



Número 67 2012

Revista cuatrimestral

Dossier

El procedimiento ético

Separata

Relaciones de trabajo en el ámbito sanitario

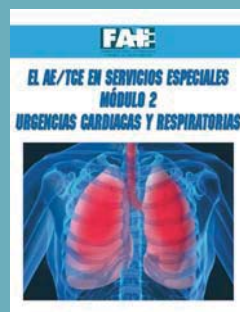
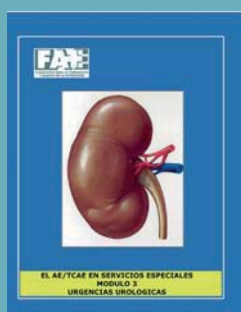
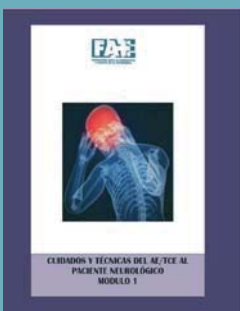
La enfermedad de Niemann Pick

Certamen FAE

Barreras que encuentra un Técnico en Cuidados de Enfermería/AE en la lucha contra el cáncer infantil, desde un servicio de voluntariado de Cruz Roja



LÍNEA EDITORIAL DE FAE



*** PRECIO DE CADA EJEMPLAR**

Afiliados: 15 €

No afiliados: 20 €

Los pedidos de libros se harán a través del correo electrónico pedidos@fundacionfae.org o del fax 91 521 53 83

*Los gastos de envío a Canarias, Ceuta y Melilla correrán por cuenta del afiliado

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



* **PRECIO** (incluidos gastos de envío)

Obra completa: 88 € afiliados 103,50 € no afiliados

Volúmenes I y II: 60 € afiliados 75 € no afiliados

Test: 30 € afiliados 40 € no afiliados

OFERTAS PÚBLICAS DE EMPLEO

PREPARA LA OPE PARA TCE/AE CON FAE
PORQUE FAE TE LO PONE FÁCIL

- * ARAGÓN
- * MADRID
- * PAÍS VASCO
- * EXTREMADURA
- * IMSERSO
- * CANARIAS

* PRECIOS

ARAGÓN

IASS ARAGÓN
SALUD ARAGÓN

83 € afiliados 97 € no afiliados
85 € afiliados 100 € no afiliados

MADRID

Temario para personal laboral

79 € afiliados 113 € no afiliados

PAÍS VASCO

Obra completa
OPCIONAL: Simulacros de examen

90 € afiliados 120 € no afiliados
10 € afiliados 14 € no afiliados

EXTREMADURA

Obra completa
OPCIONAL: Simulacros de examen

90 € afiliados 100 € no afiliados
20 € afiliados 22,50 € no afiliados

IMSERSO (promoción interna y turno libre)

Específico
Test

27 € afiliados 34 € no afiliados
14 € afiliados 17 € no afiliados

CANARIAS

Obra completa
OPCIONAL: Simulacros de examen

77 € afiliados 85 € no afiliados
23 € afiliados 27 € no afiliados

*Para más información sobre temarios, test y sus respectivos precios, dirígete a FAE.



Consigue las obras completas en las secciones sindicales de cada Autonomía o solicítalas en FAE a través del correo electrónico pedidos@fundacionfae.org o del fax 91 521 53 83

* Los gastos de envío a Canarias, Ceuta y Melilla correrán por cuenta del afiliado

XXIII

CONGRESO NACIONAL DE TÉCNICOS EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA A/E

GRANADA 6, 7 y 8 DE JUNIO DE 2012

Intervención del TCE/AE en Cuidados Paliativos

EL ARTE DE CUIDAR



Editorial

Independientemente de la unidad o servicio hospitalario en que desarrollen su trabajo, los profesionales sanitarios deben profesar al paciente unos cuidados asistenciales encaminados a curar su enfermedad, calmar su malestar y garantizar su bienestar.

Esta premisa cobra especial relevancia cuando un paciente ingresa en la unidad de Cuidados Paliativos, pues ésta requiere de los profesionales una especial sensibilidad, compromiso y mayor nivel de formación, ya que los pacientes, además del derecho a recibir una atención de calidad, tienen unas necesidades asistenciales más complejas e intensivas.

Así, los profesionales sanitarios deben trabajar por aliviar sus síntomas, deben mantener una fluida comunicación y apoyo emocional con el enfermo y tienen que actuar como soporte en decisiones éticas y como conexión entre diferentes recursos.

La edad y las causas de muerte de las personas que fallecen anualmente en España permiten estimar que entre un 50 y un 60% de las mismas lo hacen tras pasar por una etapa avanzada y terminal.

Garantizar la dignidad de todas estas personas y dotarlas de una atención especializada es función del equipo de profesionales —conformado por médicos, enfermeros y Técnicos en Cuidados de Enfermería—, quien en todo momento contará con el apoyo de trabajadores sociales, psicólogos y dietista/nutricionista, entre otros colectivos.

La cercanía que los Técnicos en Cuidados de Enfermería tienen con los pacientes y sus familiares en todas las parcelas asistenciales, le convierten en el profesional más adecuado para cuidar al enfermo terminal y empatizar con su familia. Por ello, la vigésimo tercera edición del Congreso Nacional, organizado por FAE y SAE, tiene entre sus objetivos ofrecer al TCE la oportunidad de actualizar y ampliar su formación en Cuidados Paliativos.

A través de un completo programa científico, en el que participarán relevantes profesionales expertos en este campo asistencial, el XXIII Congreso Nacional analizará durante tres jornadas todos los aspectos que conciernen a la intervención de los profesionales Técnicos en Cuidados de Enfermería en la unidad de Cuidados Paliativos, donde cuidar al paciente y a su familia se convierte en un arte. •

Noticias del Mundo Médico



El ibuprofeno ha cumplido 50 años... 4

... Y el Sintrom ya tiene sustituto 4

Reportaje

Silencio, por favor 5



Separata Relaciones de trabajo en el ámbito sanitario 8

Separata

La enfermedad de Niemann Pick 14



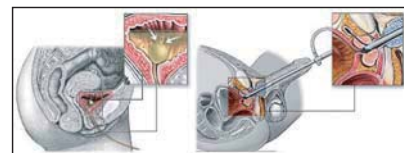
Dossier

El procedimiento ético 17

Certamen FAE

Barreras que encuentra un Técnico en Cuidados de Enfermería/AE en la lucha contra el cáncer infantil, desde un servicio de voluntariado de Cruz Roja (II) 23

Actividad Acreditada



Cuidados y técnicas del TCE/AE en el sondaje vesical 28



Congreso FAE Granada acogerá el XXIII Congreso Nacional de TCE 34



Ocio 38



CONSEJO EDITORIAL DE NOSOCOMIO
DIRECTORA. Dolores Martínez Márquez
REDACCIÓN. Montse García, Cristina Botello
COMITÉ CIENTÍFICO. Iván Flores García, M^a 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, 1^o 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 2012 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- 2^o 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.

El **ibuprofeno** ha **cumplido 50 años...**

El ibuprofeno fue noticia el pasado mes de diciembre cuando celebró su 50 aniversario. El farmacéutico de Boots, Stewart Adams y sus colegas lo descubrieron en un laboratorio de Nottingham en 1961 y, en un principio, estaba orientado para tratar la artritis reumatoide. Forma, junto con la aspirina y el paracetamol, el trípode la automedicación. No en balde, los tres están incluidos en la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la Organización Mundial de la Salud y, a diferencia de la mayoría de los medicamentos a los que llegamos por indicación del médico, éstos se encuentran en cualquier botiquín doméstico. Tanto que en algunos países es fácil encontrarlo en puntos de venta como supermercados o quioscos.

El ibuprofeno forma parte de los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) que son un grupo variado y químicamente heterogéneo de fármacos (principalmente antiinflamatorios, analgésicos y antipiréticos). Se utilizan para el tratamiento del dolor de intensidad leve o

moderada y para reducir la fiebre e, incluso, algunas personas lo consumen no encontrándose mal.

Existe una gran variedad de aplicaciones y presentaciones, se distribuye bajo una treintena de nombres comerciales y diversas opciones entre las que hay cápsulas, comprimidos, sobres, supositorios...



Puede que aquí radique una parte de su popularidad, dado que en los 10 primeros meses de 2011 se habían vendido en España 89 millones de envases de ibuprofeno, según datos de la consultora IMS Health.

Su popularidad es tal que una de las conclusiones de un estudio que en el año 2006 realizó el Colegio de Farmacéuticos de Madrid recogía que el 65% de las personas que toman ibuprofeno lo hacen en exceso, y probablemente en gran cantidad de casos ante la mínima muestra de molestias.

Tiene, como la mayoría de los productos, efectos secundarios que pueden ser severos si se abusa de él, como daño renal, principalmente. Por eso, a pesar de su medio siglo de existencia, se siguen investigando sus efectos y se busca mejorar el producto para evitarlos en todo lo posible. ●

... Y el **Sintrom** ya tiene **sustituto**

Los pacientes con fibrilación auricular llevan seis décadas tomando antagonistas de la vitamina K para evitar que un trombo les provoque un grave ictus. El principio activo de los mismos es la warfarina o acenocumarol, y a pesar de ser consumido por un millón de personas en España, pocos lo reconocen de otra forma que no sea su nombre comercial: Sintrom.

Uno de los problemas del Sintrom es la exigencia de someterse a controles de coagulación cada cuatro semanas y el riesgo de que pierda efectividad en combinación con muchos otros medicamentos. Se da la circunstancia de que la gran mayoría de sus consumidores tienen entre 65 y 75 años, con lo que es habitual que los afectados tomen, además, antiinflamatorios, antidepresivos o antibióticos.

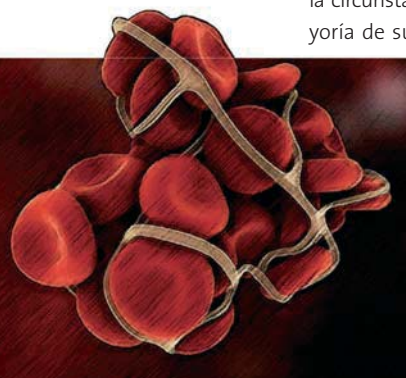
Tras más de 60 años sin avances espectaculares y utilizando anticoagulantes con peligrosas interacciones

con la dieta u otros fármacos y controles periódicos, se ha desarrollado una nueva generación de terapias que evitan de forma eficaz un ictus en pacientes que sufren fibrilación auricular. El popular fármaco puede verse superado por una nueva generación de anticoagulantes orales como dabigatrán, rivaroxaban y apixaban.

Aunque está disponible en las farmacias desde el pasado mes de noviembre, los médicos no están modificando los tratamientos. El filtro de Sanidad se hace por el elevado precio del medicamento, ya que el nuevo anticoagulante cuesta 63 euros mensuales frente a los 3 del antiguo.

La gran ventaja de estos nuevos fármacos es que el paciente gana en calidad de vida y el médico en seguridad. Aunque para los pacientes supondrá un cambio radical en su tratamiento, en una primera fase no se ofrecerá a todos los enfermos que ya toman Sintrom. De momento, se reservará para los pacientes que no están bien controlados con la medicación actual, aproximadamente un 20%.

No obstante, a medio y largo plazo se conseguirían ahorros al eliminar los análisis de sangre exigidos y descongestionar las consultas de los centros de salud. Asimismo, los expertos apuntan a que la irrupción de los nuevos tratamientos podría suponer un ahorro para el maltrecho sistema sanitario como consecuencia de un mejor número de monitorizaciones a los pacientes, menos complicaciones, menos invalidez debida al ictus, bajas laborales, etc... y que, en definitiva, se traducen en una reducción de costes. ●



Silencio, por favor

El ruido, definido como un sonido inarticulado y confuso más o menos fuerte, está incluido dentro de los elementos contaminantes que influyen desfavorablemente en el medio ambiente y que, en algunos casos, resulta nocivo para la salud del hombre. Los daños causados por el ruido excesivo pueden ser de orden fisiológico o psicofisiológico y tienen una incidencia cada vez mayor, sobre todo en ciertos sectores profesionales.

En los centros hospitalarios un ambiente libre por completo de ruidos es, prácticamente, imposible: hay llamadas de los pacientes, portazos, alarmas, chirridos de camillas e inevitables conversaciones. Además, los niveles de ruido se mantienen las 24 horas del día, en parte, por los sistemas de ventilación que funcionan a toda potencia y la proliferación de aparatos electrónicos equipados con señales acústicas.

Es evidente que estas particularidades son inevitables pero hay una gran parte de ruido, tan innecesario como evitable, estrechamente relacionado con el comportamiento individual y la escasa concienciación por parte de todos de la necesidad de minimizarlo.

■ **Las conversaciones en voz alta, las visitas demasiado frecuentes en las habitaciones,** el uso abusivo de los teléfonos móviles, aparatos de televisión... son actuaciones que, sin darnos cuenta, están impidiendo el ambiente relajado y saludable que permitiría acelerar la recuperación del enfermo, por un lado, y mejorar el rendimiento de los profesionales, por el otro.

■ **Diversos estudios han demostrado que el ruido ocasiona un aumento en el pulso de los pacientes,** patrones de trastorno en el sueño o alteraciones en las funciones inmunológicas. Entre el personal, el mayor nivel de ruido está asociado con las horas de mayor trabajo, aumento en los grados de enojo, estrés y agotamiento laboral.

