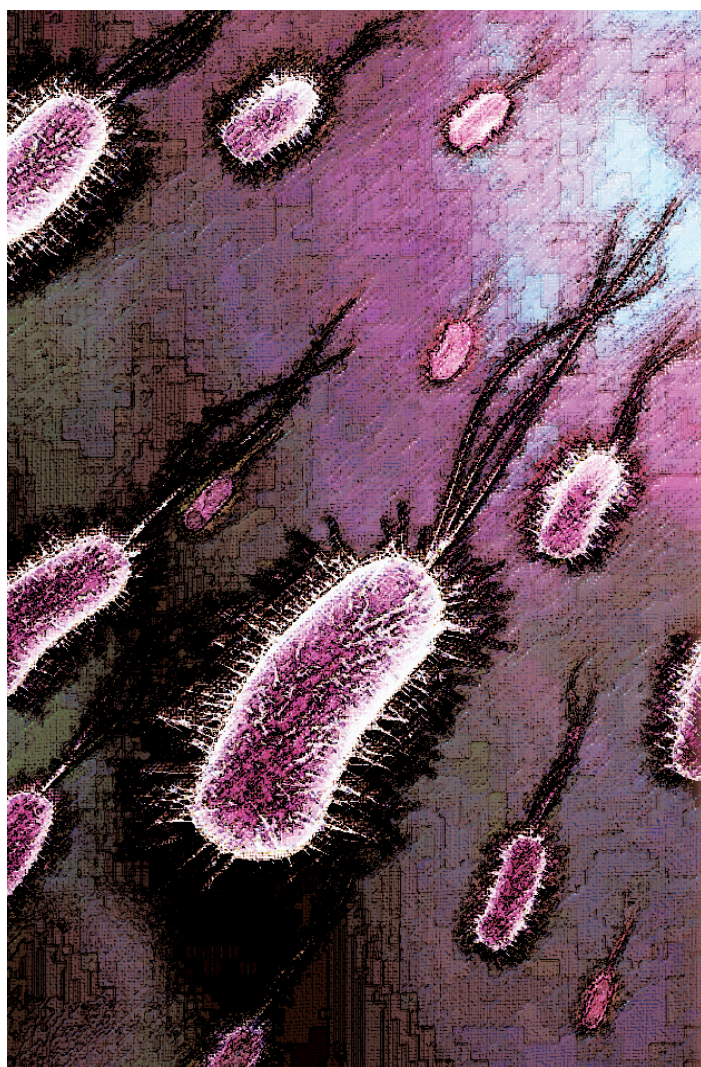
■ **Otro dato que se ve en el estudio de las infecciones es** que en los meses de julio, agosto y septiembre aumentan los casos de infección y también aumentan los ingresados. Por tanto puede tener una correlación directa.

■ **Haciendo una valoración global de los resultados** se puede decir que el perfil característico de paciente de UCI con altas probabilidades de contraer una infección en el servicio es: mujer, politraumatizada o de neurocirugía, de edad comprendida entre 66 y 80 años y con una estancia menor de 10 días en el servicio.

Valorando el **desarrollo del trabajo**, así como la **coordinación** de todos los pasos que se han ido dando y por tanto el trabajo en equipo, los resultados son:

■ **El proceso ha tenido un gran problema o handicap y ha sido que por medio ha estado el verano y con él**, las vacaciones. También se puede comprobar que en los meses centrales (julio, agosto y septiembre) ha aumentado el número total de ingresados.

■ **Aunque en los datos anteriormente expuestos no se ha tenido en cuenta**, ha sido curioso comprobar que en los casos en que no se ha realizado el proceso correctamente ha sido por la dinámica interna del hospital. La muestra de orina se ha recogido al ingreso y se ha mandado al laboratorio en todos los casos. La del alta también, pero cuando se iban a recoger los resultados al laboratorio, como el paciente ya estaba en planta, este servicio, como es natural, los mandaba a la planta y por tanto, en algunos casos, no se ha podido realizar el seguimiento hasta el final. Han sido en total 15 casos que en porcentaje representa un 13.4 %.



■ **En relación al trabajo en equipo hemos sido conscientes que es un tema nada banal y que debemos poner más empeño en él.** Este trabajo nos ha servido para darnos cuenta de lo importante que es tener una buena organización y una buena coordinación. Cuanto mejor esté organizado y coordinado no solamente obtendremos mejores resultados, también mejorará la relación entre compañeros/as y aumentará la autoestima de cada uno. ●

## Bibliografía recomendada

AA.VV. Enciclopedia práctica de Enfermería, (Tomo 4). Barcelona 1995.

AA. VV. Diplomados en Enfermería. ATS/DUES. Tems para oposiciones. Academia Chefer. 1995. Murcia.

# Urgencias y emergencias. El trabajo en equipo **salva vidas**



**El Trui Teatre de Palma de Mallorca levantó el telón para un público excepcional: los más de 600 Técnicos en Cuidados de Enfermería/AE que allí se dieron cita para asistir al XXII Congreso Nacional de Técnicos en Cuidados de Enfermería. *Urgencias y emergencias. El trabajo en equipo salva vidas* era el título central de la cita anual a la que les convoca la Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería (FAE).**

*Un momento de la inauguración.*

**E**l primer acto, la inauguración protocolaria de este encuentro, tuvo como protagonistas a Luis Carretero Alcántara, Director Gerente del Hospital Son Espases, María Cano Sánchez, Directora de Enfermería de la Fundación Son Llàtzer, Rosa Cirer Adrover, responsable de Formación Facultativa de

la Fundación Son Llàtzer, Patricia Gómez, Directora de Cuidados y Coordinación Sociosanitaria de la Consellería de Salud i Consum en representación del Conseller. Dolores Martínez Márquez, Presidenta de la Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería, y Daniel Torres, presidente del Congreso.

Después se sucedieron más de una treintena de intervenciones que aportaron enfoques diferentes al tema central del Congreso. A éstas se sumaron más de un centenar de pósters que fueron expuestos en los paneles dispuestos a tal efecto.

La calidad de todos los trabajos fue constatada por la Comisión de Formación Continuada de la Comunidad Balear, que concedió al Congreso 2,6 créditos formativos.

## Trabajo en equipo

Urgencia es todo proceso médico, quirúrgico, traumatológico o psiquiátrico que por su naturaleza origina en el paciente una alteración que requiere una atención inmediata en un plazo de tiempo corto que impida la progresión y facilite la resolución del mismo. Emergencia es una patología cuya evolución lleva a la muerte si no es atendida en un tiempo inferior a una hora.

Es evidente que cualquier situación es susceptible de convertirse en una u otra circunstancia y la variedad del contenido del programa dio muestra de ello. En consecuencia, los congresistas asistieron a intervenciones en las que se exponía la forma de actuar de los Técnicos en Cuidados de Enfermería en situaciones tan



*El ponente Vicente Martínez explicó la aplicación de la Circular 50.*



*Daniel Torres, presidente del Congreso en la lectura de conclusiones*



*Isabel Alejandra Juste, Directora del Servicio de Emergencias 112 Illes Balears durante su intervención*

disparas como las urgencias toxicológicas, anafilácticas, diabéticas, psiquiátricas e incluso ante las convulsiones pediátricas febriles.

Todas ellas, sin embargo, tienen un denominador común: el papel que desempeña el Técnico en Cuidados de Enfermería es fundamental dentro de un trabajo en equipo que constituye la herramienta imprescindible en la preparación y organización de los recursos humanos y físicos para la atención al paciente. Es el trabajo en equipo el que otorgará seguridad, rapidez y eficacia.

Y esta necesidad de coordinación se pone de manifiesto especialmente en situaciones de urgencias y emergencias ocurridas en la vía pública o en locales públicos donde conviene disponer de planes y protocolos de actuación, siempre observando los condicionantes que en ellos se exponen.

La coordinación es prioritaria igualmente en la urgencia hospitalaria donde a la llegada del paciente a la unidad es necesario aplicar un protocolo de actuación y realizar una serie de actividades básicas para la estabilización de los pacientes, una valoración conjunta y conti-



*TCE presentando su ponencia*



*Clausura del Congreso.*

# ASISTENCIA INICIAL AL TRAUMA PEDIÁTRICO



## INTRODUCCIÓN

- ◆ El éxito terapéutico relacionado con la atención inicial del niño traumatizado, requiere de un sistema en el que el personal tenga un entrenamiento adecuado y un apoyo fuerte por parte de las instituciones.
- ◆ Alrededor de un 20% de las muertes pediátricas por traumatismos, son prevenibles y secundarias a un inadecuado sistema de atención y un diagnóstico tardío de las lesiones que se encuentran ocultas en un principio. Reconocer la importancia de una atención especializada que pueda diagnosticar y tratar tempranamente las lesiones que ponen en riesgo la vida, no solo disminuirá la estadística de mortalidad sino también el número de pacientes con secuelas graves.
- ◆ Las prioridades en la atención del traumatizado pediátrico está esencialmente dirigida al mantenimiento de la vía aérea permeable con control de la columna cervical, proveer una respiración adecuada, controlar las heridas torácicas con amenaza inminente de muerte, mantener la circulación con control de los puntos sangrantes, valorar el déficit neurológico y controlar y prevenir la hipotermia.



## OBJETIVOS

- ◆ Aplicar unos cuidados integrales.
- ◆ Adquirir todos los conocimientos necesarios para aplicar cuidados óptimos a los problemas que se detecten en los niños politraumatizados.
- ◆ Adquirir conocimientos para realizar una RCP básica al niño politraumatizado cuando sea necesario, sin ocasionar más daño.
- ◆ Adquirir los conocimientos necesarios para diferenciar el niño sano del niño con problemas.
- ◆ Proporcionar la atención necesaria en los casos en que los accidentes se presenten.
- ◆ Mejorar la calidad de los cuidados, comunicación y la coordinación entre los profesionales implicados.
- ◆ Identificar las relaciones entre los niveles de asistencia que aseguren la continuidad de los cuidados.
- ◆ Brindar cuidados óptimos, tempranos y oportunos de acuerdo a los trastornos fisiopatológicos asociados al trauma pediátrico.
- ◆ Mejorar el bienestar/comfort de los niños, así como el nivel de satisfacción por los cuidados y la atención recibidos.
- ◆ Ofrecer al personal sanitario formación actualizada acerca de la preparación emocional y desarrollo de habilidades para mejorar la calidad asistencial, garantizar las necesidades básicas, psíquicas y sociales del niño y ayudarle a paliar o restaurar las deficiencias que contribuyen a su calidad de vida.



Miro, escucho, siento



1 Ventilación



5 Compresiones



## IMPORTANCIA DE UNA ATENCIÓN ADECUADA Y PRECOZ AL NIÑO ACCIDENTADO. ATENCIÓN INICIAL AL NIÑO POLITRAUMATIZADO

La atención inicial debe ser rápida y efectiva y es importante que el TCE/AE esté preparado para ello. Los objetivos del tratamiento inicial del politrauma pediátrico son:

- Salvar la vida del niño.
- No producir nuevas lesiones.
- Proteger del daño cerebral secundario.
- Diagnóstico de lesiones priorizando los tratamientos.

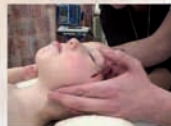
Si la PCR es secundaria a una obstrucción de la vía aérea o a un problema de ventilación, la RCP puede ser eficaz si se realiza de forma precoz. Comenzaremos con una valoración primaria, en la cual buscaremos de forma activa una serie de patologías. Esta sistemática guarda gran similitud con la RCP y se organiza en:

- Apertura de la vía aérea con control cervical. Muy importante el control cervical para evitar producir una lesión medular al paciente.
- Una vez asegurada la vía aérea (que sea permeable) e inmovilizado el cuello, oxigenaremos al paciente y evaluaremos su estado respiratorio. La exploración será una búsqueda activa de lesiones que puedan agravar el cuadro del paciente en todo tiempo.