■ **Profesionales de enfermería del Área de Urgencias y Cuidados Críticos del Hospital Civil de Málaga elaboraron un 'mapa de ruidos' de las zonas de Urgencias y Cuidados Críticos** del centro sanitario, realizando mediciones con un sonómetro durante dos meses, con el fin de detectar los focos de mayor volumen de ruido y recomendar actuaciones concretas en estas áreas. Según sus conclusiones, es en los espacios de entrada de pacientes donde se han localizado las principales fuentes de ruido, así como en los pasillos y en si-

tuaciones concretas, durante el horario de visitas, los cambios de turno de profesionales o el aviso a los pacientes con o sin megafonía.

■ **Su trabajo 'El silencio es salud' fue premiado en la categoría de Innovación Organizativa en el IV Concurso de Ideas Innovadoras,** organizado por el Banco de Prácticas Innovadoras de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Presentaron, asimismo, un conjunto de medidas orientadas a la disminución del volumen de ruido en el hospital, favoreciendo así, tanto el descanso y comodidad

- Palabras clave:**
- Contaminación acústica
 - Mimo
 - Disminuir ruido





Hay una gran parte de ruido, tan innecesario como evitable, estrechamente relacionado con el comportamiento individual y la escasa concienciación por parte de todos de la necesidad de minimizarlo

del paciente durante su estancia hospitalaria, como el trabajo de los profesionales en un entorno más cómodo.

■ **Estas propuestas buscan sensibilizar a los profesionales,** pacientes y familiares de la necesidad de disminuir el tono de voz durante su estancia en el hospital, respetar los horarios de visitas y el control sobre el número de personas que

pueden acompañar al paciente durante su ingreso, así como eliminar en la medida de lo posible las fuentes de ruidos, como teléfonos móviles y alarmas, entre otros.

Aplicación de medidas concretas

Para conseguir una reducción del nivel de ruido, se han planteado acciones concretas como informar a pacientes, familiares y profesionales de la importancia de mantener un nivel de voz más bajo en el hospital, limitar y hacer un uso adecuado de la megafonía, e indicar a los pacientes y a los familiares que eviten permanecer en los pasillos.

Asimismo, el Hospital Regional de Málaga puso en marcha el pasado mes de noviembre el proyecto “Un hospital sin ruidos” en el Área Pediátrica del Hospital Materno-Infantil con la finalidad de respetar el derecho al descanso de los pacientes y mejorar el ambiente de trabajo de los profesionales, consiguiendo un espacio más relajado y saludable.

Dentro de este proyecto, que surge en el seno de la Comisión de Actividades Lúdicas del Materno-Infantil, se han establecido una serie de acciones entre las que se encuentran el diseño de cartelería específica y las actuaciones de varios mimos.

■ **Un cartel, del dibujante Ángel Idígoras, cuyo lema es “Habla bajito”, ha sido traducido a cinco idiomas** (inglés, francés, alemán, árabe y ruso) y muestra la imagen de una niña que le susurra algo a un niño, con la que el autor ha querido transmitir la idea de que es posible comunicarnos de forma efectiva sin necesidad de hablar con un tono de voz elevado.

■ **En esta iniciativa participan, además, voluntarios de las asociaciones Todo por una sonrisa** y la Asociación de Voluntarios de Oncología Infantil (AVOI). Los voluntarios de la Asociación de Voluntarios de Oncología Infantil (AVOI) tienen una presencia permanente y diaria en el hospital y miembros



de Todo por una sonrisa visitan todas las semanas a los niños ingresados.

Un día a la semana los mimos Carolina, Desirée y Fran, voluntarios de las asociaciones mencionadas, recorren las unidades del hospital en horario de mañana o tarde y, mediante el lenguaje corporal y gestual, van recordando a todos la necesidad de que el ruido ambiente —tono de voz, sonido de los móviles o volumen del televisor— se reduzca, fomentando la necesidad de hablar bajito que es el lema de la campaña “Hospital sin Ruido”.

Desirée, uno de estos mimos, manifiesta que “la experiencia está siendo muy positiva. Tanto los familiares como el personal del hospital nos reciben muy bien. Creo que el personaje del mimo ha sido un acierto y nos dicen que el traje les gusta mucho”.

“Cuando llegamos a una habitación, pasillo o control de planta y vemos que el ambiente es silencioso reforzamos la actitud con gestos de alegría o signos de aprobación. Al contrario, cuando el ambiente es más bien ruidoso nos llevamos las manos a las orejas o a la frente indicando que nos duele la cabeza. Son los propios familiares quienes bajan el volumen del televisor”.

“Si hay algún sonido de móvil o alguien hablando en un tono muy fuerte hacemos una caricatura sutil de la escena entre los mimos. Lo reciben bien, no se molestan y se dan cuenta de lo que pretendemos. También, en alguna ocasión ha ocurrido que el niño ingresado no ha entendido lo que queríamos decir con nuestros gestos cuando entramos en la habitación y ha sido el familiar quien ha dicho: nos dicen que hablemos bajito para que los niños podáis descansar”.

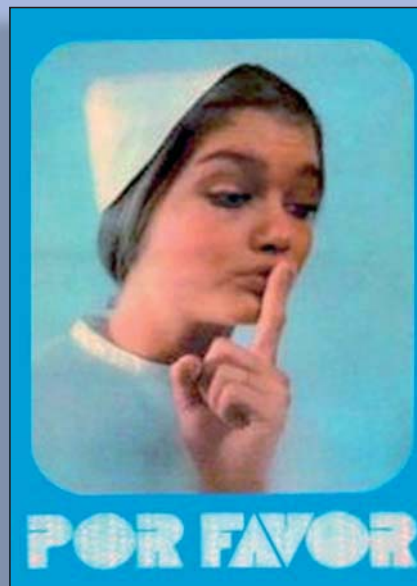
Además, los artistas premian el buen comportamiento de los usuarios con gestos de alegría y condecorando con estrellitas a quienes respetan el silencio.

Aparte de las asociaciones de voluntarios, en este proyecto han

Una imagen clásica

Recordar la necesidad de evitar el exceso de ruido en los hospitales ha sido una constante desde hace años. Sin duda, todos recordamos alguno de esos pósters en que una enfermera nos pedía silencio en una imagen que se ha convertido en un icono de las décadas de los setenta ochenta. Sin embargo, iniciativas como la que se está llevando a cabo en el Hospital Regional de Málaga indican que inculcar la cultura del silencio no es tarea fácil en nuestra sociedad y requiere importantes cambios en costumbre muy arraigadas.

Es un proyecto difícil y ambicioso, pero respetar el derecho al descanso de los pacientes ingresados es responsabilidad de todos.



colaborado las costureras del Materno Infantil, Isabel y Trinidad, que confeccionaron los trajes de mimo que Desirée había diseñado.

■ **Fuentes del centro malagueño reconocen que “el objetivo es ambicioso pues inculcar la cultura del silencio no es tarea fácil en nuestra sociedad** y requiere cambios importantes; costumbres muy arraigadas, como “vocear el nombre de alguien”, el volumen muy alto del sonido de los televisores de las salas y habitaciones, o las sintonías de llamada de los teléfonos móviles son ruidos innecesarios y evitables”.

El proyecto global nace con la incorporación de las nuevas normas de acompañantes y visitas en las que trabajaron de forma conjunta profesionales del centro sanitario y representantes de asociaciones de pacientes y usuarios.

Hay pendientes algunas acciones más, como puntos de lectura que se entregarán a los pacientes en el momento del ingreso, y también talleres, seminarios o conferencias orientadas a sensibilizar a toda la población tanto a los profesionales como a los ciudadanos con el mismo objetivo: disminuir el ruido ambiental en los centros. Reconocen, igualmen-

Para conseguir una reducción del nivel de ruido, se han planteado acciones concretas como informar a pacientes, familiares y profesionales de la importancia de mantener un nivel de voz más bajo en el hospital

te, que lo más difícil es disponer de suficientes mimos/voluntarios para que recorran, al menos un día a la semana, los diferentes centros que integran el Hospital Regional de Málaga.

■ **Reconocen, asimismo, que “disminuir el nivel de voz en los centros sanitarios va a requerir un gran esfuerzo por parte de todos,** profesionales, usuarios y visitantes, aunque no es tan costoso en términos económicos en comparación con otras actuaciones que sería necesario implantar de forma progresiva y que no se descartan para un futuro”.

Asimismo, está también previsto incorporar otras actividades —como talleres de cine, conferencias o seminarios— que comuniquen los beneficios de un ambiente sin contaminación acústica. ●

Relaciones de trabajo en el ámbito sanitario

Los Técnicos en Cuidados de Enfermería/AE debemos conocer la estructura y la dinámica de las relaciones de trabajo en grupo, y aprender a manejar las herramientas para afrontar los conflictos inherentes al trabajo en equipo y conseguir así adoptar unas actitudes de colaboración positivas entre todos nosotros.

Introducción

Cualquier relación de trabajo requiere una comunicación interpersonal, un fenómeno de enorme complejidad, ya que pueden surgir problemas y trastornos que alteren el contenido o el sentido de la comunicación, dando lugar a errores, malentendidos y conflictos. El ámbito sanitario es, en este sentido, un entorno complejo en el que la comunicación y las relaciones constituyen un elemento

esencial desde el punto de vista humano y técnico.

Como dice Amando de Miguel (1996), “el reino del lenguaje es el de la humanísima confusión”.

La formación del grupo

Cualquiera que sea el entorno laboral y social en el que nos encontremos, solemos estar vinculados, de un modo u otro, a un conjunto de personas: el grupo. Todo grupo debe cumplir, al menos, tres requisitos: que sus miembros se identifiquen como tales, que compartan un objetivo en común, y que exista una organización que permita una actividad coordinada.

Los grupos se pueden clasificar, según criterios, en grandes o pequeños, espontáneos o artificiales, etc... En nuestro ámbito en concreto, el equipo sanitario constituye un grupo de trabajo útil cuyo vínculo con los pacientes y familiares implica un importante componente afectivo.

El funcionamiento óptimo de ese grupo se logra en función de una adecuada distribución de las tareas y obligaciones en convivencia: la colaboración. Pero se ha observado que cuando se forma un grupo, sus diferentes componentes atraviesan las siguientes fases:

1. Aceptación: cuando una persona va a integrarse en un grupo, lo primero que se plantea es si será aceptado. Esto depende de la inseguridad que se tenga respeto a las personas y a la labor que presumiblemente se vaya a desempeñar en el grupo.

2. Grado de apertura: cada miembro deseará conocer hasta dónde puede llegar su sinceridad con sus compañeros. En la medida en que el clima de desconfianza sea mayor, menor será la información que cada uno esté dispuesto a dar.

3. Objetivos: se trata de plantear qué podemos conseguir formando un grupo. Fijar el objetivo es asentar la orientación y el sentido del trabajo en grupo, y por tanto, la naturaleza de su coherencia.

4. Organización: para que un grupo de personas pueda realizar los objetivos trazados debe planificarse el reparto de funciones y tareas de cada uno de sus miembros: a esto se le llama asignación de roles. La consecuencia inmediata de dicha asignación es la configuración del estatus de cada uno de sus miembros, es decir, de su nivel de poder, rango y prestigio dentro del grupo. El ejemplo típico es el servicio hospitalario, que se encuentra jerarquizado: jefe de servicio, médicos adjuntos,



enfermeras, Técnicos en Cuidados de Enfermería/AE, celadores, etc...

La organización requiere el seguimiento de una serie de normas que garantizan el buen funcionamiento del grupo.

Por último, dentro de este apartado hay que señalar la importancia que tiene el entorno físico en el que se desenvuelve el grupo. Todos hemos experimentado en alguna ocasión lo desagradable que resulta la realización de tareas en unas instalaciones precarias, defectuosas o inhóspitas (falta de espacio, de calefacción suficiente, de aire acondicionado). Las malas condiciones afectan psicológicamente al personal, pudiendo influir negativamente en el estado de ánimo general y en el rendimiento global.

5. Realización: cuando el grupo consigue superar las anteriores fases de formación y consolidación, hay un momento en el que todos los esfuerzos se dedican única y exclusivamente a lograr los objetivos planificados. Pero las cosas pueden no ir todo lo bien que se desea en función de los múltiples problemas planteados (enfrentamientos, desacuerdos, mal entorno físico). Además, habría que añadir aquí los abusos que algunos de sus miembros pueden perpetrar, en el sentido de trabajar menos que los demás. Es lo que se llama holgazanería social.

6. Control. El adecuado control se alcanza una vez se han consolidado las cuatro primeras fases; si son deficientes, surgen conflictos comunes: discusiones, tensiones, etc....

La figura del líder

Desde el punto de vista de la inteligencia emocional, el líder debe reunir las siguientes capacidades:

- **Organizar y coordinar** un grupo de trabajo.
- **Establecer conexiones personales** que aseguren una buena cohesión entre los miembros del equipo.

- **Detectar sentimientos**, problemas e inquietudes a partir de una adecuada empatía interpersonal.

- **Estimular a los subordinados** mediante el empleo del feedback positivo en las críticas sobre el trabajo realizado.

El líder debe equilibrar estos requisitos con una coherencia consigo mismo. Hay personas que son capaces de ser amables incluso con aquellos a quienes detestan. A largo plazo, esta diferencia entre sentimientos y apariencias es negativa para la propia estabilidad emocional del líder.

Casi seguro que no podrá evitar conflictos y enfrentamientos entre dos o más componentes, o entre éstos y el líder. A. Ordóñez Gallego (1996) enuncia tres ideas que me parece interesante añadir aquí:

- **Se puede decir mucho** de un grupo observando a su líder.
- **A medida que aumenta la participación**, disminuye la necesidad de liderazgo.
- **Las controversias** en un grupo son, a menudo, el resultado de conflictos emocionales dentro del mismo y poco tienen que ver con las cuestiones intelectuales implicadas.

La colaboración

Es el trabajo conjunto que los miembros de un grupo desarrollan para conseguir un objetivo determinado. No se trata únicamente de dedicarse a una parcela propia asignada previamente, sino, además, de influir sobre el trabajo de los compañeros, en el sentido de asesorar, criticar, y ayudar en todo lo que sea posible.

Es fácil que estos principios se desvirtúen en el trabajo diario; no es raro que unos trabajen más que otros y que éstos últimos se excusen para no aportar el mismo esfuerzo, etc..., lo que al final po-



dría poner en peligro el trabajo en grupo. Por ello, debemos tener en cuenta los siguientes requisitos para una buena colaboración:

- **Definir la parcela de trabajo de cada componente del grupo**, de otra forma no se podría avanzar para lograr el objetivo final. Cada componente debe dedicarse a su parcela, y al concentrarse en ella, realizará más trabajo y mejor elaborado. En este sentido, cabría añadir que la puntualidad en el trabajo debe ser concebida como un compromiso más que una obligación laboral.
- **Solicitar asesoramiento a los compañeros**, con la finalidad de informar y consensuar las directrices a tomar. Escuchar opiniones y discutir las posibles soluciones será mucho mejor que fiarse de uno mismo.
- **Realizar una crítica constructiva del trabajo de los compañeros.** Este punto es decisivo para la marcha del grupo. Si no se hace correctamente puede provocar malentendidos o disputas que perturben la buena armonía del grupo. Factores como la confianza mutua, la empatía, y la capacidad de ejercer un *feedback* positivo son esenciales a corto y a largo plazo.



■ **Preocuparse de las necesidades y problemas profesionales y emociones de los compañeros de trabajo.** Las relaciones de trabajo tienen un componente afectivo ineludible, por lo que debemos ser sensibles a posibles trastornos emocionales y afectivos de nuestros compañeros. Igualmente, muchos compañeros, especialmente los más inexpertos, necesitan el apoyo desinteresado de sus colegas para superar sus problemas laborales cotidianos.

El equipo sanitario

En cualquier servicio existe una serie de profesionales de la salud de distintas categorías, establecidas según un orden jerárquico. Así, en un servicio hospitalario, el equipo sanitario está formado por Médicos, Enfermeros, Técnicos en Cuidados de Enfermería/AE y Celadores. Es muy importante, para este grupo de trabajadores y para el propio paciente, que exista una organización del trabajo en equipo, de manera que cuenten las opiniones de todos ellos, de acuerdo con sus categorías.

Los Técnicos en Cuidados de Enfermería/AE tenemos que ser capaces de establecer y coordinar planes de trabajo conjunto –evitando contradicciones y conflictos–, y de promover y potenciar los logros de

cada uno de nosotros para ser un equipo sanitario eficaz. Un equipo de estas características es lo que, entre otras cosas, necesita el paciente para asumir con coherencia su proceso de enfermedad.

El conflicto interpersonal

En el ámbito hospitalario, la jerarquización de sus distintos profesionales origina frecuentes conflictos. Según Rodríguez Marín (1997), los profesionales de Enfermería (Enfermeros y Técnicos en Cuidados de Enfermería/AE) son los que soportan el mayor número de conflictos generados por las diferentes líneas de autoridad.

1. Causas generales de los conflictos:

- **Problemas de organización del grupo.**
- **Problemas de comunicación.**
- **Problemas de carácter personal:** muchas veces la propia personalidad del individuo es la que promueve los conflictos (una compañera gruñona, un líder excesivamente autoritario, etc.).
- **Celos profesionales:** son frecuentes, especialmente bajo un ambiente laboral en el que se promueve la competitividad.

2. Canalización y resolución de los conflictos.

Existen muchas formas de abordar los conflictos, dependiendo de quién se encuentre afectado y de sus circunstancias:

- **Evitación:** eludir el enfrentamiento con el adversario, y por tanto, no abordar el problema. Unas veces se hace por falta de valor; otras porque se espera a que otro resuelva el conflicto. Y en otras ocasiones, porque no interesa que se resuelva.

- **Competencia:** no resolver el problema, sino seguir adelante y alcanzar el objetivo sin que importen las consecuencias del conflicto.
- **Adecuación:** cuando sólo una de las partes se sacrifica para superar el conflicto. Ésta será correcta si se debe al reconocimiento del error; pero si no es así, a la larga favorecerán nuevos conflictos alimentados con los del pasado.
- **Colaboración:** en este caso se actúa como si el conflicto no existiera, aunque exista realmente.
- **Compromiso:** es la resolución deseada de todo conflicto. Se trata de llegar a un acuerdo mutuo que beneficie a ambas partes sin que una de ellas vea más favorecida o perjudicada que la otra. Pero que sea la solución ideal no quiere decir que sea siempre posible.

A la hora de abordar un problema asertivamente, lo que recomiendan es:

- **Iniciar el abordaje creando un clima interpersonal favorable:** un saludo amable, un inicio de conversación amigable, un sincero reconocimiento a alguna labor realizada, etc. Muchas veces esta actitud permite solucionar el problema más como amigos que como compañeros.
- **Abordar con palabras concisas y sin discursos previos la razón del conflicto,** siempre procurando que la comunicación verbal no sea agresiva, inculpatoria, ambigua, o humillante.
- **Acordar una solución al problema,** sin abandonar el clima positivo inicial. Una vez solucionado, cambiar de tema y hablar de cosas intrascendentes y agradables ayuda a restablecer las buenas relaciones.

Veamos el siguiente ejemplo que, aunque muy brevemente, aplica estas tres fases:

–*Hola Julio, ¿Qué tal el día?* –le saluda sonriente su compañero Luis.

–*Bien; gracias a Dios, hoy tengo poca faena.*

–*Ya me han comentado que haces más horas que un reloj, le reconozco cogiéndole amigablemente del brazo.*

–*Bueno, no te creas.*

–*Oye, mira: quería comentarte que ayer me dijiste delante de un paciente que yo había anotado mal la pauta de las temperaturas ¿recuerdas?*

–*Ah, sí, sí.*

–*Julio, –le dice sin dejar de sonreírle– me encanta que me adviertas de mis fallos, pero tío, dímelo cuando no haya nadie delante, ¿te parece bien?*

–*La verdad es que tienes razón. Lo siento.*

–*Oye me tengo que marchar; a ver si quedamos este fin de semana para jugar al tenis y te doy una buena paliza.*

–*No te lo pondré fácil; ya te llamaré.*

El control emocional del sanitario

El Técnico en Cuidados de Enfermería/AE debe desarrollar una especial capacidad de control emocional y paciencia ante los enfermos. Sin embargo, hay varias razones que nos pueden hacer perder tales capacidades:

- **Influencia de determinados pacientes difíciles.** Como habremos comprobado algunas veces, la relación con el paciente en determinadas situaciones y dependiendo de su personalidad, puede ser especialmente difícil. Para el Técnico en Cuidados de Enfermería/

AE, es un desafío enfrentarse a tales pacientes; pero forma parte de su trabajo. Hay cursos de perfeccionamiento en las relaciones interpersonales que pueden servir de ayuda a largo plazo.

- **Inestabilidad emocional.** La cruda realidad diaria, tanto en nuestro trabajo como en nuestra vida privada puede alterar nuestro equilibrio emocional. Todos tenemos un día malo; por ello, una solución adecuada es redistribuir las tareas de manera que se compense la eventual inestabilidad emocional. Si ésta se mantuviera, sería aconsejable acudir a un psicólogo.
- **Circunstancias estresantes.** Puede suceder que esporádicamente se produzca una situación altamente estresante que rebasa nuestra capacidad de control emocional: varias urgencias graves al mismo tiempo, protestas violentas... En algunos casos, la colaboración y comprensión de los compañeros de trabajo es de gran utilidad para superar el trance.
- **Personalidad poco sociable.** Los profesionales sanitarios poco sociables son los más propensos a tener problemas con los pacientes y con sus propios compañeros. Quizá sea útil que se replanteen su situación laboral, sus motivaciones, o las posibles causas que les hagan sentirse poco sociables. El asesoramiento de un psicólogo resulta de una gran utilidad.
- **Fatiga psicofísica.** Es frecuente entre el personal de enfermería. El enfrentamiento continuo al paciente que sufre, los cambios de turno y la sobrecarga del trabajo pueden desencadenar lo que se ha denominado síndrome de burnout, que vamos a ver a continuación.

Síndrome de Burnout (estrés profesional)

Consiste en un proceso de fatiga física y psíquica que se produce en aquellas profesiones –como la sanitaria– en las que se dispensan unos servicios de gran importancia para el cliente y que obligan a una intensa relación personal con él y sus problemas, muchas veces de difícil resolución. Si los medios con los que se cuenta son precarios, aumenta aún más la angustia del profesional ante la incapacidad de atender la intensa demanda. El ámbito sanitario es un paradigma de esta situación: masificación de plantas –a veces con camas en los pasillos– reclamación continua de atenciones de todo tipo, protestas, enfrentamientos no pocas veces violentos con pacientes y familiares y, sobre todo, el sufrimiento diario de las personas enfermas.

Las consecuencias del estrés profesional afectan a tres niveles:

- **Personal:** fatiga, ansiedad, despersonalización, desilusión, baja autoestima, depresión.
- **Profesional:** desmotivación por mejorar la situación laboral, desinterés por determinadas tareas, etc.
- **Organizacional:** menor rendimiento laboral, absentismo frecuente, mal funcionamiento del área o servicio, etc.



Para prevenir y tratar este síndrome tendremos en cuenta las siguientes recomendaciones:

- **Favorecer un ambiente de trabajo en grupo agradable** y motivado, con buenas relaciones interpersonales.
- **Preestablecer claramente nuestras funciones profesionales;** nada peor que realizar tareas que no nos corresponden profesionalmente, con el consiguiente riesgo de tener conflictos laborales o problemas de intrusismo.
- **Potenciar la autoestima** a través de nosotros mismos y de nuestros compañeros.
- **Procurar no llevarnos los problemas a casa.** De lo contrario, corremos el peligro de prolongar el estrés laboral y hacer partícipe de él a nuestros familiares, con las consiguientes desventajas.
- **Evitar la sensación de rutina en el trabajo** intercambiando funciones con nuestros compañeros.
- **Compartir emociones y sentimientos** con nuestros compañeros ayuda a descongestionar la sobrecarga emocional que crea el sufrimiento del paciente grave.
- **Evitar la sobrecarga física de trabajo.** En caso de agotamiento, es aconsejable soli-

ciar un período de descanso como vacaciones.

- **Potenciar el sentido de nuestro trabajo** como parte del sentido de nuestra vida: si hemos elegido esta profesión es porque nos gusta ayudar a los enfermos, prestándoles cuidados, comprendiéndoles... Para ello, la relación de ayuda es una estrategia beneficiosa no sólo para el paciente: también para nosotros como personas y como profesionales.
- **Planificar actividades de investigación o docentes:** organizar cursos, participar en congresos, etc.
- **Adoptar expectativas de promoción profesional** (ascender en la escala profesional) realizando cursos de formación, otras carreras, etc.
- **Recibir de nuestros superiores el reconocimiento de nuestra labor,** pero también de nuestros familiares, especialmente aquellos con los que tenemos mayor vinculación anímica y sentimental. Nadie mejor que nuestra pareja o nuestros amigos para animarnos y hacernos sentir reconocidos.

El tutor del estudiante sanitario

Una de las labores más importantes que debe llevar a cabo el Técnico en Cuidados de Enfermería/AE es la de transmitir sus conocimientos y experiencias a estudiantes. Todo profesional tiene la obligación ética de enseñar y ayudar a los aprendices de su profesión.

Durante las prácticas sanitarias en los diversos ámbitos e instituciones de la salud, debemos tener un tutor de referencia que controle nuestros progresos y al que podamos recurrir en todo momento para consultarle dudas y solicitarle asesoramiento.

Es conveniente establecer buenas relaciones con el personal sa-

nitario. Hay que procurar evitar conflictos y actitudes prepotentes con nuestros compañeros. Si nos rodeamos de enemigos, pocos nos echarán una mano.

Estrategias básicas para la resolución de problemas

■ **Orientación general.** Se trata de asumir que los problemas personales y profesionales son fenómenos connaturales a nuestra propia existencia y, por ende, debemos ser conscientes de que éstos –sean leves o graves– pueden aparecer en cualquier momento. Dado que a lo largo de nuestra experiencia vital hemos ido comprobando que los problemas se han ido superando con cierto éxito, nuestra actitud previa será de convencimiento de que podemos enfrentarnos al problema y darle solución. El impacto emocional que nos ocasiona sirve para valorar cómo nos afecta, y estimularnos así a resolverlo. Debemos concienciarnos de no ser víctimas de ese estado emocional, tan a menudo causante de decisiones precipitadas o erróneas.