## CONCLUSIONES

- ◆ El éxito terapéutico relacionado con la atención inicial del niño traumatizado, requiere de un sistema en el que el personal tenga un entrenamiento adecuado y un apoyo fuerte por parte de las instituciones.
- ◆ Reconocer la importancia de una atención especializada que pueda diagnosticar y tratar tempranamente las lesiones que ponen en riesgo la vida, no solo disminuirá la estadística de mortalidad sino también el número de pacientes con secuelas graves.
- ◆ Los traumatismos constituyen la primera causa de muerte en niños de 1 a 14 años, generando por cada fallecimiento, 3 niños con lesiones discapacitantes, con lo que ello conlleva de carga social y psicológica para esas familias. Por lo cual es importante conocer y dominar (sobre todo lo referente a la vía aérea) las técnicas que se pueden aplicar a estos pacientes para salvarles la vida y ofrecerles una mejor calidad de vida en el futuro sin secuelas.
- ◆ Si ante cualquier etiología de PCR en la infancia la prevención es un aspecto fundamental, en lo que respecta a los accidentes lo es aún más, existe una ley con la que se pretende disminuir el número de víctimas mediante la prevención primaria y elementos de sujeción de los niños.
- ◆ Creemos que la preparación y sensibilización del TCE/AE es crucial para los cuidados y apoyo emocional a los/las niños/as que se encuentran en esta situación.
- ◆ Consideramos que la información a distintos niveles es necesaria para que seamos capaces de llegar a todos los/las niños/as.



AUTORAS: YOLANDA GONZÁLEZ MOLINA / ANA M<sup>a</sup> ARAGÓN LÓPEZ/ M<sup>a</sup> DEL CARMEN GONZÁLEZ MOLINA/ REYES FERNANDEZ MALDONADO

Póster ganador.

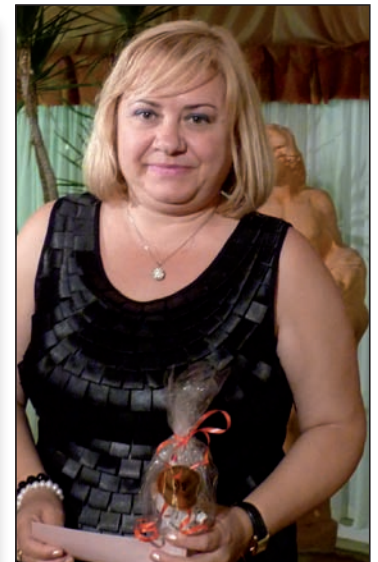
nuada del estado y de las lesiones que pueda presentar el individuo.

La aplicación de protocolos de actuación permitirá atender correctamente cualquier actuación que se presente ya que cada profesional sabrá actuar en la forma debida.

Tras tres jornadas profundizando en este campo asistencial, tuvo lugar el acto final, la clausura del congreso, que contó con la parti-

cipación de Mercedes Vacas Guerrero, Directora de Enfermería del Hospital San Juan de Dios de Palma y Victoria Avellá Lliteras, Directora Autonómica de Socorro y Emergencias de Cruz Roja, que estuvieron acompañados por Daniel Torres y Dolores Martínez.

Ante la expectación general, se anunció la sede del próximo congreso y el tema central sobre el



Yolanda González una de las autoras del póster ganador.



Ana Isabel Ramis recoge el accésit.

que se articularán las ponencias, comunicaciones y pósters: Granada y los Cuidados Paliativos serán los protagonistas del XXIII Congreso Nacional de Técnicos en Cuidados de Enfermería.

## Premios del Congreso

El Comité Científico hizo entrega en la cena de clausura de los premios a aquellos trabajos que consideró los mejores. En el caso de las comunicaciones, el primer premio fue para *Trabajo en equipo=seguridad=eficacia=rapidez* de Virginia Lo-





Virginia Lobo y Lourdes López recogieron el premio a la mejor comunicación.

bo Bartol, Virginia Monreal López y Lourdes López Amorío, Técnicos en Cuidados de Enfermería del Hospital Infanta Sofía de San Sebastián de los Reyes de Madrid.

El accésit fue para *Debut diabético en urgencias de pediatría* de Ana Isabel Ramis Artigues Alicia Severo Gento y Araceli Molina Henares, TCE del Hospital Son Llàtzer de Palma de Mallorca.

El premio al mejor póster reca- yó en Asistencia Inicial al trauma

pediátrico, de Yolanda González Molina y Ana María Aragón López, Técnicos en Cuidados de Enfermería del Hospital Comarcal de Melilla.

En las comunicaciones los trabajos que optaban a conseguir los premios del comité científico eran también: La rapidez, arma primordial en el trasplante, M<sup>a</sup> Ángeles Regueiro Ruiz, M<sup>a</sup> Carmen Zurdo Cordón, Miren Josune Dorronsoro Barrueta y Montserrat Pérez López de la clínica San Vicente en San Se-

bastián; Patologías emergentes en urgencias: cetoacidosis diabética por consumo de drogas, de Maite Martínez García del Hospital Universitario Infanta Sofía de San Sebastián de los Reyes en Madrid; La urgencia que no se ve, de Miguel Ángel Velaz Domínguez del Hospital Universitario de Fuenlabrada en Madrid.

En la categoría de pósters los trabajos finalistas fueron Alergias alimentarias en pediatría: ¡Saber detectarlas y reaccionar salva vidas! de Ana María Socosote Erimo, TCE del Hospital Universitario Germans Trias y Pujol de Barcelona; Camino a la vida de los TCE del Complejo Asistencial Universitario de León: Concepción Álvarez Martínez, Mar Burón Rodríguez, Carmen García Josa y Begoña Valle Gutiérrez; Pro-lapso de cordón umbilical de Begoña Saezpuente Manzano, TCE del Hospital de Basurto. Bilbao; Una niñ@ en urgencias no es un juguete de José Luis García Gallardo, TCE del Hospital General Universitario de Ciudad Real, Juana Morales Sánchez TCE del Hospital General la Mancha Centro de Alcázar de San Juan en Ciudad Real, Pilar Delgado Blázquez TCE del Hospital Universitario de Ciudad Real y Josefa Crespo Lorente TCE del Hospital Altagracia de Manzanares. Ciudad Real.

### Las bambalinas del Trui Teatre

El trabajo en equipo no sólo salva vidas, además genera eficacia. Los congresistas pudieron comprobarlo gracias al esfuerzo y la exquisita labor del comité organizador y de todos aquellos que, entre las bambalinas del teatro, colaboraron perfectamente identificados en hacer que todo funcionara a la perfección y el telón de este congreso se cerrará con un clamoroso éxito. ●



Algunos de los miembros de la organización del XXII Congreso Nacional de TCE

## 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?". El "número de suscriptor" corresponde con el número que aparece en el código de barras de la etiqueta de envío de la versión impresa de la revista.
- 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 deberá introducir su número personal de suscriptor (número que aparece en el código de barras de la etiqueta de envío de la versión impresa de la revista) y se le asignará su usuario y clave de acceso.



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 \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_  
 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  
 Tf: 91 521 52 24 Fax: 91 521 53 83 E-mail: administracion@fundacionfae.org

# Dossier

## El paciente con lesiones cerebrales



© Moreau/Elsevier/Masson SAS

### El recorrido del paciente con lesiones cerebrales

#### Sumario:

- El recorrido del paciente con lesiones cerebrales
- Fundamentos de anatomía y semiología del sistema nervioso
- Síntomas y consecuencias de las lesiones cerebrales
- Atención a los pacientes con lesiones cerebrales en cuidados intensivos

Los cuidados y la reeducación de una persona con una lesión cerebral requieren competencias multidisciplinarias y conocimientos específicos en el campo neurológico.

■ **El recorrido de un paciente de estas características suele ser largo y complejo**, pero siempre debe centrarse en el aspecto humano y las increíbles capacidades de adaptación y recuperación de las personas.

■ **En la fase aguda**, los cuidados intensivos permiten una atención eficaz y precoz. Después empieza un período de reeducación, más o menos largo, que permitirá la vuelta al domicilio o, en los casos más severos, ponerse en manos de un servicio especializado.

■ **Más allá de los cuidados médicos y “técnicos”**, escuchar a la persona y a los suyos, estar disponibles y acompañarlos día a día,

es esencial. Cada paciente progresa y hace camino a su ritmo, con los inevitables momentos de duda, de desaliento, pero también de esperanza y triunfo con cada avance o recuperación.

■ **El equipo pluridisciplinar debe estar presente en cada una de esas etapas**. Bien entendido, el Técnico en Cuidados de Enfermería se encuentra en “primera línea” en este acompañamiento: día a día, durante los cuidados de higiene y la búsqueda de su comodidad, sabe encontrar las palabras y motivar al paciente hacia una nueva autonomía.

Corine Cordon

*Cordinadors del Dossier,*

*publicado por primera vez en SAS, número 37*

Axel Vivian

Médico de urgencias-cuidados intensivos, Centro Hospitalario de Privas (Ardèche), Francia

# Fundamentos de anatomía y semiología del sistema nervioso

**El conocimiento de la anatomía del sistema nervioso ayuda a entender mejor las lesiones cerebrales. Permite además abordar las deficiencias y minusvalías causadas por esas lesiones de modo que se optimicen los cuidados que se prestan al paciente.**

## Palabras clave:

- Encéfalo
- Examen neurológico
- Lesión cerebral
- Médula espinal
- Sistema nervioso

**G**racias al conocimiento de la anatomía del sistema nervioso central se entiende mejor qué cuidados hay que prestar a los pacientes con lesiones cerebrales.

El sistema nervioso comprende:

- **el sistema nervioso central**, compuesto por el encéfalo y la médula espinal;
- **el sistema nervioso periférico;**
- **el sistema nervioso vegetativo.**

## El sistema nervioso central

■ **El encéfalo** consta de tres partes: el cerebro, el tronco del encéfalo y el cerebelo.

■ **El cerebro**, alojado en la parte superior y anterior de la cavidad craneana, consta de dos hemisferios cerebrales donde existen unas oquedades, los ventrículos, que contienen el líquido cefalorraquídeo. Cada hemisferio está surcado por cisuras que delimitan los cuatro lóbulos: el frontal, el parietal, el temporal y el occipital.

El cerebro está compuesto por una sustancia gris, en su periferia, y por una sustancia blanca central.

■ **El tronco del encéfalo** está situado entre el cerebro y la médula espinal.

En él se originan doce pares de nervios craneales. En su periferia está compuesto por una sustancia blanca y en la parte central, por sustancia gris. Tiene dos funciones: es la vía de conducción y es el centro que alberga ciertos núcleos vegetativos.

■ **El cerebelo** se encuentra detrás del tronco del encéfalo, en la base del cráneo. De él dependen el equilibrio, la coordinación de movimientos y el tono muscular.

## La médula espinal

La médula espinal está encerrada en el canal raquídeo y es la continuación del tronco del encéfalo. Consta

de una parte central, la sustancia gris, y de una periférica, la sustancia blanca. En el centro se halla el canal del epéndimo.

Los 31 pares de nervios raquídeos provienen de la médula espinal, que tiene varias funciones:

- **por la sustancia gris**, participa en el arco reflejo.
- **por la sustancia blanca**, es la vía de transmisión de los influjos a los centros superiores.

## El sistema nervioso periférico

Los nervios craneales y los nervios raquídeos forman el sistema nervioso periférico. Hay doce pares de nervios craneales, que se dividen en tres tipos: sensitivos, motores y mixtos, y 31 pares de nervios raquídeos. Éstos constan de una raíz anterior (motriz) y de una posterior (sensitiva): que se unen, fuera ya de la médula espinal, y forman el correspondiente nervio raquídeo.

## El sistema nervioso vegetativo

El sistema nervioso vegetativo dirige y coordina las funciones internas del organismo. Su funcionamiento es automático. Consta del sistema simpático y del parasimpático.

## El examen neurológico

El examen neurológico forma parte del examen clínico, que debe ser simple, lógico y rápido. Empieza con un interrogatorio, en el que se debe determinar con precisión la fecha en que empezaron los problemas, así como la cronología de la aparición de los síntomas, que pueden sobrevenir de manera progresiva, aguda o subaguda.