■ **Definición del problema.** Muchas veces surge una situación problemática que no es fácil de definir si no se para uno a reflexionar detalladamente sobre la misma. En esa segunda etapa concretaremos el problema y valoraremos su transcendencia a nivel material, profesional, y personal (afectiva y emocionalmente) procurando dedicarle el tiempo necesario. Recordemos que en la mayoría de los casos, la reflexión inicial sobre un problema que ha surgido súbitamente está contaminada por nuestras emociones.

■ **Formulación de objetivos.** Se trata de establecer qué se pretende, a dónde se quiere llegar con el problema, qué se quiere conseguir.



■ **Diseñar soluciones alternativas.** Consiste en elaborar distintas soluciones para un mismo problema. Se analiza una por una, descartándolas según la relación entre ventajas e inconvenientes y preestableciendo las consecuencias positivas y negativas que puedan ocasionar. Es interesante ordenar las alternativas según este sentido, de manera que se facilite la decisión por una de ellas.

■ **Decisión.** Es el momento de optar por una de las alternativas elaboradas. Es importante realizar un examen de conciencia que nos permita analizar si estamos en condiciones de tomar una decisión. Una vez superado este examen, ejecutaremos la solución asumiendo las posibles consecuencias negativas que conlleve, pues, tal y como la vida nos enseña, nunca se elige la solución perfecta, sino la mejor de las que podemos tomar.

■ **Ejecución.** Consiste en la puesta en práctica de la solución del problema. Cabe la posibilidad de que su efecto no resulte tal y como lo preconcebimos, por lo que habría que replantear las alternativas y adoptar nuevas decisiones.

La energía de la simpatía

Dice un viejo proverbio escocés que “la sonrisa cuesta menos que la electricidad y da más luz”. A lo largo de los años que llevo trabajando en el hospital Virgen de la Salud de Elda (Alicante) relacio-

nándome con mis compañeros de trabajo, he observado lo importante que resulta iniciar y concluir la jornada dedicándoles una sonrisa, un comentario agradable o una breve conversación de acercamiento, como forma de recordar –en medio del inmenso océano de cotidianidad, prisas y duro trabajo– que somos personas, que nos respetamos y nos consideramos amigos. El recuerdo diario de todo esto se hace necesario para prevenir conflictos que puedan surgir en un determinado momento. Porque, para entonces, la resolución de los mismos será probablemente mucho más asequible. Y es que, aunque parezca obvio, los problemas se arreglan mejor con quien nos llevamos bien. No se puede llegar a trabajar con cara de enfadado, sin apenas saludar, y hacer lo mismo cuando concluimos la jornada. La vida así es difícil y triste.

En ocasiones he observado que, de un grupo de trabajo, sólo uno de sus miembros difunde desinteresadamente su sonrisa, su buena disposición y estado de ánimo. Esta persona da vida al grupo, y cuando falta, su silenciosa ausencia delata el vacío que abre la carencia de simpatía en el ambiente. “La felicidad es, respecto a la alegría, como una lámpara eléctrica respecto al sol”, escribe Susana Tamaro.

Nada cuesta preguntarle al compañero cómo está o qué tal ha pasado el fin de semana, y esas cosas. De



decir algo así a no decirlo hay una distancia mínima; pero entre ambas queda un abismo.

Lo anteriormente comentado se resume en estas palabras de Leon Tolstoi: “Hasta en las más sencillas, cordiales y mejores relaciones de la vida, el elogio y la recomendación son tan indispensables como el aceite que lubrica las ruedas de una máquina para mantenerla trabajando bien”.

La simpatía es un recurso fundamental que no debemos descuidar nunca. Aunque nos cueste, aunque en un momento dado lo consideremos algo trivial, su cultivo diario y constante dará frutos imperecederos y enormemente satisfactorios. Hacerla realidad parte de ti.

Añadir solamente que, sean como sean los compañeros, debemos observar una actitud de “*compañerismo*”, porque eso es lo que somos, un grupo de compañeros a los que nos une un mismo objetivo: “**la salud y el bienestar del paciente**”. ●

Bibliografía

Gallar, M. “Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente”. Ed. Thomson Paraninfo. Madrid, 2006.

Ordoñez Gallego A. “La sesión clínica según la dinámica de grupo”. Med Clin (Barc.) 1996;107:620-622.

Ejemplo final

Una mañana cualquiera, llegas al centro sanitario donde trabajas. No tienes ninguna preocupación personal que acapare tu mente. Comienzas a trabajar. Como todos los días ayudas a una abuelita a entrar a la consulta, le sostienes el abrigo, y le acompañas a ver al doctor. Una vez dentro, la abuelita casi ausente por su avanzada demencia senil, coge tu mano con la suya, cálida y temblorosa y te esboza una tenue sonrisa de agradecimiento. De pronto, con ese gesto mudo, casi imperceptible entre el ruidoso fragor del día, se para el tiempo.

La enfermedad de Niemann Pick

Es una enfermedad rara, de origen genético, cuya principal característica es el trastorno en el metabolismo del colesterol debido a una deficiencia enzimática que afecta a las habilidades cognitivas y motoras del niño.

La enfermedad de Niemann Pick fue descrita por primera vez en 1914 por Niemann en unos niños judíos. Posteriormente Pick la volvió a describir en 1927, diferenciándola de la enfermedad de Gaucher.

Es una enfermedad rara cuya principal característica es el trastorno en el metabolismo del co-

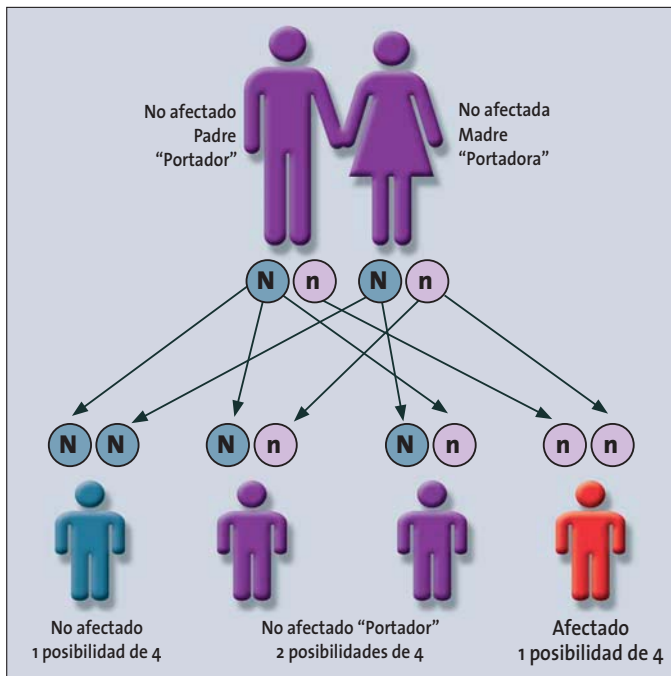
lesterol debido a una deficiencia enzimática. Las células del cerebro se deforman por una acumulación anómala de estos lípidos, generando un deterioro progresivo de todas las habilidades cognitivas y motoras del niño, desembocando en una minusvalía severa para llegar a un final fatal.

Incidencia

La enfermedad de Niemann Pick es de origen genético y tiene una escasa incidencia: afecta a una de entre un millón de personas y puede diagnosticarse en cualquier edad. La esperanza de vida de los afectados es inferior a los 10 años en niños y a los 30 años, en jóvenes.

Causas

La enfermedad de Niemann Pick es hereditaria y está causada por mutaciones genéticas. Los cuatro tipos de la enfermedad (A, B, C y D) se caracterizan por la acumulación de esfingomielina y colesterol en las células, principalmente las nerviosas, las hepáticas y las del bazo. Desde el punto de vista genético, es una enfermedad autosómica recesiva. Es decir que, para que un niño la tenga, es preciso que ambos padres sean portadores del gen defectuoso:



Tipos

Existen cuatro tipos de la enfermedad de Niemann Pick:

■ **Los tipos A y B** ocurren cuando las células en el cuerpo carecen de una enzima llamada esfingomielinasa. Esta enzima ayuda a descomponer (metabolizar) una sustancia grasa llamada esfingomielina que se encuentra en cada célula del cuerpo. Si falta la esfingomielinasa o no trabaja apropiadamente, la esfingomielina se acumula en el interior de las células.

Gen defectuoso: n	Gen normal: N
Padre: Nn	Madre: Nn ==> Posibilidades de herencia: Nn, Nn, nn, NN.
Portadores sanos: Nn: 50%	
Sanos: NN: 25%	
Enfermos: nn: 25%	

las, provocando la muerte celular, lo que dificulta el funcionamiento apropiado de los órganos.

■ **El tipo C** ocurre cuando el cuerpo no puede descomponer apropiadamente el colesterol y otros lípidos (grasas), lo cual lleva a la presencia de demasiado colesterol en el hígado y el bazo, al igual que cantidades excesivas de otros lípidos en el cerebro. Puede haber reducción de la actividad de la esfingomielinasa en algunas células

■ **El tipo D** involucra un defecto que interfiere con el movimiento del colesterol entre las células cerebrales y se cree que es una variante del tipo C.

■ **Se ha sugerido** que hay una forma de la enfermedad de Niemann-Pick que aparece en la vida adulta y, algunas veces, se la describe como el tipo E de la enfermedad.

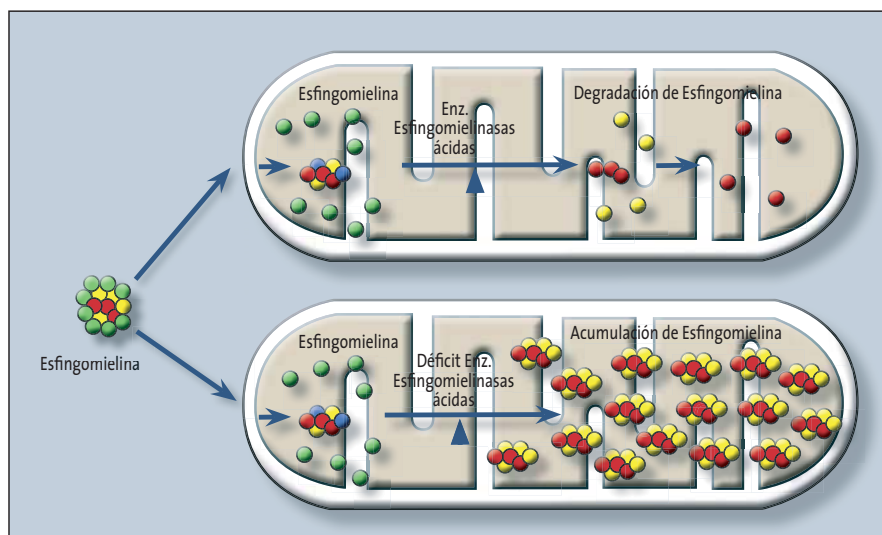
Síntomas

El tipo A se caracteriza por dificultades de alimentación, abdomen de gran tamaño entre los 3 y 6 meses, pérdida progresiva de habilidades motoras...

El tipo B es similar al tipo A bioquímicamente pero los síntomas varían. El tamaño del abdomen aumenta, pero la pérdida de habilidades motoras no se produce. Algunos pacientes pueden presentar infecciones respiratorias.

Los pacientes con Niemann-Pick tipo C presentan el bazo y/o hígado de mayor tamaño, movimientos oculares dificultosos, inestabilidad al caminar (ataxia), mala pronunciación (disartria), dificultades de aprendizaje, pérdida de tono muscular, temblores y en algunos casos convulsiones.

Los síntomas son progresivos pero la tasa de progresión es diferente entre las personas. Finalmente los síntomas de Niemann-Pick también se encuentran en otras enfermedades más comunes. Estos factores hacen difícil



Patogénesis de la enfermedad de Niemann-Pick

diagnosticar esta enfermedad sin los exámenes adecuados.

Diagnóstico

El diagnóstico de la enfermedad Niemann-Pick se confirma con los estudios enzimáticos y con una biopsia de la piel del paciente. Al mismo tiempo hay estudios moleculares que determinan el tipo genético de la enfermedad.

La enfermedad se transmite genéticamente de forma autosómica recesiva. Los exámenes médicos para detectar al portador en las familias todavía no son fiables.

Muchos de los síntomas producidos por la enfermedad son comunes a otras enfermedades y esto dificulta el diagnóstico certero. Los médicos aconsejan que si se sospecha de la enfermedad en los tipos A y B, se realice una "medición de la actividad de la esfingomielinasa ácida en los glóbulos blancos". Esto se consigue haciendo un análisis de sangre o una biopsia de células espumosas en la médula ósea. Esta prueba es ineficaz para detectar los portadores. Cuando la enfermedad es de tipo C, se diagnostica realizando una biopsia de piel, cultivo celular en laboratorio y estudio posterior de la capacidad de las células aisladas para transportar y almacenar coles-

terol. Otras pruebas diagnósticas adicionales son la realización de un examen ocular con una lámpara de hendidura, la aspiración de la médula ósea y la biopsia del hígado.

Tratamiento

En este momento, no hay un tratamiento efectivo para el tipo A de esta enfermedad.

Los trasplantes de médula ósea se han llevado a cabo en unos pocos pacientes con el tipo B de la enfermedad, con resultados esperanzadores. Las investigaciones continúan estudiando posibles tratamientos, incluyendo terapia de reemplazo enzimático y terapia génica.

No hay tratamiento específico para los tipos C y D. Se recomienda una dieta saludable, baja en colesterol, aunque las investigaciones en dietas bajas en colesterol e hipocolesterolemiantes no muestran que estos métodos detengan el progreso de la enfermedad o cambien la forma en que las células descomponen el colesterol. Sin embargo, hay disponibilidad de medicamentos para controlar o aliviar muchos síntomas, como la cataplejía y las convulsiones. ●

Más información en:

Fundación Niemann-Pick de España.

<http://www.fnp.es/>

Normas de publicación



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

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

Normas para realizar la actividad acreditada

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

Para registrarse en el sistema

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



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

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

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

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

DATOS BANCARIOS

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

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

Dossier

El procedimiento ético



© Moreau/Elsevier/Masson SAS

Dar sentido a la prestación de cuidados

Sumario:

- El procedimiento de reflexión ética: una herramienta indispensable para la práctica de los cuidados sanitarios.
- El procedimiento ético frente a situaciones clínicas difíciles.
- El Técnico en Cuidados de Enfermería/AE frente a las decisiones éticas.

Las situaciones nuevas, motivadas por determinados procedimientos y medios técnicos y científicos en constante evolución, invitan al personal sanitario a reflexionar sobre la importancia de los valores y a enfrentarse a unas decisiones inéditas.

■ **Estas personas, divididas entre el cuidado individualizado y los protocolos de actuación en unos baremos** que garanticen las recomendaciones de buenas prácticas, dedican menos tiempo a los “cuidados” y se ven atrapadas por el sentimiento amargo de un trabajo en cadena. Se encuentran en el centro de un conflicto de valores entre el “bien por hacer” y el “deber por cumplir”.

Encontrar el equilibrio significa encontrar “la mejor respuesta posible” para el paciente y puede que incluso, en algunas situaciones clínicas difíciles de entender, traumatizantes y que hacen sentirse culpable, la respuesta “menos mala”... ¿Cómo tomar decisiones que impliquen valores opuestos?

■ **Frente a estas evoluciones**, la actividad sanitaria no debe dejarse atrapar por unos protocolos aparentemente tranquilizadores, sino que debe permanecer en el centro de los cuidados individuales y de sus valores.

■ **Sea cual sea su posición, el personal sanitario está en disposición de reflexionar sobre sus valores profesionales** a partir de su propia experiencia. Cuando se impone la toma de una decisión, la elaboración de un planteamiento ético y la construcción de una reflexión en equipo de acuerdo con un procedimiento compuesto por varias fases se puede responder a los dilemas planteados en cada situación de cuidados vivida por un paciente y por su familia. El hecho de volver a dar sentido a los cuidados ayuda al personal sanitario a mantener la motivación y la implicación en la difusión de estas evoluciones.

■ **La actuación ética es una respuesta a una situación concreta y difícil**, que enriquece la práctica y permite reflexionar sobre la finalidad del cuidado. Ofrece a cada profesional sanitario la posibilidad de tomar conciencia del alcance de su responsabilidad y de formularse preguntas para comprender, sobrepasar sus certidumbres, relativizarlas y así llegar al corazón de la ética. ●

Marie-Odile Rioufol,
Coordinadora del Informe, publicado por primera vez
en SAS, número 40

1 Ricœur P. Lo Justo. Madrid: Caparrós, 1999..

Carène Ponte

[1] Jurista formador, Amiens, Francia

El procedimiento de reflexión ética: una herramienta indispensable para la práctica de los cuidados sanitarios

Ante una situación de cuidados delicada, el procedimiento de reflexión ética lleva al personal sanitario a cuestionarse el contexto en el que se dan las circunstancias, a identificar las preguntas y los problemas y a analizarlos desde distintos puntos de vista. El hecho de seguir varias etapas de reflexión nos ayudará a tomar una decisión lo más “justa” posible.

Palabras clave:

- Técnico en Cuidados de Enfermería/AE,
- Procedimiento ético,
- Planteamiento ético,
- Reflexión,
- Situación de cuidados.

El personal sanitario se enfrenta a diario a situaciones complejas, incluso dolorosas, que le lleven a preguntarse:

- ¿Qué debo hacer en esta situación?
- ¿Qué espera el paciente de mí?
- ¿Cómo puedo responder a sus expectativas?
- ¿Cuál es mi papel como Técnico en Cuidados de Enfermería/AE?
- ¿Cómo puedo aceptar una situación que no entiendo?

■ **El procedimiento de reflexión ética es un recurso imprescindible para el personal sanitario.** En función de las preguntas que surjan en la reflexión ética, se podrá abrir camino, construir un procedimiento de cuidados y ayudar a tomar las decisiones más beneficiosas para el paciente.

Aunque el procedimiento de ética clínica no pueda normalizarse debido a que cada situación es distinta, se puede establecer un enfoque que ayude a identificar los problemas y a jerarquizarlos dando una explicación específica para cada una de las cuestiones suscitadas.

■ **Esta reflexión debe construirse en equipo** y debe seguir un procedimiento compuesto por varias fases para evitar que los

sentimientos y los valores de cada uno se conviertan en obstáculos a la hora de tomar una decisión consensuada. Estas fases de análisis son cuatro: el análisis contextual, el análisis racional, la fase de decisión y la evaluación.

El análisis contextual

■ **Para entender el contexto del cuidado, hay que analizar el contexto humano del paciente** dentro de su dinámica médica, social y relacional.

En este caso, se trata de identificar los elementos de la situación en su conjunto así como sus preguntas específicas:

- ¿Quién es el paciente?
- ¿En qué etapa de su vida se encuentra?
- ¿Su problema aparece en un momento específico?
- ¿Cuál es su posición en su entorno social?
- ¿Dónde surge la pregunta? (en el hospital, en el domicilio del paciente, en su habitación, en el comedor...)
- ¿De qué manera?
- ¿En qué momento?

■ **A la hora de actuar, el personal sanitario suele pasar por alto esta larga, pero importante, fase** que permite identificar los problemas reales y entender la situación, y

algunos elementos que aparecen en esta fase, pueden influir en gran medida a la hora de tomar decisiones.

El análisis racional

La segunda fase del procedimiento ético, llamada análisis racional, ayuda a encontrar una respuesta para cada dilema a partir de los distintos “prismas”.

Cada pregunta se puede interpretar de forma distinta en función del ángulo desde el cual se analiza. Estos ángulos, en este caso denominados “prismas de comprensión”, ayudarán a elaborar una respuesta demostrando a la vez, que aunque puede parecer sencilla e inmediata desde una perspectiva, no lo es tanto desde otra (tabla 1).

La etapa de toma de decisión

■ **Una vez definido el contexto de la situación** y analizados los distintos ángulos de lectura y las preguntas que éstos suscitan, el equipo debe tomar una decisión. Para ello, es necesario apelar a una serie de principios:

- el de no maleficencia;
- el de beneficencia;
- el de autonomía;
- el de justicia;
- el de beneficio-riesgo.

Tabla 1. Los diferentes puntos de vista de un dilema ético

Punto de vista científico	¿Se puede explicar el problema desde el punto de vista médico o paramédico?
Punto de vista jurídico	¿Se puede explicar el problema desde el punto de vista jurídico? ¿Qué dicen las leyes del mismo?
Punto de vista filosófico	¿Cómo han reflejado los filósofos el problema?
Punto de vista sociológico	¿Qué piensa la sociedad del problema?
Punto de vista antropológico	¿Las dificultades con un paciente pueden atribuirse a una cuestión de tipo cultural o social?
Punto de vista teológico	¿Las dificultades con un paciente pueden atribuirse a un tema religioso?
Punto de vista económico	¿En qué medida los costes económicos interfieren en la decisión que debemos tomar?

■ **En la práctica de los cuidados**, el Técnico en Cuidados de Enfermería/AE debe hacerse las siguientes preguntas:

- ¿Estoy seguro de que mi actuación no es perjudicial?
- ¿Puedo actuar para evitar los efectos nocivos de la enfermedad o de mi actuación?
- ¿Tengo la posibilidad de eliminar un efecto nocivo?
- ¿Mi actuación aporta algún beneficio?

La evaluación

■ **A menudo olvidada o excluida, la fase de evaluación es, sin embargo, clave para la profesión del personal sanitario**, ya que es

preciso atreverse a ver cómo se ha podido finalizar la situación para que el bagaje y la experiencia del equipo saquen provecho de ello.

■ **No se trata de copiar siempre la misma decisión**, sino de apoyarse en el hecho de haber podido resolver un problema que no tenía solución cuando se planteó.

Conclusión

Una construcción fase por fase puede parecer tediosa, pero se va elaborando poco a poco con la práctica. Se trata finalmente de formularse las mejores preguntas derivadas de una situación de

Decidir qué cuidados proporcionar

“Para tomar una decisión sobre los cuidados que deben proporcionarse a un paciente, es necesario que cada uno de los protagonistas de la triada “paciente/entorno/personal sanitario” reconozca en el otro un ser humano con sus más profundas convicciones (que constituyen su ética personal de convicción) capaz de tomar decisiones (principio de dignidad de toda persona).

Todas estas personas y sus reflexiones se reunirán para tratar de alcanzar una decisión sobre los cuidados que deben proporcionarse dentro de una serie de posibles soluciones que a menudo no concuerdan, o que pueden llegar incluso a ser contradictorias.

“Argumentar, reflexionar, escucharse, volverse a formular las preguntas, trabajar los grandes principios morales” son los verbos de acción que debe conjugar cada uno de los miembros implicados en estos conflictos éticos para que cada decisión tomada permita vivir plenamente estos cuidados (ética de responsabilidad).”

Broca de A. Éthique, déontologie et responsabilité. Les essentiels en IFSI, Unidad didáctica 1.3. Elsevier Masson, 2010.

cuidados que a menudo no desvela a primera vista la verdadera problemática. El razonamiento ético permite actuar sobre esta última, y no sobre lo que la situación dejaba entrever a primera vista. ●



© F. Soutif/Elsevier Masson SAS

Alain de Broca

Coordinador del Espace Éthique Picardie, Amiens, Francia

El procedimiento ético frente a situaciones clínicas difíciles

A la hora de enfrentarse a situaciones clínicas difíciles, el Técnico en Cuidados de Enfermería/AE debe compartir la información con el equipo sanitario para poder elaborar un procedimiento de ética clínica. La elaboración de un planteamiento ético permite responder a los dilemas de cada una de las situaciones de cuidados que viven los pacientes y sus familias.

Palabras clave:

- Contexto clínico,
- Procedimiento ético clínico,
- Dilema,
- Ética,
- Prisma.

En la actualidad, la ética en el ámbito clínico puede interpretarse como la aplicación de la moral (es decir, los elementos estructurales, las prohibiciones fijadas por el ser humano para convivir mejor) a la particularidad de cada persona. Así pues, tal como subraya el filósofo Paul Ricoeur, *"la ética es aceptar y vivir el conflicto del bien por hacer y del deber por cumplir en un mundo mejor, no es esperar sino construir, es sufrir el conflicto sin descanso, nunca regulado, siempre revivido"*.

Dar sentido al cuidado

■ **Aunque el Técnico en Cuidados de Enfermería/AE no pueda**

proporcionar un diagnóstico ni un pronóstico, la familia y el enfermo esperan una palabra, un gesto, una mirada. El hecho de no responder a estas expectativas equivale a dar por supuesto que esas personas no le importan.

■ **La ética en los cuidados significa abrir la mente** para que el enfermo, su familia y el personal sanitario puedan dar un sentido a los cuidados prodigados y sentirse orgullosos de ser humanos. Las situaciones difíciles a las que los Técnicos en Cuidados de Enfermería/AE se enfrentan a diario y para las que se sienten impotentes pueden ponerles en una situación delicada.

Contexto clínico y dilemas

■ **El ejemplo siguiente fue mencionado por varios** Técnicos en Cuidados de Enfermería/AE en un encuentro sobre ética de un hospital francés.

Una persona mayor vive en un centro de alojamiento para mayores dependientes. Está bien acompañada y asistida. Recibe cuidados paliativos y a pesar de los tratamientos, se queja de fuertes dolores físicos. La familia parece agotada. Una noche, como consecuencia de esos dolores mal controlados, una de sus hijas solicita que practiquen la eutanasia a su madre. ¿Qué decir y qué hacer como profesional, teniendo en cuenta que el médico no se encuentra presente en ese momento?

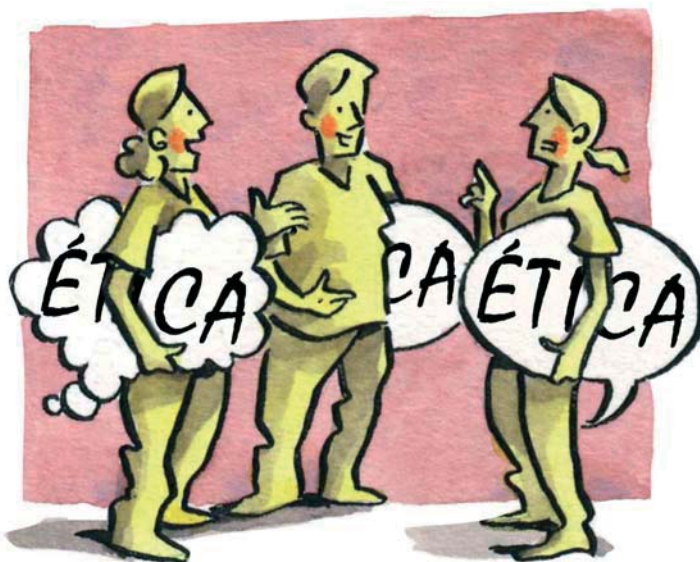
¿Ser ético sólo consiste en acompañar a los pacientes y a sus familias y darles consuelo?