Hay que buscar un déficit sensitivo-motor, un problema de lenguaje de tipo afásico, una disartría (dificultad al articular). Si el paciente presenta un problema de conciencia, habrá que interrogar a quienes le sean próximos o a testigos. Si corresponde, la identificación de dificultades en las funciones cerebrales superiores (la desorientación espaciotemporal) resulta esencial.

## Causas principales de las lesiones cerebrales

■ **En los adultos, las causas más comunes** de las lesiones cerebrales son los accidentes cerebrovasculares y las lesiones traumáticas.

■ **La causa más frecuente de los accidentes cerebrovasculares** es la oclusión de un vaso sanguíneo cerebral, pero puede tratarse igualmente de una hemorragia.

■ **Las lesiones traumáticas** tienen diversas causas; entre ellas, la más común sigue siendo los accidentes de tráfico.

■ **Hay también lesiones cerebrales prenatales o neonatales** debidas a una falta de oxígeno. Incluso en nuestras sociedades técnicamente avanzadas, esos accidentes afectan al 0,3% de los nacimientos y pueden provocar minusvalías permanentes.

## Conclusión

Un paciente con una lesión cerebral presenta, a menudo, un déficit neurológico asociado a una pérdida de autonomía más o menos grave. Necesitará entonces unos cuidados multidisciplinarios, complejos, que requerirán considerables medios materiales y humanos. ●



# Síntomas y consecuencias de las lesiones cerebrales

**El paciente con lesiones cerebrales presenta síntomas y carencias relacionados con la localización y extensión de la lesión cerebral. En los casos más graves, las lesiones cerebrales extensas conducen a un estado vegetativo crónico.**

Los hemisferios cerebrales se dividen en diferentes lóbulos y cada uno presenta áreas funcionales específicas. Los síntomas y las secuelas de un paciente con lesiones cerebrales como el síndrome frontal, la afasia o la apraxia, etc. guardan relación directa con la zona afectada.

## El síndrome frontal

■ **El lóbulo frontal**, situado en la parte anterior del cerebro, es el más voluminoso.

Interviene, entre otras cosas, en la motricidad, el comportamiento, el lenguaje y, en particular, en la expresión, el razonamiento y el pensamiento.

■ **Un paciente con una lesión del lóbulo frontal presenta un conjunto complejo de síntomas** agrupa-

dos bajo la denominación de síndrome frontal:

- **perturbación del comportamiento**, con una aparente modificación de la personalidad;
- **apatía**, pérdida de interés o, por el contrario, excitación, euforia, desinhibición, etc.;
- **alteración motriz** con incapacidad de reproducir gestos, gestos estereotipados, problemas de equilibrio, etc.;
- **problemas de lenguaje**;
- **problemas de memoria** y de concentración;
- **perturbación del razonamiento** y del juicio.

## La afasia

■ **El lenguaje es una función compleja** que depende de varios centros cerebrales (para los diestros,

situados en el hemisferio izquierdo). Los principales centros del lenguaje son:

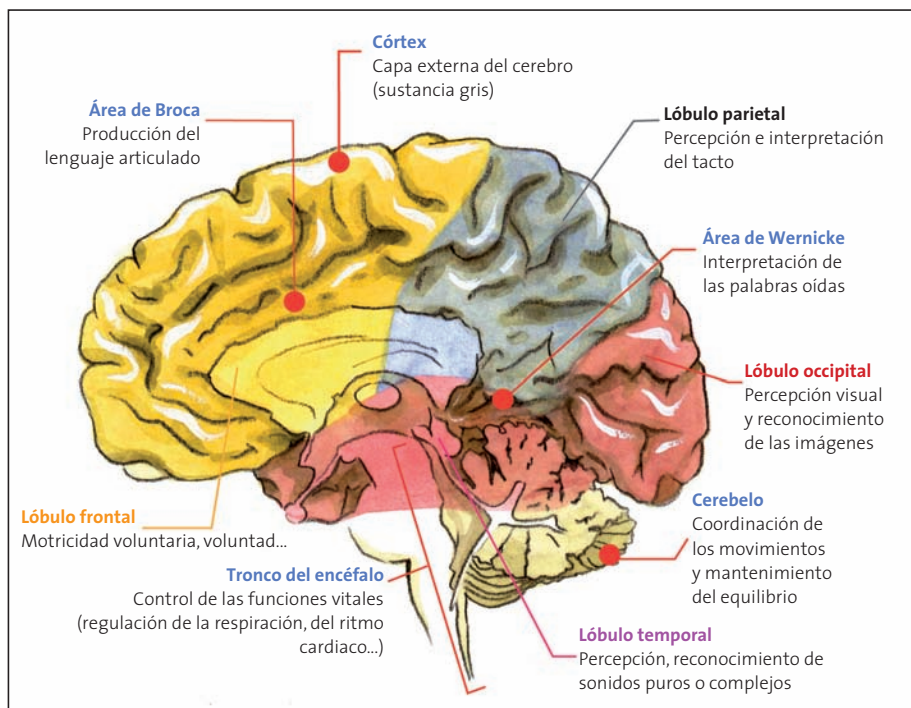
- **el área de Broca**, situada en la zona frontal;
- **el área de Wernicke**, situada en la zona temporo-parietal.

■ **Una lesión del área de Broca** entraña una afasia con dificultades de articulación, problemas de expresión oral y escrita, falta de palabras; en cambio, la comprensión se conserva.

■ **Una lesión del área de Wernicke** supone, por el contrario, una afasia caracterizada por una jerga incomprensible, logorrea, problemas de comprensión. La persona no es consciente de su estado.

## Palabras clave:

- Afasia
- Apraxia
- Lesión cerebral
- Motricidad
- Síndrome frontal
- Síntoma



Hemisferio cerebral (facultades intelectuales, emociones, motricidad voluntaria).

## La apraxia

La apraxia consiste en la dificultad para realizar gestos concretos, sin otras afectaciones de la motricidad o de la comprensión. Se observa cuando está afectado el lóbulo parietal.

## Conclusión

Las lesiones cerebrales pueden provocar problemas de motricidad, de lenguaje y de comportamiento según cuál sea la zona afectada. En cada caso, se necesita un tratamiento adaptado y un seguimiento especializado. ●

Doriane Guille

Instructora del Instituto de Formación de Técnicos en Cuidados de Enfermería del Liceo Henri Matisse de Trappes (Yvelines), Francia

# Atención a los pacientes con lesiones cerebrales en cuidados intensivos

**Los pacientes con lesiones cerebrales sufren afectaciones agudas del sistema nervioso. Aparte del pronóstico vital, se enfrentan a riesgos funcionales, con minusvalías psico-sensorio-motrices de intensidad variable.**

## Palabras clave:

- Técnico en Cuidados de Enfermería/AE
- Complicación
- Enfermero
- Lesión cerebral
- Traumatismo
- Cuidados intensivos

La atención que ha de prestarse a un paciente con una lesión cerebral varía en función del tipo de lesión y de sus afectaciones sensorio-motrices.

■ **El paciente que ha sufrido un accidente cerebrovascular** puede presentar problemas cognoscitivos, afasia o hemiplejía.

■ **El traumatismo craneal** puede provocar desorientación espacio-temporal, afasia; y el traumatismo medular, paraplejía o tetraplejía.

■ **Sea cual sea el traumatismo**, la calidad de los cuidados que se prestan al paciente radica en la coordinación del tándem formado por el Técnico en Cuidados de Enfermería/AE y el profesional de enfermería. En la fase aguda la atención rápida y adaptada resulta indispensable. El fin más inmediato de los cuidados es vigilar los riesgos que pueden amenazar la vida y prevenir complicaciones, y la comodidad y bienestar psicológico del paciente son sus objetivos principales.

## Antes de que llegue el paciente

■ **El Técnico en Cuidados de Enfermería/AE y el profesional de enfermería preparan juntos la habitación** y verifican el material de cuidados intensivos y urgencias: una máscara de ventilación, el oxígeno, el circuito y sondas de aspiración, un respirador, un oxímetro de pulso, un monitor de vigilancia hemodinámica y bombas de infusión. Se aseguran de que el material necesario para la

intubación esté a mano y prevén la necesidad de una tabla de transferencia, una cama equipada con un colchón antiescaras y medios para inmovilizar a los enfermos intubados o alterados.

## El Técnico en Cuidados de Enfermería/AE y la atención inicial a los pacientes en cuidados intensivos

■ **El médico, el profesional de enfermería y el Técnico en Cuidados de Enfermería/AE** reciben al paciente en el servicio.

■ **Tras su traslado a la cama de cuidados intensivos y una vez que se han recibido las informaciones** aportadas por el servicio de emergencias, no hay nada más urgente que la evaluación de las funciones vitales.

• **Se conecta al paciente un sistema de monitorización** para controlar su frecuencia cardíaca y tensión arterial.

• **La función respiratoria** se evalúa según la coloración de los labios

y del tegumento, la existencia de indicios de tiraje, la frecuencia respiratoria y la saturación. En caso de necesidad, el paciente estará intubado y sometido a respiración asistida.

• **El estado de conciencia** del paciente se determina mediante un examen clínico y se evalúa conforme a la escala de Glasgow.<sup>1</sup>

■ **En esos momentos, el personal de enfermería controla el estado del paciente** cada hora o cada dos horas, tanto de día como de noche para descubrir cualquier empeoramiento a nivel neurológico, respiratorio o hemodinámico.

■ **La hospitalización de un pariente cercano tiene consecuencias para la familia** que se manifiestan con sentimientos diversos: la conmoción, la ansiedad, la cólera o la negación. La urgencia refuerza esas reacciones. La confianza que la familia pone en el equipo de cuidados de enfermería dependerá de la forma en que se le haya recibido y de la calidad de

## Nota

<sup>1</sup> La escala de Glasgow es un indicador del estado de conciencia que se evalúa basándose en tres criterios: la apertura de los ojos, la respuesta verbal y la respuesta motriz. Esta escala va del 3 (coma profundo o muerte) al 15 (persona perfectamente consciente).

## El papel del Técnico en Cuidados de Enfermería/AE en colaboración con el personal de enfermería

En un servicio de cuidados intensivos se utilizan numerosos dispositivos médicos que el Técnico en Cuidados de Enfermería/AE ha de conocer perfectamente.

Debe estar atento a todo cambio observable en el estado clínico del paciente y a las señales de alarma de los distintos aparatos de monitorización o de los respiradores, y debe igualmente ser capaz de analizar esos indicios para poder alertar al personal de enfermería en caso de anomalía o urgencia.

### Lesiones cerebrales y trastornos del sueño

Un estudio ha demostrado que el 60% de los pacientes que sale de una hospitalización en cuidados intensivos se queja de haber sufrido problemas de sueño.

Los ruidos de las distintas alarmas o las conversaciones del equipo de cuidados de enfermería, las luces, el dolor, la incomodidad, ciertos medicamentos, el reglaje de los ventiladores, las visitas de control y los cuidados regulares son las causas de ello.

La consecuencia principal de esta privación del sueño es una disminución de la conciencia, así como problemas de concentración y la posibilidad de que se produzca desorientación, e incluso alucinaciones.

la información que se le haya dado. Una vez el paciente está instalado y estabilizado, se recibe a la familia y se le hace saber su estado de salud, cómo funciona el servicio, las horas de visita del médico y se le presenta el equipo responsable del paciente.

#### Prevención de las complicaciones

■ **Los pacientes con lesiones cerebrales pueden presentar, con precocidad, numerosas complicaciones** derivadas de los distintos dispositivos médicos, de permanecer en cama, de los problemas sensoriales y motores o de la afasia:

● **riesgos asociados al decúbito**, como las trombosis venosas, las escaras, el estreñimiento;

● **riesgos infecciosos** inherentes a los cuidados intensivos, asociados a los diferentes aparatos (la sonda vesical, los catéteres venosos centrales o arteriales) y a intervenciones invasivas reiteradas;

● **complicaciones infecciosas pulmonares** en pacientes que tengan trastornos de conciencia, de deglución o sometidos a respiración artificial;

● **complicaciones ortopédicas** en pacientes discapacitados.

■ **Todo el equipo de cuidados de enfermería está atento a esas dificultades.** El Técnico en Cuidados de Enfermería/AE tiene un papel primordial en la prevención y la detección de esos problemas gracias a su proximidad al paciente mientras le presta atención sanitaria. Tiene que ser muy riguroso en la aplicación de

las reglas de higiene, se ocupa del material y limpia el entorno del paciente. Debe prestar igualmente una atención particular a la posición del paciente en la cama o en el sillón para evitar las posturas viciadas.

■ **Pese a los numerosos cuidados técnicos curativos y preventivos**, no debe olvidarse que el paciente con lesiones cerebrales, sea capaz de comunicarse o no, puede sufrir problemas psicoafectivos y de ansiedad. Es fundamental contar con formas de comunicación adaptadas a su estado e informarle de cuál es y de qué cuidados se le aplican.

■ **En la medida en que el paciente no posea ya la capacidad de expresarse** (por afasia, por hallarse en coma, por estar intubado), el profesional debe duplicar la dosis de concentración y de disponibilidad con el objetivo de evitar complicar su estado.

#### Conclusión

El estado clínico del paciente con lesiones cerebrales evoluciona a lo largo de su estancia en cuidados intensivos. Gracias a su competencia profesional, el Técnico en Cuidados de Enfermería/AE participa activamente en la atención al paciente: en el control de las funciones vitales y cognitivas, en su bienestar físico y mental y en la prevención de las complicaciones. Es un eslabón esencial de la cadena de cuidados. ●





# Cuidados del TCE en la acogida del paciente **neonato, pediátrico e infantil**

## SUMARIO:

Acogida al niño y su familia en la unidad de Pediatría

Cuidados al recién nacido en la sala de partos

Acogida del recién nacido en la unidad de neonatología

## Acogida al niño y su familia en la unidad de Pediatría

### Objetivos

- **Facilitar que el primer contacto del niño y su familia en la unidad** sea lo más satisfactorio posible a fin de iniciar una relación óptima de cuidado.
- **Conocer al niño o la niña y su familia para valorar sus primeras necesidades** y planificar sus cuidados más inmediatos.

■ **Crear el ambiente apropiado para que el niño o la niña** y sus acompañantes se sientan lo más cómodos y seguros posible, de forma que su adaptación al medio hospitalario sea lo más sencilla posible.

■ **Disminuir la ansiedad** de la hospitalización.

■ **Proporcionar información correcta y pertinente** a los padres/cuidadores de la niña o el niño, al igual que a éste si por edad pudiera comprenderla, para que conozcan el funcionamiento del servicio de pediatría.

Entre el material que debemos preparar se encuentra el siguiente:

- Termómetro.
- Medidor de constantes (manguito de tensión arterial y saturador adecuado).
- Sistema de aspiración y sondas de aspiración.
- Mascarilla VMK.
- Humidificador desechable para O<sub>2</sub>.
- Cama o cuna dependiendo de la edad del niño (a los niños menores de 3 años siempre se les pondrá una cuna).
- Pijama y pañales según edad.
- Bañera, en el caso de lactantes.
- Tríptico con información referente a la Unidad de Pediatría junto a la información del hospital y funcionamiento.
- Documentación clínica procedente de Urgencias/URPA.
- Hoja de medicación.

### Si precisa:

- Monitor.
- Material para monitorización (electrodos, saturador y manguito de TA).
- Mascarilla aerosol.
- Bombas de infusión y de jeringa.

### En la sala de curas:

- Balanza.
- Metro.
- Tallímetro.

### Previo al ingreso el TCE debe:

- Preparar el material y equipo necesarios.
- Recoger los cables, tener los aparatos bien sujetos, y colocados de la forma más práctica posible y de fácil acceso, para actuar con rapidez y evitar lesiones.
- Comprobar el funcionamiento de las tomas de oxígeno y aspiración.
- Comprobar el funcionamiento del timbre.
- Acondicionar correctamente la habitación que se va a ocupar.

### A la recepción del paciente:

- Recibir al niño/a y familia en la habitación por la enfermera y/o TCE.
- Presentarse al niño/a y familia (nombre, categoría profesional).
- Enseñar la habitación, funcionamiento de la cama, televisor, teléfono, timbre, luces y enchufes.
- Realizar valoración al ingreso.







- Los miembros del equipo de enfermería preguntarán a los padres o familiares, entre otros datos:

- Alergias.
- Antecedentes médicos y quirúrgicos.
- Última deposición (nº y aspecto).
- Vómitos, fiebre (según patología).
- Dieta habitual, alimentación introducida, intolerancias, alergias...
- Teléfono de contacto, nombre y apellidos de la madre o el padre.

- Además la enfermera debe:

- Realizar actividades de enfermería que se precisen, revisión de vía, extracción de muestras.
- Revisar pautas de tratamiento, valorar necesidad de bombas de infusión para STP (Sueroterapia) y ATB (antibióticos).
- Colaboraremos en estas actividades si es preciso.

- El TCE también debe:

- Informar al acompañante que se le proporcione también una dieta durante su estancia con el fin de que el niño/a nunca se quede sólo en la habitación. En ese caso deberán siempre comunicarlo al personal de enfermería.
- Entregar tríptico con las recomendaciones de la unidad junto con la carpeta del hospital.
- Llevar pijama adecuado a la edad del niño/a, pañales en el caso de que los necesitara, así como una bañera en el caso de lactantes y agua.
- Limpiar el material utilizado no desechable.



#### ■ Recuerda:

- Reponer material utilizado.
- Limpiar el material utilizado no desechable.
- Lavarse las manos.

### Cuidados al recién nacido en la sala de partos

#### Objetivos

- Fomentar vínculo materno/paterno-neonato.
- Evitar pérdidas de calor del recién nacido (RN).
- Identificar situaciones de riesgo.
- Apoyar el inicio precoz de la lactancia materna, si es la opción elegida por la madre.

#### Material necesario para el ingreso de un paciente en la unidad:

- Tallas estériles.
- Gasas y compresas estériles.
- Guantes desechables.
- Camisetas y gorritos.
- Mantitas.
- Pañales desechables.
- Pulseras identificativas sin logos comerciales.

- Pinzas umbilicales.
- Pinzas de Kocher.
- Bisturís.
- Alargaderas de oxígeno.
- Sondas de aspiración 5,6,8.
- Ambú neonatal.
- Guedell neonatal.
- Cánulas de intubación.
- Cánulas de aspiración de meconio.
- Laringoscopio (pilas) y Pinzas de Magill.
- Esparadrapos (sistemas de fijación).
- Medicación (adrenalina, atropina, bicarbonato sódico 1M, lidocaína, fluidos intravenosos).
- Catéter para canalización umbilical.

#### Previo al parto:

- Mantener la temperatura ambiente de las salas de dilataciones entre 20 y 25°C.
- Tener la cuna térmica y equipo de reanimación a punto por si fuera necesario emplearlo.
- Informar a la pareja que se atenderá al RN en la misma sa-



la de dilatación a no ser que surjan complicaciones que requieran de la atención del RN en una cuna térmica.

- En todos aquellos expulsivos con patología previa o con complicaciones intraparto que lo requieran el pediatra estará presente.

■ **Al Parto**

- Colocar al RN nada más nacer sobre el abdomen materno o en su brazos. Todo RN que no precise traslado urgente a neonatos o la cuna térmica permanecerá piel con piel con la madre hasta el traslado.
- Examinar el estado del recién nacido mientras, se le seca con paño templado.
- Asegurar un contacto directo piel con piel entre éste y su madre, cubriéndolo con una talla y una manta, hasta finalizar los cuidados maternos.
- Valorar el test de Apgar. El valor resultante se usa como guía de actuación al minuto de vida para adecuar la reanimación. A los 5 minutos indica la efectivi-

dad de la reanimación y tiene cierto valor pronóstico.

- Valorar el clampaje no inmediato del cordón, si no aparecen complicaciones. Favorecer la colaboración del padre en la ejecución del mismo.
- Recoger sangre del cordón umbilical para la realización del pH arterial y para la determinación del grupo sanguíneo y Rh del neonato, así como para la donación de sangre de cordón si procede.
- Identificar al neonato mediante una pulsera en el tobillo con el nombre de la madre y el número de HC y sus huellas dactilares.
- Apoyar el inicio precoz de la lactancia materna antes de ir a planta, si ésta ha sido la elección de la madre.
- Vestir al RN y trasladarle junto a la madre a planta. El traslado se hará en silla de ruedas cuando a la madre no se le haya administrado analgesia epidural, si no, se hará en cama.
- Las medidas profilácticas al recién nacido se pospondrán al menos 1 hora postparto.

- Registrar la evolución del parto en la historia perinatal.
- Cumplimentar la hoja de recogida de datos del RN.
- Cumplimentar los datos del:
  - Registro Civil.
  - Documento de identificación sanitaria materno-filial.
  - Documentos de la donación de cordón si procede.

El entorno físico de recepción del recién nacido favorecerá la conservación de la temperatura del bebé, evitando la pérdida de calor por evaporación, conducción, convección y radiación:

**Acogida del recién nacido en la unidad de neonatología**

**Objetivos:**

- Identificar las necesidades del RN y su familia, para establecer los cuidados de enfermería.
- Favorecer la adaptación del neonato a la vida extrauterina, en el menor tiempo posible.
- Disminuir la ansiedad de los padres/cuidadores.
- Conseguir la adaptación de los padres al medio hospitalario.
- Conocer el funcionamiento de la unidad de neonatos.

**Material necesario para el ingreso de un paciente en la unidad:**

- Guantes.
- Batas desechables.
- Material necesario para somatometría (báscula, tallímetro, cinta métrica).
- Termómetro.
- Aparato Bm test .
- Cartilla de salud y sobre de pruebas metabólicas.
- Monitor neonatal y material para monitorización (electrodos, saturador y manguito TA).



- Sistema de aspiración y sondas de aspiración nº 5, 6 y 8.
- Humificador desechable para O<sub>2</sub> y agua destilada.
- Alargadera de O<sub>2</sub> (conectada al humidificador).
- Respirador previamente calibrado.
- Carro de RCP.
- Cuna, cuna térmica o incubadora de ingreso (35°) (botella de agua destilada y sistema para el depósito de agua).
- Cajón de la incubadora: pañales, empapadores y toallitas húmedas.
- Bombas de infusión y de jeringa.
- Carpeta de ingreso:
  - Gráfica de enfermería.
  - Hoja de órdenes médicas.
  - Tarjeta de identificación del RN. Anotar en gráfica, incubadora, bata y pizarra.
  - Trípticos explicativos del funcionamiento de la unidad según idioma de la familia.
- Bandeja individual:
  - Gasas estériles.
  - Guantes estériles para aspirar (si precisa).
  - Lancetas y tiras reactivas para glucemia.
  - Clorhexidina monodosis.

### Previo al ingreso comprobaremos:

- Material y equipo necesarios.
- Preparación incubadora ingreso:
- Dejar las dos botellas de agua destilada y un sistema encima del depósito de agua para sistema humidificación.
- Temperatura programada a 35°C. Ha de estar vestida con sábana y empapador, y colocada en posición horizontal.
- Electrodo, saturador y manguito de TA del nº correspondiente conectados (el manguito ha de

cubrir 2/3 del miembro donde se va a tomar); colocar todo dentro de la incubadora.

- Fonendoscopio.
- Cables recogidos, aparatos bien sujetos, y colocados de la forma más práctica posible, y de fácil acceso, para actuar con rapidez y evitar lesiones. Comprobar funcionamiento de las tomas de oxígeno y aspiración.
- Preparación del monitor.
- En caso necesario: calibrar el respirador y comprobar localización del carro de paros lo más cerca posible de la zona de ingresos y que se pueda acceder a ambos fácilmente.