La ética no implica dar una respuesta inmediata, y de hecho, no existe respuestas para este tipo de situaciones. Sin embargo, se pueden plantear varias preguntas difíciles, en ocasiones llamadas dilemas:

- ¿Cómo vivir con ese dolor tan fuerte?
- ¿Cómo reaccionar frente a la petición de la hija de la paciente?

Elaboración del planteamiento ético

■ **La primera fase del procedimiento de ética clínica** consiste en reflexionar sobre la situación



© F. Soutiff/Elsevier Masson SAS

en su contexto, ya que cada caso es distinto. Así pues, en este contexto clínico:

- el dolor es intenso;
- la petición de la hija es intolerable;
- la imposibilidad para contactar con el médico resulta incómoda para los profesionales presentes.

■ La segunda fase consiste en buscar los puntos de vista que permiten analizar mejor la dificultad:

- Desde el punto de vista científico: es necesario replantear la evaluación y la atención del dolor: – ¿Qué baremos de dolor utilizamos?



© F. Souffr/Elsevier-Masson SAS

– ¿Cómo está acostada la paciente, qué posiciones le aportan una mejora clínica sin necesidad de aumentar la medicación?

– ¿La persona sufre oclusión digestiva? ¿Padece algún tipo de estreñimiento mayor?

En este caso, el Técnico en Cuidados de Enfermería/AE tiene la información para valorar la escala de dolor e informar sobre las molestias del enfermo.

- Desde el punto de vista psíquico: es importante expresar el comportamiento de la paciente para con su entorno. Puede que hable de determinadas cosas a solas con el Técnico en Cuidados de Enfermería/AE. Por ello, es preciso transmitir esta información a todo el equipo;

- Desde el punto de vista jurídico: en determinadas situaciones, el médico, al igual que los demás miembros del equipo, tiene obligaciones legales. En España existen dos normas que afectan a los cuidados paliativos, la Ley General de Sanidad, de 1996 y la de autonomía del paciente, de 2002. En ellas ya se preveía que un paciente pueda decidir que renuncia a un tratamiento médico que tenga como único objetivo prolongar su vida. No obstante, en mayo del año pasado, el Congreso aprobó el anteproyecto de ley de Cuidados Paliativos y Muerte Digna, una norma que pretende aclarar los derechos de los pacientes en situación terminal y las obligaciones del personal sanitario que los atiende. Esta ley todavía no se ha publicado en el BOE, y en ningún caso habla de eutanasia.

- Desde el punto de vista antropológico: sería pertinente hacerse la siguiente pregunta: – ¿Cómo es posible que la familia se haya planteado el fallecimiento de la mujer? – ¿Por qué sufre la familia? ¿Sufre por el dolor físico que experimenta la enferma o por el miedo a afrontar el fallecimiento de su madre?

■ La tercera fase de un procedimiento ético consiste en encontrar una forma de aportar una solución práctica a algunas de estas cuestiones.

- El dolor de la persona es importante: – Es necesario calmarlo con algún fármaco; – Es preciso recordar que una prescripción adaptada, de morfina por ejemplo, no causará la muerte de la paciente. Por lo tanto, no hay que refugiarse detrás de este tipo de afirmaciones para no administrar analgésicos.

- En este caso, la petición de la hija de la paciente no puede ser atendida ya que pide un gesto mortal: sin embargo, algún miembro del equipo la puede acompañar en el

sufrimiento, siempre y cuando la información facilitada por el Técnico en Cuidados de Enfermería/AE se tenga en cuenta

• el médico no acude a la habitación de la paciente:

- esto puede considerarse como una falta de respeto hacia la paciente, hacia su familia, pero también hacia el equipo sanitario;
- el Técnico en Cuidados de Enfermería, dentro de la organización del trabajo, puede indicar la necesidad de la presencia del médico para paliar la ansiedad del enfermo/familia;
- en algunas unidades, puede que el médico no se desplace, siempre y cuando los tratamientos y las modalidades de acompañamiento hayan sido anticipados e indicados en el informe de cuidados.

■ La última fase es la evaluación. Frente a este tipo de situaciones, el Técnico en Cuidados de Enfermería/AE no debe sentirse aislado. El equipo debe retomar estas preguntas y plasmarlas en una reunión del equipo. De ese modo, las dificultades de cada miembro del equipo se pueden identificar mejor, se pueden discutir valores (frente a los tratamientos, pero también en lo que respecta a la vida y la muerte) para que cada persona pueda dar sentido a lo que está sucediendo.

Conclusión

■ La ética diaria significa atreverse a ser interrogado en equipo por el enfermo y su familia.

A este respecto, cada miembro del equipo sanitario es poseedor de determinados conocimientos sobre el enfermo, y debe compartirlos con el resto del equipo.

■ Además y para concluir, la ética también es un trabajo de equipo multidisciplinario abierto a las personas ajenas al servicio. Cada uno debe saber entender el ámbito del servicio para establecer unos tiempos de reflexión sobre los momentos difíciles vividos. ●

Nota

1 Ricœur P. Sí mismo como otro. México, Siglo XXI Editores, 1996.

2. Ley General de Sanidad. Real Decreto 1907/1996, de 2 agosto. Ministerio Sanidad y Consumo. BOE. 6 agosto 1996, núm. 189.

3. Ley 41/2002, de 14 de noviembre (BOE15-11-2002), básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2002-11-15/pdfs/A40126-40132.pdf>.

Marie Quinon
Psicóloga, Compiègne, Francia

El Técnico en Cuidados de Enfermería/AE frente a las **decisiones éticas**

Siempre al lado del paciente y pendiente de sus necesidades, el Técnico en Cuidados de Enfermería/AE corre el riesgo de identificarse con su sufrimiento y con el de su familia a la hora de que se tomen decisiones terapéuticas críticas. Es importante emprender una reflexión ética en el equipo profesional para poder mantener las distancias y aplicar estas decisiones.

Palabras clave:

- Técnico en Cuidados de Enfermería/AE,
- Decisión terapéutica,
- Identificación,
- Reflexión ética.

El trabajo del personal sanitario no consiste en actuaciones puramente técnicas. “¿Qué es mejor para este paciente?” De esta pregunta no se libra ningún profesional sanitario, sea cual sea la unidad en la que trabaje.

Una reflexión ética imprescindible

■ **La proximidad del Técnico en Cuidados de Enfermería/AE** con el paciente acentúa su sensibilidad frente a las necesidades humanas de éste. No se le suele invitar a participar en comités ni en grupos de reflexión pero tampoco puede quedarse al margen de la reflexión ética. Las decisiones críticas de “no reanimación” y de “abstención terapéutica” siempre las toman los médicos aunque las aplica el personal de Enfermería.

■ **Para actuar de una manera “sana”,** es preciso que se cumplan dos condiciones:

- **cada uno debe reflexionar individualmente** sobre cada situación concreta y tomar conciencia de las reacciones que dicha situación le produce;
- **un verdadero intercambio en equipo debe ser posible y libre** y cada uno debe poder expresarse sin tener miedo a ser juzgado.

Los riesgos de la identificación

■ **Un joven padre de familia** de 38 años lleva tres semanas ingresado en la unidad de reanimación tras

haber sufrido un grave accidente de tráfico. No sale de un coma profundo y su electrocardiograma sigue plano. Apenas responde a los estímulos dolorosos. Los médicos empiezan a pensar en la sedación y en la abstención terapéutica. Aunque el equipo de Enfermería es consciente de esta posibilidad, le conmociona el hecho de que se plantee de forma explícita.

■ **El personal sanitario se identifica con la esposa del paciente** a la que conocen bien y se imaginan la desgracia de la mujer que tendrá que criar sola a sus tres hijos. Algunos efectivos se lamentan, otros se enfadan, aunque todos reconocen que la solución planteada es inevitable. ¿Cómo ocuparse del paciente y acompañar a su esposa? ¿Cómo se puede vivir esta situación hasta el final?

■ **En la unidad de geriatría, otras situaciones frecuentes, quizá menos dramáticas, también invitan a la reflexión ética.** Lo mismo sucede en las unidades de mayores con demencia o con Alzheimer. El día a día puede resultar difícil si no existe un verdadero trabajo en equipo.

El personal sanitario, presa de la irritación o incluso de la exasperación, puede llegar a perder la paciencia en determinados momentos. ¿Cómo mantener a diario el respeto hacia una persona en estado de deterioro e incoherente?

Tomar distancia

■ **El personal sanitario tiene que controlar sus reacciones afectivas.**

Este control es imprescindible para no caer en la trampa de los impulsos emocionales demasiado fuertes, susceptibles de entorpecer sus prácticas profesionales.

■ **La calidad del entendimiento del equipo puede constituir una ayuda muy preciada:** el hecho de poder expresarse con palabras y de compartir su malestar o su indignación, sin tener miedo a ser juzgado por sus compañeros, es el principio del alivio.

■ **El trabajo sobre sí mismo** y el intercambio en equipo son condiciones indispensables para una práctica sana. El día a día en las unidades de geriatría, de urgencias, de maternidad, de psiquiatría, etc., invita a reflexionar de manera distinta. Pero esta reflexión no es menos necesaria para evitar comportamientos que podrían volverse agresivos o fuera de lugar, ya que nuestro autocontrol está puesto a prueba.

■ **No debemos ser prisioneros de nuestras propias reacciones afectivas.** Los profesionales que se permiten reaccionar y hablar, es decir ser personas de pleno

derecho en lugar de comportarse como meros ejecutores, serán capaces de aplicar correctamente las decisiones difíciles tomadas por los médicos. ●



Barreras que encuentra un Técnico en Cuidados de Enfermería/AE en la **lucha contra el cáncer infantil**, desde un servicio de **voluntariado de Cruz Roja** (II)

¿Cuáles son los tipos más frecuentes de cáncer en la infancia?

La enfermedad más frecuente que podemos encontrar en el área de oncología infantil es la leucemia linfoblástica. Este tipo de leucemia, también conocida como leucemia linfocítica aguda (LLA), representa aproximadamente el 75-80% de los casos de cáncer infantil, con una incidencia máxima en niños de cuatro años de edad. La leucemia mieloide aguda (LMA) supone el 15-20% de las leucemias, con una incidencia que se establece desde el nacimiento hasta alcanzar casi siempre los diez años de edad, aumentando ligeramente en la adolescencia. Éstas son las enfermedades oncológicas más frecuentes en las edades que comprende la niñez. Por supuesto, existen muchas otras, pero éstas raramente afectan en la infancia.

Asimismo, trataremos el linfoma de Hodgkin que es uno de los más interesantes en cuanto a la clínica de las enfermedades oncológicas infantiles se refiere.

En el hospital de la Arrixaca se tratan este tipo de leucemias infantiles con una eficacia claramente demostrada.

Leucemia linfocítica aguda

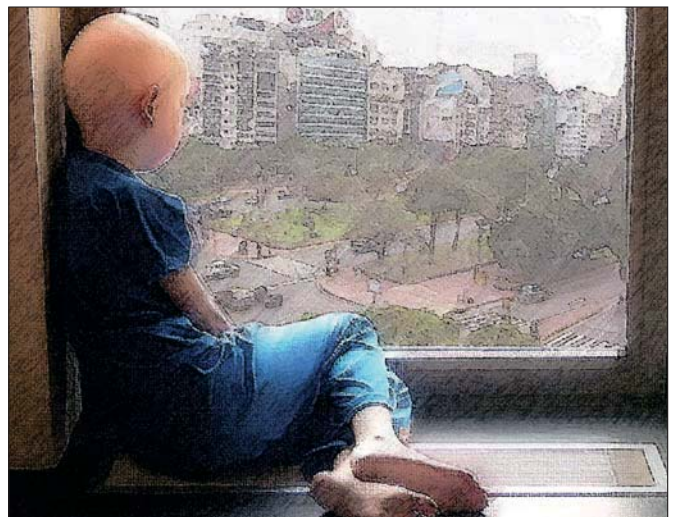
Las causas de LLA son desconocidas, aunque existen factores ambientales y genéticos.

La sintomatología de la leucemia sufre pocas variaciones en relación a los diferentes tipos celulares. Los motivos de consulta iniciales suelen ser fiebre, palidez, púrpura y dolor. El comienzo puede ser insidioso o brusco y los niños pueden presentar una o varias de estas manifestaciones, y éstas pueden ser a su vez de diferente grado de intensidad.

En muchas ocasiones los síntomas han aparecido pocos días antes, pero en otras los síntomas llevan germinando varias semanas o incluso meses antes de la consulta inicial. En los casos extremos, el inicio puede ser fulminante, con fiebre elevada, postración intensa, anemia, dolor sordo inespecífico e incluso generalizado y con presencia de grandes y abundantes hematomas y hemorragias excesivas. Otras veces,

el comienzo puede ser brusco y surgir como una infección generalizada grave, con fiebre alta, cefaleas, dolor en extremidades, lesiones ulcerosas en la boca, esplenomegalia, etc. La rapidez con la que estos síntomas progresan varía de forma considerable de un paciente a otro.