### Al ingreso Enfermera/o y TCE recibirán al RN con los guantes puestos, previo lavado de manos.

- Obtener el diagnóstico provisional, si no se nos ha facilitado anteriormente.
- Tomar constantes y monitorizar si precisa.
- Valorar estado del neonato y el protocolo específico que debemos seguir.
- Aspirar secreciones, si es necesario.
- Comprobar que el protocolo del RN en sala de partos esté completo, en caso negativo comunicar al pediatra, para completar posteriormente.
- Realizar cartilla de salud del RN.
- Comprobar que el RN lleve la pulsera de identificación y que la pinza del cordón umbilical esté bien cerrada y a 2cms de la piel, si sangra colocaremos una doble pinza.
- Realizar la valoración inicial de enfermería, plan de cuidados y ficha del paciente.
- Registrar al RN en el "Formulario de Neonatos" de las aplicaciones informáticas.

- Cumplimentar la historia Clínica antes de las primeras 24 horas de vida.
- Pautar los cuidados de enfermería y tratamiento prescrito.
- Cursar impresos a farmacia, si fuera necesario.
- Identificar la incubadora con el nombre del RN.
- Colocar batas desechables, identificadas con el nombre del RN, para los familiares.
- Saludar, presentarse e informar a los padres del estado del RN, explicar y entregar los trípticos explicativos del funcionamiento de la unidad.
- Dar apoyo psicológico a los padres para disminuir su ansiedad por el ingreso del RN en la unidad neonatal. Escucha activa.
- Solicitar un teléfono de contacto.
- Preparar el cajón de la incubadora.
- Asear y realizar somatometría, cuando el RN esté estabilizado y regule bien la temperatura, antes de las 24 primeras horas de vida.
- Posteriormente repondremos el material utilizado.

### ■ Recuerda:

- Hay que tener en cuenta que el grado de ansiedad de la familia puede variar en cada caso por el impacto emocional que la nueva situación conlleva.
- La gravedad del niño también nos condicionará en el momento de realizar el procedimiento de acogida, ya que en ocasiones prima la estabilidad del paciente sobre otros factores que en el momento no suponen una urgencia vital.
- Este procedimiento puede variar dependiendo de la información que recibamos sobre el estado de salud del niño. ●

# Maldito bichito

**El brote epidémico que se ha producido en Alemania ha devuelto a la actualidad a una vieja conocida en los servicios de epidemiología: la *Escherichia coli*, conocida como *E. Coli* y que causa algunas enfermedades como la diarrea del viajero o el mal de Moctezuma. La diferencia es que la cepa que se ha extendido en Alemania, una variante de la O104 que además habría incorporado de otras cepas genes que aumentan su producción de toxinas, es especialmente agresiva y resistente a los antibióticos.**

**L**a *Escherichia coli* es quizás el organismo procariota (células sin núcleo celular diferenciado cuyo material genético se encuentra disperso en el citoplasma) más estudiado. Se trata de una bacteria que se encuentra generalmente en los intestinos animales y que fue descrita por primera vez en 1885 por Theodore von Escherich, bacteriólogo alemán que la denominó *Bacterium coli* aunque

posteriormente, y en su honor, se le adjudicó el nombre de *Escherichia coli*

La *Escherichia coli*, en su hábitat natural vive en los intestinos de la mayor parte de los mamíferos sanos. En los humanos, esta bacteria coloniza el tracto gastrointestinal de un neonato adhiriéndose a las mucosidades del intestino grueso en el plazo de 48 horas después de la primera comida.

En individuos sanos, es decir, si la bacteria no adquiere elementos genéticos que codifican factores virulentos, la bacteria actúa como un comensal formando parte de la flora intestinal ayudando así a la absorción de nutrientes y a producir algunas vitaminas. Además, previene el asentamiento de otros microorganismos que pudieran ser mucho más peligrosos. Sólo de vez en cuando, una mutación empieza a causar el efecto contrario y pone en peligro nuestra vida.

La mutación más conocida de *E. coli* es la O157:H7, que fue reconocida como causante de brotes de enfermedad en Estados Unidos. En 1982 se debió a hamburguesas contaminadas y en 1996 la bacteria se encontró en botellas de zumo de manzana en las que no se produjo ningún tipo de pasteurización y contaminó la bebida.

Puede causar infecciones intestinales y extraintestinales generalmente graves tales como infecciones del aparato excretor, cistitis, meningitis, peritonitis, mastitis...

La complicación más frecuente es el síndrome hemolítico urémico que puede causar fallo renal agudo, anemia hemolítica (recuento bajo de glóbulos rojos) y trombocitopenia (recuento bajo de plaquetas).



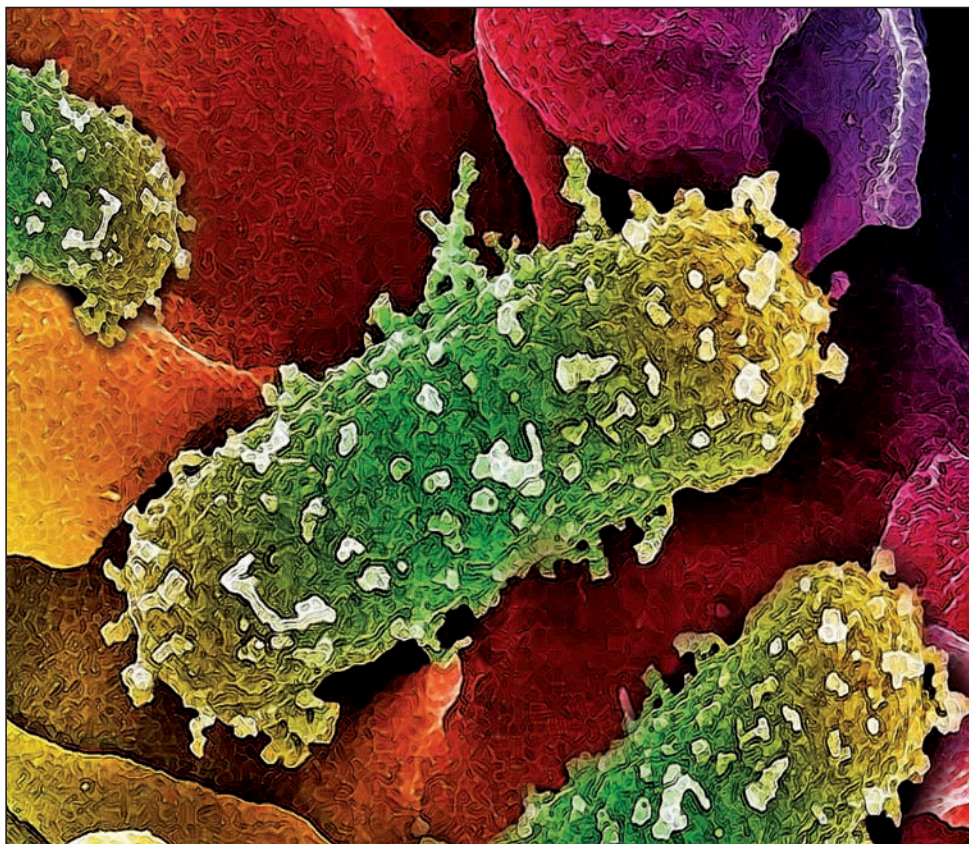
## Su comportamiento

Luis Ángel Fernández, investigador del Centro Nacional de Biotecnología, explica que al ingerir los alimentos contaminados la bacteria entra a través de la vía digestiva, se aloja en el intestino y entra en acción tras un período de incubación de 4 ó 5 días. Una vez en el intestino, la bacteria inyecta una primera oleada de toxinas en las células de las paredes intestinales.

Las células del epitelio empiezan a comportarse de forma extraña, cambian de forma y proporcionan un sitio para que la bacteria se ancle y se alimente. A estas alturas el infectado comienza a tener fuertes diarreas, aunque si tiene suerte y está suficientemente hidratado, el proceso puede detenerse ahí y no llegar a mayores.

El problema surge cuando la bacteria empieza a producir un segundo tipo de toxinas, conocidas como “verotoxina” o “shiga”. Estas toxinas dañan el epitelio del intestino y pasan al flujo sanguíneo donde alteran los factores de coagulación (baja el número de plaquetas y empiezan a producirse hemorragias) lo que desemboca en diarreas sangrantes. Mientras tanto, la toxina también provoca hemólisis y destruye los glóbulos rojos, se libera la hemoglobina y la cepa capta el hierro que necesita para seguir creciendo. En resumen: la bacteria llega al intestino, prolifera, distorsiona el epitelio intestinal y las verotoxinas llegan al torrente circulatorio, ahí empiezan a producir no solo hemorragias locales, sino que alcanzan el riñón y provocan el fallo renal.

Ese es el verdadero peligro de la enfermedad, el momento en que las toxinas se extienden a través de los vasos a otros órganos.

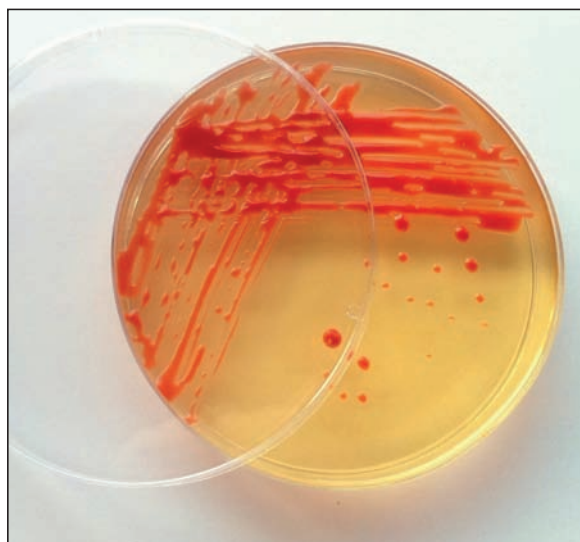


## Prevención

Las infecciones por *E. coli* se pueden adquirir al consumir alimentos o agua que contienen la bacteria. Por eso, para prevenirla lo más adecuado es manipular la comida con seguridad: cocinar bien las carnes, lavar frutas y verduras antes de comerlas o cocinarlas y evitar leche y zumos sin pasteurizar.

Respecto a los síntomas, la infección empieza más o menos 7 días después de haberse infectado con el germen. La primera señal son dolores abdominales muy fuertes que comienzan de forma súbita seguidos de una fuerte diarrea, que puede ser sanguinolenta. En este estado ya es preciso acudir al hospital.

La mayoría de los casos de infección por *E. coli* mejoran espontáneamente en 5 ó 10 días. Lo me-



mejor es dejar que se pasen solos utilizando tratamientos paliativos –hidratación, antitérmicos– porque, a diferencia de otras bacterias, responde mal a los antibióticos e incluso puede producir más toxinas. ●

# Implantación de programas de educación para la salud en **ancianos institucionalizados**

## Programa de higiene personal y Aula de Mayores

Este trabajo basado en dos programas destinados a ancianos institucionalizados, uno de higiene personal y otro de formación, mereció la Mención Especial en el XIV Certamen Nacional de Investigación. El objetivo planteado por el autor es mejorar la salud y la calidad de vida de las personas mayores.

### Introducción

La vejez plantea un problema social de primer orden en nuestros tiempos.

Las personas mayores, como grupo diferenciado, tienen rasgos culturales específicos e intereses propios que exigen un esfuerzo a la sociedad para garantizar su bienestar.

Los avances de la ciencia y progresos sociales que caracterizan nuestra época originan un aumento en la esperanza de vida de la población. La esperanza de vida de una persona es hoy el doble de lo que era hace unos siglos.

La población anciana aumenta progresivamente y se produce simultáneamente un envejecimiento de la población.

Hoy día, el envejecimiento choca con una sociedad que persigue la perfección física, el éxito personal y profesional y despierta una serie de aptitudes negativas que hacen que la situación de algunos ancianos sea de exclusión y precariedad.

El objetivo de estos 2 programas es mejorar la salud y la calidad de vida de las personas mayores institucionalizadas, en cuyos centros, como pieza clave en el equipo básico de trabajo, desarrolla su labor profesional el Técnico en Cuidados de Enfermería/AE.

### Breve descripción del plan de trabajo

El plan de trabajo a desarrollar corresponde a una intervención para un centro geriátrico, propuesta por el Técnico en Cuidados de Enfermería/AE, que tiene como objetivo dinamizar a los ancianos que se encuentran institucionalizados, dado que este sector de la población dispone de abundante tiempo libre.

Se pretenden crear unas adecuadas expectativas para ocupar el tiempo de ocio.



Como objetivos generales del plan a desarrollar se pueden resaltar:

- Dinamizar a los ancianos institucionalizados.
- Favorecer las relaciones interpersonales.
- Crear un ambiente y una calidad de vida adecuados.

Se intenta que el ocio sea una fuente de satisfacción y de realización de las personas. El propósito del plan es crear un ambiente óptimo entre residentes, de amistad y compañerismo y evitar, así, el aislamiento y la soledad, favoreciendo la convivencia y la participación entre ancianos.

## Programas a implementar:

### 1º. Programa de higiene y aseo corporal

Intenta intervenir en los hábitos higiénicos de los ancianos, mejorándolos y formándolos. Su objetivo general es hacer conocer al anciano la importancia del aseo personal y potenciar el cuidado higiénico como forma de autopercepción saludable.

### 2º. Programa de formación "Aula de Mayores"

Con este programa no se pretende sólo una formación didáctica, si no modificar condiciones concretas de existencia y estimular la acción de una participación activa. Se pretende formar a las personas que han carecido de medios apropiados para poder educarse y residentes cuyos conocimientos se han deteriorado con el tiempo.

### Metodología general

La metodología del trabajo será muy similar en ambos: se procede a realizar una valoración de los residentes mediante escalas apropiadas para ello, como, el ín-

dice de Barthel y el SPMSQ. Los resultados de estas valoraciones los dejaremos documentados para posteriores análisis.

Se recopila información sobre los programas a implementar. El programa de formación puede surgir del deseo de ser implantado por los residentes. El programa de Aseo e Higiene corporal se puede crear en acuerdo con los residentes y el resto de profesionales del centro.

Se realizarán los programas y se pondrán en práctica con los materiales necesarios para ello. Todo lo anteriormente citado se describe dentro de cada programa creado.

Antes de comenzar las sesiones para la implantación de los programas habrá un período de conocimiento de los residentes, durante el que se les facilitarán las escalas de valoración. Ese período puede durar 20 días.

## Programa de aseo e higiene personal

### Introducción

Este programa intenta intervenir en los hábitos higiénicos de los ancianos mejorándolos y formándolos.

La higiene personal comprende el aseo diario del cuerpo y el cuidado de la imagen. Una buena imagen exterior representa el aprecio de uno mismo.

El aseo será asumido por el propio anciano, ya que, con ello se favorece el autocuidado y la independencia.

Deben respetarse las costumbres personales y la intimidad del paciente, e intentar establecer una comunicación que lleve al diálogo y a la confianza.

Bañarse o ducharse es una de las actividades que antes se ve afectada cuando una persona mayor comienza a manifestar dificultades para ser independiente.

## Términos importantes a tener en cuenta:

**Gerontagogía:** fue utilizado por Lesse y Bolton (1.978) para definir aquella creencia aplicada que tiene por objeto la intervención educativa en sujetos mayores y que está en la frontera entre la educación y la gerontología.

**Gerontología Educativa:** está referida al estudio y a la práctica de la enseñanza de los mayores durante su envejecimiento (Peterson 1.976). Esta disciplina conocida con el nombre de gerontología educativa, recibió carta de presentación en los Estados Unidos en 1.970 (Lumsden 1.985/ Lemieux 1.986)

### Factores cognitivos

**La memoria:** las personas mayores precisan de más tiempo que los jóvenes para memorizar nuevos datos. Por el contrario, la memoria que no aparece afectada por la edad, puesto que se caracteriza por evocar hechos pasados, es la memoria a largo plazo.

**La interferencia:** es una de las causas de déficit intelectual ligado a la tercera edad. Existen diferentes tipos de interferencia que pueden influir en el aprendizaje de nuevos datos por parte de las personas mayores. Es el caso de la interferencia causada por los eventos anteriores que pueden afectar a la adquisición de nuevos datos y la interferencia procedente de los eventos concurrentes, lo que provoca gran distracción y falta de concentración en las personas mayores.

### Factores no cognitivos

**La motivación:** el aprendizaje en las personas mayores declina cuando el interés y la motivación disminuyen.

**La pérdida de la velocidad:** afecta particularmente a la ejecución psicomotriz y a la evocación de los datos registrados en la memoria de corto y largo plazo.

**La salud:** tener buena salud ayuda a estar más motivado y ser capaz de aprender.

**La educación:** la población de la tercera edad a menudo se muestra reticente a participar en actividades educativas puesto que han estado menos escolarizadas que la generación actual.

**La voluntad** es esencial para adquirir conocimientos y habilidades o completar conocimientos insuficientes.

**La lucha contra la soledad** y el aislamiento y el deseo de crear nuevos lazos sociales.

Bañar o duchar a una persona no es una simple tarea mecánica, si no que requiere destrezas. Significa estar atento a todas las actividades que realizamos y a cómo responde la persona a la que estamos ayudando. También requiere paciencia, flexibilidad y amabilidad por parte del cuidador.



## Qué hacer para ayudar en el aseo personal y el baño

### Mantener un entorno agradable y funcional

El cuarto de baño debe necesariamente seguir manteniéndose como una habitación probada. Si es posible, debe ser preparada especialmente para personas con alguna dificultad en el movimiento. Existen muchos elementos sencillos que pueden introducirse en el baño para favorecer la independencia de las personas mayores. Son especialmente importantes los que disminuyen sus posibilidades de caídas dentro y fuera del baño:

- Elementos antideslizantes.
- Alfombrillas de goma.
- Asientos de baño.
- Asideros fijados sobre la pared.

### Respetar al máximo la autonomía personal

Conviene preguntar u observar al residente durante el baño o ducha y ayudarle únicamente cuando él o ella lo solicite o cuando se considere que exista riesgo para su seguridad.

Hay que fomentar que hagan por sí mismos el mayor número posible de tareas de aseo personal ya que esta es la mejor forma de respetar su autonomía

### Crear rutinas para la higiene y el baño

Es importante que el baño o ducha tengan lugar siempre a la misma hora del día y que el profesional:

- Explique lo que va a hacer.
- Preste toda su atención al residente.
- Se asegure de que los útiles de baño están accesibles.
- Se anticipe a las situaciones difíciles.

### Objetivos

**General:** Transmitir al anciano la importancia del aseo personal y potenciar el cuidado higiénico como forma de autopercepción saludable.

### Específicos:

- Detectar y corregir las conductas inapropiadas en la higiene.
- Informar y educar sobre la importancia de la higiene corporal para la salud.

- Participar activamente en el aseo personal y promover prácticas higiénicas adecuadas.
- Aumentar el número de duchas/ baños de cada anciano, realizando una supervisión y un control adecuados.
- Fomentar el uso adecuado de vestimenta en el anciano.
- Disminuir el número de personas que no realizan higiene bucal.

### Actividades del programa

#### Son las siguientes:

- Valoración del estado y grado de higiene del anciano mediante la inspección física y observación detenida de piel, cabello, boca, manos, uñas, genitales y pies. Se le preguntará por sus hábitos higiénicos: frecuencia de las duchas/ baños, lavado del cabello, cepillado de dientes, cuidado de los pies, lavado de manos antes y después de usar el W.C, frecuencia de cambio de ropa interior...
- Una vez conocidos los hábitos higiénicos y sus costumbres se establecerá la hora de la ducha, entre 8 y 9 h de la mañana. Se marcará un orden lógico de actuación; cabeza, tronco, brazos, piernas y genitales (teniendo en cuenta el sexo del residente).
- Se controlará y se supervisará el baño o ducha y se ayudará a los residentes que lo precisen. Se les animará a que participen en su propio aseo dependiendo del grado de incapacidad o independencia para el autocuidado. Las zonas destinadas a estas tareas deberán estar previamente acondicionadas; asideros, suelos o alfombrillas antideslizantes, banquetas...
- Periódicamente se controlará:



- El estado higiénico y la participación del residente.
- Los hábitos higiénicos adquiridos.
- El cuidado de los pies, la higiene del cabello, de la boca...

### Usuarios

Residentes del centro que necesiten o no ayuda para su autocuidado, dependiendo del grado de independencia.

### Temporalización

Desde el comienzo hasta su desarrollo tendrá una duración de 4 meses.

### Desarrollo del programa

- Se realiza una entrevista personal con el anciano recabando datos sobre sus hábitos higiénicos (boca, cuerpo, pies, uñas pelo), frecuencia y forma en que se realizan estos hábitos, se le informa cómo debe asearse, qué productos usar y de qué forma debe efectuarlo.
- Se establece un plan individualizado de higiene que se controla y se derivan y ordenan las actividades a realizar por el profesional.
- Se controla periódicamente que todas las acciones programadas se realicen correctamente y en sus tiempos.
- Se contempla la utilización de servicios especiales como peluquería y podólogo.

### Seguimiento del programa

Se utilizan los siguientes instrumentos:

- Control semanal de baños/ duchas señalados. Para ello se elabora una gráfica que recoja los datos representativos.
- Control de otras acciones de higiene como corte de uñas, pelo..., recomendados.

También se muestran en gráfica.

- Entrevistas periódicas con los residentes facilitándoles información sobre las actividades.
- Control diario de cambio de vestimenta y calzado comprobando que éstos sean los adecuados.

### Material

El necesario para cumplir con las tareas descritas: jabón, gel, cepillos, cepillo dental, esponja, vestimenta apropiada, toalla, registros gráficos.

### Evaluación

Tiene lugar mediante la comparación de escalas entre el inicio del programa y su seguimiento.

Las escalas utilizadas para desarrollar el programa serán el Índice de Barthel o ABVD y el EVA o escala de valoración de la autonomía funcional para el autocuidado.

También tiene lugar una observación del proceso higiénico diario; control de la ducha/ baño, el cambio de vestimenta, en fin, su propia imagen.

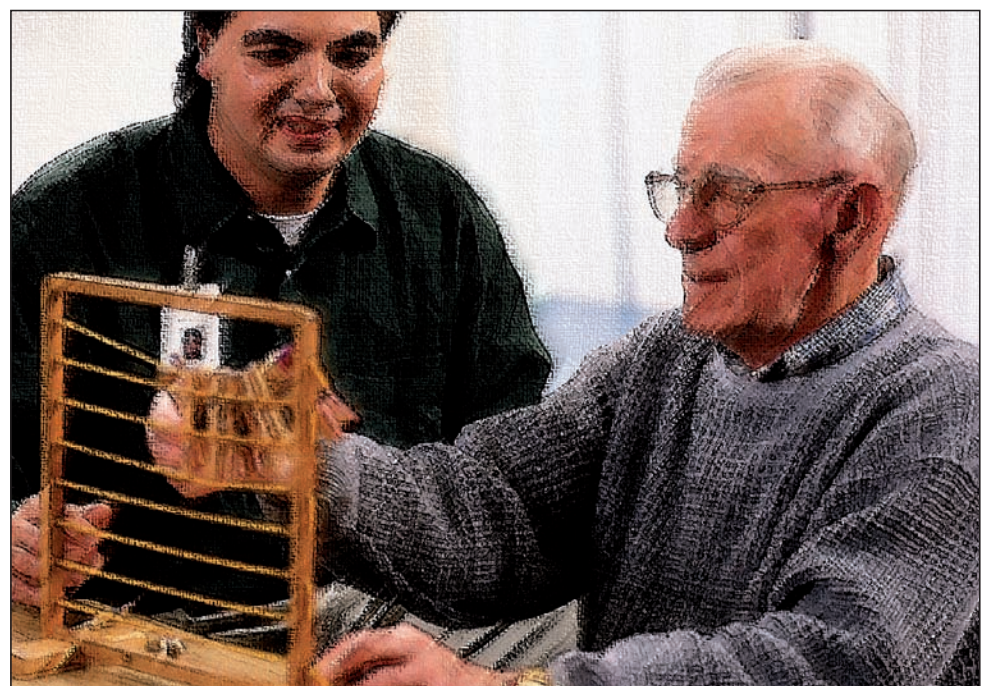
Se comprueba si existe o no déficit de autocuidado en higiene/ aseo y si existe o no riesgo de deterioro de la integridad cutánea.