En general, el patrón más frecuente suele ser el de un niño que cuando se le atiende por primera vez ofrece una sintomatología escasa, aunque esto depende lógicamente de la meticulosidad del médico que lo atiende. Encontrándose una evolución insidiosa, con mal



estado general, escasa apetencia por el juego, anorexia, palidez y fiebre irregular. Podemos apreciar en la anamnesis y exploración física las siguientes manifestaciones; palidez, astenia, fiebre, púrpura, dolor osteoarticular, hepatoesplenomegalia y adenopatías.

La palidez es frecuente en las leucemias, es intensa y progresiva, causada por una anemia normocrómica-hiporegenerativa debido al desplazamiento de médula de la serie roja con la serie blanca hiperactiva, y a veces por la hemorragia. Los estudios eritrocínicos con isótopos han mostrado un acortamiento de la vida media de los hematíes. A veces existen autoanticuerpos que acentúan la hemólisis. Los trastornos hemorrágicos son cutáneos, en forma de petequias o equimosis, o bien entre otras localizaciones (epistaxis, gingivitis, hematurias, melenas, hemorragias oculares, de mucosas, etc.). La causa fundamental es la trombocitopenia de origen medular; también puede existir fibrinopenia por coagulopatía de consumo y aumento de sustancias fibronilíticas. Excepcionalmente existe hipoprotrombinemia y déficit de factor V por lesión hepática.

Normalmente las infiltraciones leucémicas se encuentran en sitios variados como por ejemplo, los huesos, la piel, ganglios linfáticos y abdomen.

- **La piel:** las manifestaciones más típicas son pequeñas placas amarillentas, ligeramente prominentes, difusas o localizadas.

- **El hueso:** a veces afecta a las costillas y cráneo, lo que da lugar a dolor y abultamiento; en los huesos de la órbita produce exoftalmos (que origina lesiones corneales, entre otros), clásicamente se habla de dolor óseo espontáneo o a la percusión del esternón o costillas, pero actualmente están las artralgias, con o sin tumefacción articu-

lar. Radiológicamente se observan bandas alternantes oscuras y claras por osteoporosis lineal juxtaepifisaria (bandas de baty-Vogt). Otras alteraciones son refuerzo periostio, aspecto apolillado del hueso, zonas de osteolisis localizadas o bien osteoporosis localizada.

- **Ganglios linfáticos:** las adenopatías no son marcadas, pero sí frecuentes.

- **Abdomen:** es frecuente la esplenomegalia (hasta 66%) y menos la hepatomegalia (25%). Las formas de mal pronóstico, con hiperleucocitosis y gran cantidad de formas atípicas, suelen asociar hepatoesplenomegalia.

Es excepcional la infiltración de glándulas lagrimales y salivares, pero cuando coexisten dan lugar al síndrome de Mikulicz. También puede existir infiltración a nivel testicular, ovárico, renal, del sistema nervioso y de encías.

La fiebre es muy frecuente, sobre todo por infecciones sobreañadidas debidas a la neutropenia. Los gérmenes causantes son del tubo digestivo (monilias, coli, proteus, pseudomonas) y piel (estepococo y estafilococo). Destacan también las infecciones por protozoos (pneumocisti) y virus como el del sarampión, incluso el atenuado de las vacunas (neumonía de células gigantes), el CMV y el de la varicela (forma hemorrágica y fatal).

En el diagnóstico, el estudio hematológico en sangre periférica muestra: a) anemia normocroma, hiperregenerativa, con escaso número de reticulocitos, aunque sólo un 25% tiene hemoglobina inferior a 6 g/dl; b) plaquetopenia: la mayoría con cifras inferiores a 100.000 plaquetas por mm³, aunque en un 25% es mayor; c) con respecto a la serie blanca, es posible encontrar una hiperleucocitosis, aunque el 50% tiene cifras menores de 10.000 leucocitos/mm³ (fase aleucémica).

La presencia de blastos en sangre sugiere el diagnóstico de la leucemia, aunque éste se confirma por el examen de médula ósea, la cual habitualmente está reemplazada por linfoblastos leucémicos. Ocasionalmente la médula es hipocelular, ayudando los estudios citogenéticos a identificar anomalías asociadas a síndromes preleucémicos. Si es imposible aspirar la médula o la muestra es hipocelular, se precisa una biopsia de médula ósea, por lo que es obligado realizar una radiografía de tórax para determinar si existe masa mediastínica. Las radiografías óseas pueden revelar alteraciones, pero carecen de importancia clínica o pronóstica, por lo que son innecesarias. Se debe examinar el líquido cefalorraquídeo para detectar células leucémicas, lo que tiene una gran implicación pronóstica.

- **Pronóstico:** el inmunofenotipo tiene importancia para decidir el tratamiento en función del riesgo existente, pero las pautas de tratamiento actual han eliminado gran parte de su importancia pronóstica. Hasta ahora se decía que la de mejor pronóstico era la LLA de células nulas, con un 95% de remisiones y supervivencia a los 5 años del 75%.

Las posibilidades actuales de curación en la LLA son elevadas cuando se trata de pacientes con riesgo estándar y en edad pediátrica. El recuento leucocitario inicial guarda relación inversa con la probabilidad de curación. La edad en el momento del diagnóstico es también un indicador de pronóstico fiable; los niños de diez años y los de menos de un año que tienen un reordenamiento cromosómico que afecta a la región 11q23 tienen peor pronóstico.

Linfoma de Hodgkin

Los linfomas son neoplasias que se forman a partir de las estructuras linfáticas. La falta de expresividad leucémica, al menos en su fase ini-

Características clínicas de los pacientes pediátricos con leucemia linfóide aguda según fenotipo leucémico

Características	Fenotipo B n=194 Nº de pacientes (%)	Fenotipo T n=44 Nº de pacientes (%)	Total n=238 Nº de pacientes (%)	p
Linfadeniopatías	93 (48)	33 (75)	126 (52,9)	0,002*
Adenopatías mediastinales	2 (1)	10 (22,7)	20 (8,4)	0,000*
Esplenomegalia	62 (32)	31 (70,4)	93 (39)	0,000*
Hepatomegalia	66 (34)	30 (68,2)	96 (40,3)	0,000*
Hemorragias	7 (3,6)	9 (20,4)	16 (6,7)	0,000*
Infiltración del sistema nervioso central	5 (2,6)	10 (22,7)	15 (6,3)	0,000*

* Diferencias significativas $p < 0,05$

cial, los individualiza frente a las distintas formas linfoides agudas de la leucemia. El grupo lo constituye, por un lado, el linfoma de Hodgkin (LH) y, por otro, los linfomas no Hodgkin (LNH). Aunque ambos tumores infiltran los órganos reticuloendoteliales, son biológico y clínicamente distintos.

● **Anatomía patológica:** El diagnóstico del LH requiere la realización de una biopsia de ganglios linfáticos. Es fundamental para el diagnóstico la presencia de células de Reed-Sternberg (CRS), que son unas células de gran tamaño, con un núcleo multilobulado que presenta nucleolos prominentes. Estas células se pueden observar a veces en otros trastornos como la mononucleosis infecciosa y los LNH. A continuación cito los cuatro subtipos histológicos de LH, según la clasificación de Rye:

- Predominio linfocítico
- Esclerosis nodular
- Celularidad mixta
- Depleción linfocítica

● **Manifestaciones clínicas:** el LH suele presentarse como un proceso localizado que se disemina posteriormente a estructuras linfoides contiguas, en última instancia se disemina a tejidos no linfoides. El hallazgo de presentación más frecuente es un

aumento indoloro del tamaño de los ganglios, éstos suelen ser firmes, no dolorosos a la palpación y habitualmente no confluentes. Es característica la ausencia de inflamación regional que justifique la adenopatía. Los ganglios afectados por el LH tienden a ser centripetos o axiales, a diferencia de los LNH, que tienden a ser centrifugos. En la infancia tienen una presentación cervical o supraclavicular en un 75% de los casos. De ellos, el 50% presentan afectación mediastínica durante la evolución de la enfermedad. La presentación inicial en el mediastino es del 6-11%; la enfermedad primaria localizada por debajo del diafragma es poco frecuente, un 6%; la afectación abdominal y retroperitoneal suele corresponder a cuadros muy agrosivos.

El impacto sobre el niño hospitalizado

Existen diferentes variables que intervienen en una experiencia de hospitalización y que pueden influir en las reacciones del niño enfermo hospitalizado, entre las que destacan la naturaleza de la enfermedad, la duración de la hospitalización, experiencias previas en hospitales, la ubicación de la curación, la comprensión de lo que les ocurre, el lenguaje que se utilice, la edad, sexo y desarrollo cognitivo.

El enfermo se encuentra solo en un ambiente extraño; rodeado de olores extraños y de gente vestida de manera extraña, allí no se sabe nunca lo que va a ocurrir. Desayuna casi de noche, cena de día, por la noche encienden las luces y le colocan termómetros o le pinchan. Todo está cambiando: el sueño, las comidas, etc... como si se abriese un paréntesis en su vida.

Existen muchas evidencias que documentan el serio problema e impacto psicológico que la hospitalización puede causar en los niños. Hay una gran variedad de síntomas y problemas de personalidad que se aprecian en el niño hospitalizado, todos ellos producidos por el estrés y la angustia que padecen. También hay niños que muestran reacciones adversas a la experiencia estresante de la hospitalización y cirugía cuando ya han regresado a sus casas.

Hoy rara vez se da la llamada depresión regresiva: una fase de protesta, de retraimiento y de aislamiento del mundo; pero es probable que existan variaciones individuales, dependiendo de la edad, advirtiendo las siguientes etapas:

● **Al principio el niño llora,** sacude la cuna, mira continuamente hacia el lugar por donde suele venir la madre.

- **Luego se vuelve retraído**, triste, inactivo...
- **En la última fase** muestra indiferencia.

En la mayoría de las hospitalizaciones actuales la madre se ve sustituida por las enfermeras, así, cuando ve a la madre, el niño la rechaza, estableciendo una relación más estrecha con alguna enfermera en concreto. No se trata de decir que se sienta o que esté adaptado, lo que tiene es una gran dificultad para adaptarse a la enfermedad, se podría decir que se añade más enfermedad.

Hay una amplia variedad de problemas que acechan al niño, que son bien conocidos y que suceden incluso en casos de corta hospitalización y que son los siguientes: depresión, ansiedad, temor a los médicos y a los hospitales.

Reacciones más comunes en las experiencias de hospitalización

- **Depresión**, inquietud, ansiedad.
- **Terror a los hospitales**, personal médico, agujas, procedimientos de diagnóstico como los rayos X y la ingestión de fármacos.
- **Eneuresis o encoresis** diurna o nocturna.
- **Miedo a la muerte**.
- **Mutismo**, regresión autista a grados de incomunicación o retraimiento en el contacto con la gente.
- **Problemas de alimentación** como rechazo o hiperfagia.

● **Alteraciones del sueño**, como insomnio, pesadillas o fobias a la oscuridad.

● **Regresión** a comportamientos más primitivos y pérdida de los niveles adquiridos previamente o del aprendizaje o conducta social.

● **Algunas de las conductas posibles que el niño puede manifestar tras el proceso de hospitalización pueden ser:** ir siempre detrás de su madre a cualquier lugar de la casa, ponerse nervioso al oír mencionar a los médicos o al hospital, tener pesadillas, etc... En la medida en que estas reacciones se manifiesten o aparezcan conjuntamente con otras, indican el grado de impacto adverso que ha tenido la experiencia.

Actitudes del niño frente a la hospitalización

Cuando un niño es hospitalizado, cambia su vida abruptamente. El hospital pasa a ser su espacio vital durante unos días, semanas o meses. Se convierte en su mundo. Se le separa de la casa familiar, la escuela, el barrio, los hermanos y los amigos. Se interrumpen las actividades usuales de juego, estudio y descanso.

En el nuevo ambiente, el niño se ve obligado a asimilar múltiples cambios. De repente, tiene que interactuar con muchas personas a quienes nunca ha visto. Entre ellos, y los más importantes, se encuentran los profesionales de la salud (médicos, psicólogos, enfermeras, etc...), quienes revestidos de un estatus especial, examinan su cuerpo y lo someten a diversas intervenciones que, por supuesto, no dejan de ser molestas y/o dolorosas.

Existen, además, cambios en el horario, la separación de su familia, el malestar que siente por su enfermedad, las restricciones para desplazarse, el reposo obligado, los ruidos y otras incomodidades, que contribuyen a explicar y nos

ayudan a entender porqué para muchos niños la experiencia de la hospitalización llega a convertirse en un verdadero trauma.

Tratamientos para paliar o curar el cáncer

El tratamiento del cáncer para niños incluye la quimioterapia (uso de medicamentos para matar las células cancerosas), la radioterapia (uso de radiaciones para matar las células cancerosas) y la cirugía (para extirpar las células cancerosas o tumores). El programa de tratamiento escogido va a depender siempre del tipo de cáncer que sea nos presente. Es necesario hacer un buen estudio y diagnóstico para no fallar en el tipo de tratamiento que habrá que administrar, ya que la curación de un cáncer, en la mayoría de los casos, depende de un conjunto de decisiones bien tomadas durante su hallazgo y posterior estudio. Por ello es importante tener claro las dosis, las terapias, etc... y todo ello adecuado siempre de una forma personal a cada niño y a las necesidades que cada uno de estos pacientes demanden en relación con su enfermedad.