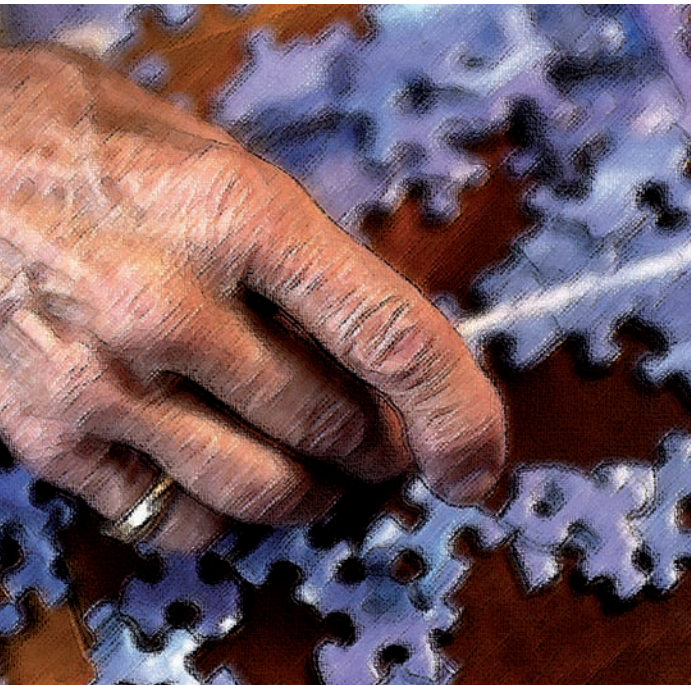
## Programa de formación Aula de Mayores

### Introducción

Las actividades que se realizan en este programa de formación no consisten en una didáctica magistral, puesto que no se pretende una formación de carácter puramente intelectual. Hay que programarlas con cuidado, y motivar a los residentes para que asistan y participen. La educación se concibe como prolongación de las habilidades de los mayores y de sus experiencias para intervenir en los problemas de la sociedad.

Los programas educativos dirigidos a las personas de la tercera edad deben ser conscientes de ese crecimiento intelectual, unido al de crecimiento personal que se consigue con la ayuda de un maestro. En una época en la que el tiempo dedicado al ocio es superior al de todas las épocas





anteriores, en la que se disponen de unos recursos económicos sin precedentes, hay que aceptar que el tiempo consagrado a la educación debe extenderse desde la infancia hasta la tercera edad. Estamos asistiendo al nacimiento de una sociedad dedicada al estudio.

“Uno se hace viejo cuando quiere, cuando se decide a envejecer. Mientras uno sigue empeñado en aprender algo sigue creciendo en experiencias. Siempre se tiene edad para una determinada actividad”.

Una necesidad es, por definición, aquello que le falta a una persona para conseguir sus fines, o para realizarse.

El deseo de realizar aquellos sueños de juventud no terminados o de llenar aquellas lagunas que todos tenemos en nuestra formación primaria, demasiado elemental y corta, hace que se desarrolle el sentido del aprendizaje.

### Objetivos

**General:** formar a las personas mayores que han carecido de medios apropiados para poder educarse. Personas que en su día no

podieron optar a una educación correcta, y, residentes cuyos conocimientos se han ido deteriorando con el tiempo.

### Específicos:

- Desarrollar el programa de formación entre los residentes carentes de una educación apropiada.
- Lograr una máxima participación entre los residentes implicados.
- Motivar a los participantes y ayudar a conseguir sus propias metas objetivas/subjetivas.

### Actividades

Cada sesión dura aproximadamente 45 min y durante las mismas los residentes realizan las actividades propuestas por el profesional que previamente ha realizado también dichas actividades.

Las sesiones constan en la práctica de lectura, copia/dictado y semántica (ejercicios didácticos apropiados a los residentes). Existe otra parte de la sesión dedicada a la práctica de las funciones matemáticas que consiste en la realización de sumas, restas, multiplicaciones... Según se va avanzando en el programa, tanto el número de ejercicios como el grado de dificultad aumentarán.

Todas las prácticas han sido elegidas mediante las necesidades planteadas por los residentes y cada sesión se supervisa y se controla por el profesional.

Con estas actividades se pretende motivar al residente y generar un clima de participación y compañerismo.

### Usuarios

El programa va dirigido a todos los residentes que deseen ampliar sus conocimientos y prácticas y se mantiene de manera voluntaria.

### Temporalización

El programa a desarrollar tendrá una duración de 4 meses.

### Desarrollo del programa:

- Existe una valoración de los ancianos a través de escalas. En este caso, se utilizan el MEC (Mini examen cognitivo de Lobo) y la escala de valoración SPMSQ.
- Se realiza una entrevista personal con el anciano recabando datos sobre su educación anterior, y se le pregunta si quiere participar en el programa.
- Se realizan una serie de pruebas escritas para conocer el grado de formación que posee. Dependiendo de la educación realizará una formación de manera individual o mediante técnicas grupales.
- Se controla periódicamente que todas las acciones programadas se realicen correctamente por los ancianos.

### Material

Se utilizan materiales imprescindibles para la práctica como bolígrafos, lapiceros, cuadernos, libros de fácil comprensión, cartillas de escolarización adecuadas para los residentes...

### Evaluación

Nos ayuda a conocer cómo progresan los residentes con el desarrollo del programa y en ella se evalúa:

- El sistema de trabajo empleado.
- Cumplimiento del programa de trabajo.
- Grado de participación en el desarrollo del programa.

### Las técnicas de evaluación consisten en:

- Observación del trabajo, conducta y desarrollo de los residentes.
- El análisis de las tareas o actividades realizadas.
- Pruebas objetivas de diagnóstico.

## Descripción de la sesión desarrollada en un día tipo

A las 8 h de la mañana se comienza con el primer programa implantado, "Higiene y Aseo corporal". Cada día de la semana el programa es desarrollado por distintos residentes. Se procede al inicio de las actividades, que variarán según el residente que las realice. Se controla y se supervisa el baño o ducha y se ayuda a los residentes que lo precisen.

Se examina el material necesario para comprobar que sea suficiente.

Se supervisa que todas las ayudas técnicas estén en buen estado y, se procede al baño.

Se enjabonan las zonas del cuerpo en un orden lógico; cabeza, tronco, brazos, piernas y genitales. Luego tiene lugar el aclarado.

Es muy importante practicar un secado suave y preciso, sobre todo de las zonas más sensibles, pudiendo sufrir alguna lesión de tipo cutáneo.

Se revisan el cabello, las uñas y la ropa, para que sea la adecuada, ayudando a vestirse a los residentes que lo necesiten.

Finalmente se registra el nombre del residente a quien se le ha practicado la ducha, la fecha, incidencias... La sesión finaliza sobre las 9:30 h, cuando comienzan los desayunos.

Mientras los residentes desayunan, se realiza la preparación de la sesión correspondiente al segundo programa "Aula de Mayores".

Al dar comienzo la sesión diaria se realiza un repaso de los conocimientos adquiridos el día o sesión anterior.

La sesión se inicia con la lectura de un texto de fácil comprensión y lenguaje, además de entretenido, para evitar cualquier tipo de distracción.

Luego se realizan ejercicios prácticos léxicos y gramáticos. Por ejemplo, colocación de fonemas



en una palabra...CAL MAR o realización de un círculo sobre palabras del texto, previamente leído, que posean alguna consonante citada o elegida.

Realizaremos también ejercicios matemáticos sin mayores complicaciones.

Más tarde procedemos a la corrección de ejercicios, de manera individual o colectiva.

La sesión tiene lugar con un equipo de 6 miembros alternando los días de procedimiento.

Equipo A L-X-V

Equipo B M-J

Rotando a la siguiente semana.

Para organizar los equipos se tiene en cuenta el nivel educativo de los residentes.

La sesión finaliza alrededor de las 11:30h.

Se realizan las anotaciones adecuadas y los registros sobre las sesiones impartidas ese día. ●

## Bibliografía

Neill J. Evaluación de los ancianos para los cuidados residenciales: guía práctica. Madrid:Fundación Caja de Madrid;1995.

Centros de día para personas mayores dependientes. Madrid:Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales;1996.

Cubero MV. La animación sociocultural: una alternativa para la tercera edad. Madrid:Siglo XXI;1991.

Manual de Residencias para las personas mayores. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. S.E Geriátría y Gerontología Ed Soc Ger Ed Barcelona.

Guillén F. Atención a personas mayores que viven en residencias. Protocolos de intervención psicosocial y sanitaria. Madrid: IMSERSO;1998.

Fernández Ballesteros R. SERA: Sistemas de evaluación de Residencias de ancianos. 2ª ed. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales;1997.

Ferrández A, Gairín J; Tejada, J. El proceso de aprendizaje adulto: Madrid: Ed. Diagrama;1990.

Cuidados en la vejez. El apoyo informal. Colectivo IOE/IMSERSO/CIS 2005

Martín García V. Educación y envejecimiento. Barcelona:Universitas-69 PPU;1994.

Subirats J. La vejez como oportunidad: un estudio sobre las políticas de tiempo libre dirigidas a la gente mayor. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales;1992.

Kroan RJ et al. La atención a las personas mayores. Madrid: Ministerio de Trabajo y asuntos Sociales;1993.

Jiménez P, Tordera M, Beltrán L. Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente. Madrid:Altamar Editorial;2005.

Jiménez P, Tordera M, Beltrán L. Programas de educación sanitaria. 2005.

Los mayores y el cuarto de baño. Ayudas técnicas para el aseo personal. En <http://www.youtube.com/watch?v=gohaQMhnnqI>

Fernández MI, Montorio I, Díaz P. Madrid. Cuando las personas mayores necesitan cuidarse. Guía para cuidadores y familiares. Madrid:Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales;2000.

Enciclopedia Enfermería Profesional. Madrid:McGraw Hill-Interamericana;1999.



# PROGRAMA DE FORMACIÓN A DISTANCIA 2010/2011



## PROGRAMA DE FORMACIÓN A DISTANCIA 2010/2011

### BOLETÍN DE MATRÍCULA (Cumplimentar con letra de imprenta)

(Enviarlo junto con justificante de ingreso y fotocopia del DNI por correo, no se admitirá vía fax, a : FAE C/Tomás López, 3-1º izq. 28009-Madrid)

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

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

	AFILIADO A SAE	NO AFILIADO
<input type="checkbox"/> <b>Bloque de ATENCIÓN DE ENFERMERÍA ANTE EL MALTRATO (150 h.- 10,9 créditos)</b> Atención del AE/TCE ante el maltrato. Módulo I: Maltrato infantil (50 h.- 5,1 créditos) Atención del AE/TCE ante el maltrato. Módulo II: Maltrato a la mujer (50 h.- 3 créditos) Atención del AE/TCE ante el maltrato. Módulo III: Maltrato a mayores (50 h.- 2,8 créditos)	110 €	180 €
<input type="checkbox"/> <b>Bloque de CUIDADOS PEDIÁTRICOS (105 h. - 11,2 créditos)</b> Cuidados materno-infantiles (65 h.- 7,7 créditos) Infecciones respiratorias pediátricas. Cuidados del AE/TCE (20 h.- 1,8 créditos) <b>CD</b> Cuidados del AE/TCE en los trastornos de la regulación de la temperatura en pediatría (20 h.- 1,7 créditos) <b>CD</b>	90 €	130 €
<input type="checkbox"/> <b>Bloque de TÉCNICAS HOSPITALARIAS (180 h.- 12,5 créditos)</b> Cuidados y técnicas para AE/TCE en Atención Especializada (65 h.- 5,4 créditos) Actuación del AE/TCE ante las enfermedades nosocomiales y aislamientos (65 h.- 3,6 créditos) Cuidados del AE/TCE en la unidad de urología (50 h.- 3,5 créditos)	125 €	195 €

**MATRÍCULA:** Abierta y permanente (durante el curso académico) **LÍMITE ALUMNOS:** 200 (por edición)  
**Forma de pago:** Mediante ingreso o transferencia a favor de "FAE" en el Banco Popular. C/C Nº 0075-0079-51-0601414663.  
**No se admitirá boletín alguno que no esté debidamente cumplimentado y que no vaya acompañado del pago correspondiente.**

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



## PROGRAMA DE FORMACIÓN A DISTANCIA 2010/2011 TÉCNICO EN FARMACIA

### BOLETÍN DE MATRÍCULA (Cumplimentar con letra de imprenta)

(Enviarlo junto con justificante de ingreso y fotocopia del DNI por correo, no se admitirá vía fax, a : FAE C/Tomás López, 3-1º izq. 28009-Madrid)

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

Marque con "X" la actividad deseada

	AFILIADO A SAE	NO AFILIADO
<input type="checkbox"/> Conocimientos básicos del medicamento, proceso L.A.D.M.E. y vías de administración (100 h.- 3,3 créditos)	99 €	129 €

**MATRÍCULA:** Abierta y permanente (durante el curso académico) **LÍMITE ALUMNOS:** 200 (por edición)  
**Forma de pago:** Mediante ingreso o transferencia a favor de "FAE" en el Banco Popular. C/C Nº 0075-0079-51-0601414663.  
**No se admitirá boletín alguno que no esté debidamente cumplimentado y que no vaya acompañado del pago correspondiente.**

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



### PROGRAMA DE FORMACIÓN A DISTANCIA 2010/2011

#### BOLETÍN DE MATRÍCULA (Cumplimentar con letra de imprenta)

(Enviarlo junto con justificante de ingreso y fotocopia del DNI por correo, no se admitirá vía fax, a: FAE C/Tomás López, 3-1º izq. 28009-Madrid)

Nombre y apellidos

N.I.F.

Domicilio  N°  Piso

Letra  Esc.:  C.P.  Localidad

Provincia  Tlf.:  Móvil

E-mail

Afiliado SAE:  Sí  No N° Afiliación

#### Marque con "X" la actividad o actividades deseadas

	AFILIADO A SAE	NO AFILIADO
<input type="checkbox"/> Anatomía y movilización de pacientes para AE/TCE (20 h.- 2,2 créditos) <b>SOLO EN CD</b>	25,00 €	34,00 €
<input type="checkbox"/> Actuación del AE/TCE ante las enfermedades nosocomiales y aislamientos (65 h.- 3,6 créditos)	57,00 €	81,00 €
<input type="checkbox"/> Actuación del AE/TCE en servicios especiales. Urgencias: Traumatismos y quemados (80 h.- 5,4 créditos)	69,00 €	93,00 €
<input type="checkbox"/> Actuación del AE/TCE en la unidad de urgencias pediátricas (100 h.- 7,8 créditos)	99,00 €	129,00 €
<input type="checkbox"/> Actualización en drogodependencias para AE/TCE (65 h.- 3,4 créditos)	57,00 €	81,00 €
<input type="checkbox"/> Atención del AE/TCE al paciente con alteraciones mentales (80 h.- 5,1 créditos)	69,00 €	93,00 €
<input type="checkbox"/> Atención del AE/TCE ante el maltrato. Módulo I: Maltrato infantil (50 h.- 5,1 créditos)	51,00 €	75,00 €
<input type="checkbox"/> Atención del AE/TCE ante el maltrato. Módulo II: Maltrato a la mujer (50 h.- 3 créditos)	51,00 €	75,00 €
<input type="checkbox"/> Atención del AE/TCE ante el maltrato. Módulo III: Maltrato a mayores (50 h.- 2,8 créditos)	51,00 €	75,00 €
<input type="checkbox"/> Conocimientos básicos del medicamento, proceso L.A.D.M.E. y vías de administración (100 h.- 3,3 créditos)	99,00 €	129,00 €
<input type="checkbox"/> Cuidados del TCE/AE al paciente infeccioso (20 h.- 2,2 créditos) <b>SÓLO EN CD</b>	25,00 €	34,00 €
<input type="checkbox"/> Cuidados del AE/TCE ante la globalización de las enfermedades (50 h.- 3,5 créditos)	51,00 €	75,00 €
<input type="checkbox"/> Cuidados del TCE/AE en la unidad de urología (50 h.- 3,5 créditos)	51,00 €	75,00 €
<input type="checkbox"/> Cuidados del TCE/AE en los trastornos de la regulación de la temperatura en pediatría (20 h.- 1,7 créditos) <b>SÓLO EN CD</b>	25,00 €	34,00 €
<input type="checkbox"/> Cuidados intensivos (40 h.- 6,6 créditos)	45,00 €	70,00 €
<input type="checkbox"/> Cuidados materno-infantiles (65 h.- 7,7 créditos)	57,00 €	81,00 €
<input type="checkbox"/> Cuidados y técnicas para AE/TCE en Atención Especializada (65 h.- 5,4 créditos)	57,00 €	81,00 €
<input type="checkbox"/> Cuidados y técnicas del AE/TCE en pruebas diagnósticas para laboratorio (65 h.- 4,6 créditos)	57,00 €	81,00 €
<input type="checkbox"/> El AE/TCE ante las necesidades de alimentación y nutrición del paciente (20 h.- 2,3 créditos) <b>SÓLO EN CD</b>	25,00 €	34,00 €
<input type="checkbox"/> El AE/TCE en servicios especiales: área quirúrgica (50 h.- 5,4 créditos)	51,00 €	75,00 €
<input type="checkbox"/> El AE/TCE en servicios especiales: urgencias cardiorrespiratorias (65 h.- 4,5 créditos)	57,00 €	81,00 €
<input type="checkbox"/> El TCE/AE en servicios especiales: urgencias urológicas (80 h.- 4,1 créditos)	69,00 €	93,00 €
<input type="checkbox"/> Farmacología básica para AE/TCE (40 h.- 2,7 créditos)	45,00 €	70,00 €
<input type="checkbox"/> Infecciones respiratorias pediátricas. Cuidados del TCE/AE (20 h.- 1,8 créditos) <b>SÓLO EN CD</b>	25,00 €	34,00 €
<input type="checkbox"/> Técnicas de desinfección y esterilización para AE/TCE (20 h.- 2,6 créditos) <b>SÓLO EN CD</b>	25,00 €	34,00 €
<input type="checkbox"/> Úlceras por presión (65 h.- 7,9 créditos)	57,00 €	81,00 €

**MATRÍCULA:** Abierta y permanente (durante el curso académico) **LÍMITE ALUMNOS:** 200 (por edición)

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

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

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

## ➤ Lecturas

### Hemingway, días de vino y muerte

- **Autor:** Michael Atkinson
- **Editorial:** La Factoría de Ideas
- **Precio:** 19,95 euros

Cogiendo como escenario la Guerra Civil española, Michael Atkinson nos cuenta en su séptima novela el camino que Ernest Hemingway se abre entre las bombas y los cadáveres durante su estancia en España para cubrir el acontecimiento bélico

con el fin de descubrir quién mató a José Robles Pazos, un burócrata del Frente Popular y amigo suyo desde la Primera Guerra Mundial. En

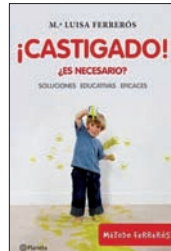
su andadura, Atkinson sitúa junto a Hemingway al escritor John Dos Passos; ambos se adentrarán a través de una escritura inteligente y apasionada en la oscuridad que ambienta todo buen thriller de espionaje y en la historia literaria de una de las novelas más conocidas del protagonista.

### ¡Castigado!

- **Autor:** María Luisa Ferrerós
- **Editorial:** Planeta. Colección Práctica
- **Precio:** 19 euros

La psicóloga infantil María Luisa Ferrerós recoge en ¡Castigado! una forma nueva para educar y corregir a nuestros hijos. Se trata de una guía fundamental de educación infantil indispensable para aprender a establecer límites a los hijos. Ante cuestiones como ¿es

necesario castigar?, ¿es efectivo?, la psicopedagoga propone educar en la realidad y que cada conducta tenga una consecuencia real que vaya dirigiendo al niño y seleccionando los comportamientos adecuados.



Para Ferrerós la disciplina es necesaria para educar, pero no debe hacerse desde la imposición y el miedo, sino desde la reflexión y la comunicación.

Para ayudarnos a conseguirlo, ¡Castigado! ofrece un compendio de ejemplos prácticos que convierten la publicación en un manual por edades, desde los cero a los 17 años, básico para padres primerizos y toda una ayuda para los más avanzados.

### Ratas de Montsouris

- **Autor:** Léo Malet
- **Editorial:** Libros del Asteroide
- **Precio:** 16,95 euros

*Ratas de Montsouris* pertenece a la serie Les Nouveaux Mystères de París, que Léo Malet, uno de los padres de la novela negra francesa, dedicó a los distintos distritos de la ciudad.



Publicada en 1955, *Ratas de Montsouris* traslada al detective privado Nestor Burma, que apareció por primera vez en *Calle de la Estación, 120* y que terminaría protagonizando más de una treintena de títulos, al Distrito del Observatorio parisino en los años posteriores a la Segunda Guerra Mundial.

En esta ocasión, Burma investiga el misterioso asesinato de un ex presidiario al que conoció durante la guerra. Para esclarecer la muerte de su amigo entra en contacto con coleccionistas de arte, magistrados, locos poetas surrealistas y un París fascinante y poco conocido. Libros del Asteroide traduce por primera vez al castellano *Ratas de Montsouris*, una de las mejores novelas de Malet.

## ➤ Publicación

### Manual General Técnicos en Cuidados de Enfermería (Auxiliar de Enfermería)

- **Editan:** SAE y FAE
- **Precio (incluidos gastos de envío):** 88 euros afiliados y 103,50 no afiliados

El Sindicato de Técnicos de Enfermería (SAE) y la Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería (FAE) han publicado una completa enciclopedia de 3 tomos que recoge toda la información y materias básicas para el desarrollo profesional y laboral del Técnico en Cuidados de Enfermería. Los profesionales de la enfermería básica podrán, además, realizar una amplia variedad de cuestionarios que les permitirán adquirir habilidades y destrezas para la resolución de todos aquellos episodios a los que se tengan que enfrentar en sus servicios asistenciales. Los profesionales interesados en esta indispensable obra para el Técnico en Cuidados de Enfermería, podrán



solicitarla a través del correo electrónico [administracion@fundacionfae.org](mailto:administracion@fundacionfae.org)

## ➤ Exposición

### La Barcelona de Brangulí



- **Lugar:** Centro de Cultura Contemporánea de Barcelona (CCCB)
- **Fecha:** hasta el 23 de octubre de 2011
- **Precio:** 4,50 euros
- **Más Información:** [www.cccb.es](http://www.cccb.es)

A través de 300 imágenes, agrupadas en bloques temáticos y material originario de la época, el Centro de Cultura Contemporánea de Barcelona alberga, hasta el próximo 23 de octubre, una retrospectiva de la obra que el fotógrafo barcelonés Josep Brangulí Soler realizó entre los años 1909 y 1945. Las instantáneas se centran en las grandes transformaciones que sufrió la ciudad y la sociedad catalana durante este período. Para ello, la muestra mantiene la estructura temática del archivo del fotógrafo y refleja la diversidad y el tratamiento seriado que el autor otorgó a los temas, entre los que destacan la Semana Trágica, talleres artesanos, juegos, construcción de barcos, escuelas, industria exterior e interior, paisaje urbano, etc. ●

# FORMACIÓN



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



**PRECIO**  
(incluidos gastos de envío)

**AFILIADOS:**  
**88 EUROS**

**NO AFILIADOS:**  
**103, 50 EUROS**

Los pedidos se harán a FAE a través del correo electrónico:

[administracion@fundacionfae.org](mailto:administracion@fundacionfae.org)

¿QUIERES QUE TE  
RECONOZCAN LOS CUIDADOS  
QUE PRESTAS AL PACIENTE?



**¡¡ REGÍSTRALOS !!**

ES UN DERECHO,  
ES UN DEBER

**S.A.E**

SINDICATO DE AUXILIARES DE ENFERMERÍA