Quimioterapia

La quimioterapia es una medicación que se utiliza como tratamiento complementario para eliminar las células cancerosas que quedan en el cuerpo. Los niños con cáncer suelen recibir la quimioterapia por vía intravenosa u oral. Algunos tipos de quimioterapia pueden ser aplicados en forma intracanal. Los medicamentos entran en el torrente sanguíneo y matan las células cancerosas en aquellas partes del cuerpo afectadas por el cáncer.

La duración de la quimioterapia y el tipo concreto de fármacos que se utilizan depende del tipo de cáncer que padezca el niño y de la respuesta a los mismos. El tratamiento es diferente en cada paciente, de mo-



Manifestación del linfoma Hodgkin (LH)

do que un niño puede someterse a quimioterapia diaria, semanal o mensualmente. También es posible que el pediatra recomiende varios ciclos de tratamiento para que el cuerpo del niño pueda descansar y recuperarse entre ciclo y ciclo.

Muchos de los medicamentos que se utilizan en quimioterapia conllevan el riesgo de padecer problemas a corto y a largo plazo. Los efectos a corto plazo incluyen vómitos, náuseas, caída del cabello, fatiga, anemia, mayor riesgo de hemorragia, y mayor riesgo de infección debido a la destrucción de la médula ósea, así como lesiones renales e irregularidades menstruales.

Algunos medicamentos que se usan en quimioterapia también se asocian a riesgo de inflamación de la vejiga, hematuria, pérdidas auditivas y lesiones renales. Otros pueden provocar problemas cardíacos y cutáneos. Algunos de estos efectos colaterales a largo plazo son la infertilidad, trastornos del crecimiento, daño a órganos e incremento del riesgo de sufrir un segundo cáncer.

Radioterapia

La radioterapia es uno de los tratamientos más habituales en el cáncer. Cuando un niño se somete a radioterapia es irradiado por un haz de ondas o partículas muy potentes que destruyen o lesionan las células cancerosas. Muchos cánceres infantiles se tratan con radioterapia, en conjunción con quimioterapia y/o cirugía.

La radioterapia tiene muchos efectos secundarios potentes (como mayor riesgo de malignidades y esterilidad), que deberían comentarse con el pediatra del niño. El objetivo del tratamiento del cáncer es curarlo; ésta es la prioridad absoluta sobre cualquier otro aspecto del cuidado del paciente. De todos modos, hay muchos medicamentos y terapias que pueden ayudar a hacer más soportable el tratamiento.

En el caso de los niños que reci-

ben radioterapia interna, es posible que existan ciertas restricciones. La radiación en el implante puede emitir rayos de alta intensidad fuera del cuerpo del niño y, por lo tanto, las visitas deben protegerse de esta radiación. El niño estará en una habitación privada y las enfermeras y las visitas podrán acompañarle durante cortos períodos de tiempo. El niño recibirá todo el cuidado necesario, pero las enfermeras trabajarán con rapidez para reducir el tiempo de exposición a la radiación.

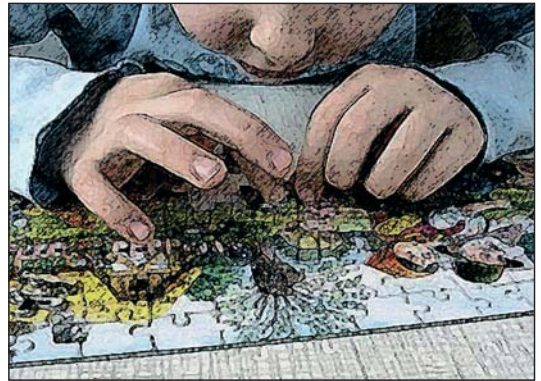
Al igual que ocurre con la quimioterapia, en la radioterapia también existen diversos efectos secundarios, aunque muchos pacientes no sufren ningún tipo de efectos secundarios, y los niños que sí los padecen, los experimentan durante el tratamiento, pero estos no son de vital importancia y pueden controlarse con un tratamiento adecuado.

Cirugía

En los niños con leucemia o linfoma, la cirugía suele desempeñar un papel poco importante. Esto se debe a que la leucemia y el linfoma son cánceres que afectan a los sistemas circulatorio y linfático, que están ampliamente distribuidos por todo el cuerpo, lo que dificulta tratarlos de forma local extirpando un área específica. Sin embargo, en el osteosarcoma y otros tumores aislados que afectan a partes reducidas de la anatomía corporal y que no han hecho metástasis en otras partes del cuerpo, la cirugía suele ser un arma eficaz para combatir el cáncer, combinada con la quimioterapia y/o la radioterapia.

Los niños con determinados tipos de cánceres pueden ser candidatos a someterse a un trasplante de médula ósea. La médula ósea es un tejido esponjoso que hay en el interior de determinados huesos del cuerpo y desempeña la función de producir glóbulos sanguíneos. Por ejemplo, si un niño padece un tipo de cáncer que influye sobre la función de los

glóbulos sanguíneos, un trasplante de médula ósea puede favorecer el crecimiento de nuevas células sanas. El trasplante de médula ósea a veces también se utiliza para tratar cánceres en los que no está comprometido el funcionamiento de glóbulos sanguíneos, porque ayuda a los médicos a utilizar dosis de quimioterapia más elevadas de las que habría tolerado el paciente si no se le hubiera hecho el trasplante.



Animación y juegos para los niños hospitalizados

En mis numerosas subidas a la Arrixaca, el complejo sanitario donde realizo mi voluntariado, organizamos numerosas actividades para los niños. Lo más importante es que, durante unas horas, los niños olviden aquella enfermedad que les produce tanto dolor. Yo en particular me encargo de organizar durante la semana el plan de actividades para el sábado que me toca realizarla. Mi mayor satisfacción es ver a esos niños felices.

Para mí cada dibujo que les digo que es precioso, es mejor que el anterior.

Los juegos para los niños hospitalizados suponen salir de la rutina, ya que aunque, se han instalado aulas donde pueden continuar sus estudios y donde lo pasan muy bien, los momentos de ocio siguen siendo reconfortantes e importantes, sobre todo para que nadie olvide que, ante todo, son niños. ●



Cuidados y técnicas del TCE/AE en el sondaje vesical

El cateterismo vesical es un hecho común en los ingresos hospitalarios (alrededor del 10-15 % de los pacientes) y constituye el principal factor de riesgo en la infección urinaria, prolongando la estancia hospitalaria entre 2 y 10 días.

SUMARIO:

El sondaje está indicado
Las contraindicaciones

Tipos de sondas urinarias

Según su composición
Según el calibre
Según la longitud
Según el tiempo de permanencia del sondaje

Material necesario para insertar una sonda

Procedimiento de la inserción de una sonda

en varones
en mujeres

Complicaciones agudas de la instrumentación uretral. Prevención y tratamiento

Cuidados en el paciente con sonda vesical permanente

Retirada de sonda vesical

La infección urinaria que se produce en pacientes ingresados es más grave que la ambulatoria debido a que:

- El sujeto receptor tiene una patología previa que puede haber deteriorado sus mecanismos de defensa.
- Los agentes causales son gérmenes hospitalarios más resistentes a los antibióticos.

Los mecanismos de contagio más comunes son:

1. Contaminación en el momento del sondaje por microorganismos de la región perineal.
2. A través de las manos del personal sanitario.

3. Migración retrógrada de los microorganismos por la luz del catéter.
4. Por soluciones antisépticas contaminadas, instrumental, etc.

■ **El sistema de drenaje abierto** favorece la aparición de bacteriuria en el 50% de los pacientes durante las primeras 24 horas del sondaje y de casi el 100% antes de terminar el cuarto día.

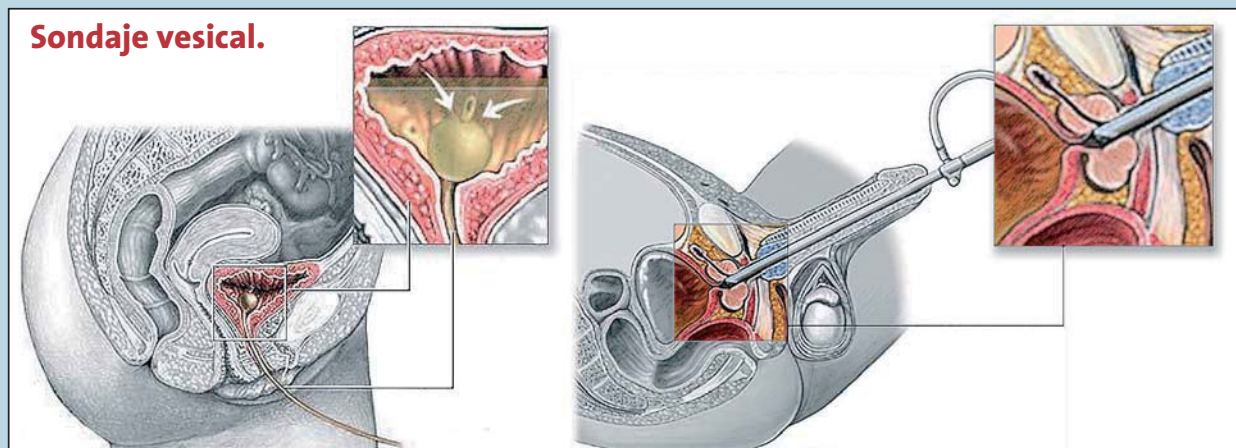
■ **El sistema de drenaje cerrado** reduce la incidencia de bacteriuria en aproximadamente el 5% de pacientes por día de sondaje y solamente un 50% de los pacientes portadores de sonda vesical presentan infección entre los 11-13 días tras la colocación de la sonda.

La mayoría de estas infecciones cursan de forma asintomática y

se resuelven mejor tras la retirada de la sonda con tratamiento antibiótico.

El sondaje está indicado para:

- Vaciar la vejiga en caso de retención urinaria.
- Controlar la cantidad de la diuresis.
- Recoger muestra de orina estéril cuando no se puede obtener por los medios habituales.
- Determinar si persiste orina residual después de una micción espontánea.
- Permitir la cicatrización de vías urinarias tras la cirugía.
- Realizar irrigaciones vesicales en caso de hematuria (lavados), o administrar



medicación con finalidad de diagnóstico o tratamiento.

- Mantener seca la zona genital en pacientes incontinentes en situaciones especiales, como es el caso del tratamiento de escaras, úlceras o dermatitis de contacto en la región genitourinaria o sacra de difícil manejo.

Las contraindicaciones son:

- Incontinencia urinaria: utilización prioritaria de reeducación vesical, colectores, pañales.
- Prostatitis aguda.
- Lesiones uretrales (estenosis, fistulas).
- Traumatismos uretrales (doble vía, etc.).

Tipos de sondas urinarias

Las sondas pueden ser de muy diferentes materiales, y los más utilizados son el látex, el látex siliconado, la silicona pura, el polivinilo y los poliuretanos. Su tamaño está calibrado por unidades francesas que miden la circunferencia externa. Las sondas vesicales poseen uno o varios orificios en la parte distal, la forma de los mismos y el tamaño depende del tipo de sonda y de la forma que tienen en la punta. En su interior pueden tener hasta 3 vías distintas; en el caso de que sólo tengan 1, éstas suelen ser rígidas y se utilizan para sondajes intermitentes o para dilatar la uretra; cuando tienen dos vías, una correspondería al balón que sirve para fijarla a las paredes de la vejiga rellenándola con agua destilada; la tercera vía se utiliza para irrigar la vejiga de forma continua.

Por su composición las sondas se pueden clasificar en:

- **Látex:** De uso muy frecuente, sin embargo las sondas de látex pueden provocar alergia en las personas alérgicas al látex.

Para evitarlo existen sondas de látex recubierto por una capa de silicona.

- **Silicona:** Los catéteres de silicona son los que presentan mayor biocompatibilidad y a igualdad de calibre exterior, mayor calibre funcional (luz interior), por lo que pueden ser más finas y tener, por tanto, mejor tolerancia.

Según el calibre:

Los calibres deben seleccionarse en función del sexo, edad y características del paciente.

- En adultos existen sondas desde el calibre 8 al 30, los más utilizados son:
 - Mujeres: 14-16 CH
 - Varones: 16-18-20-22 CH
- En niños se suelen usar 06-10 CH

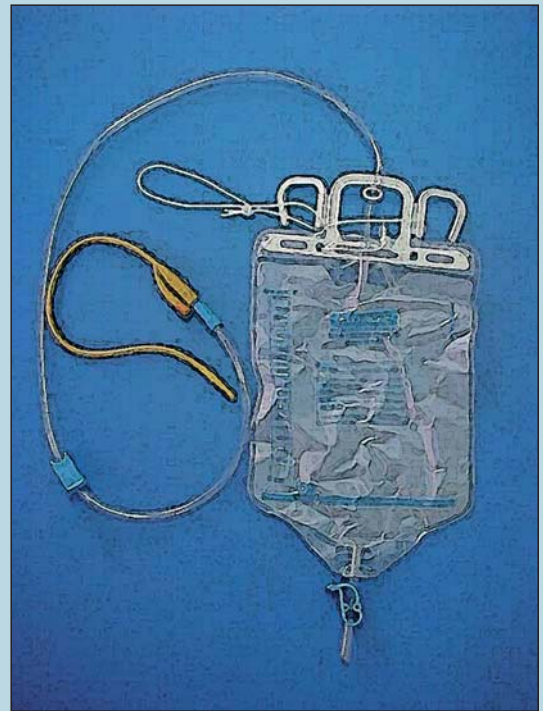
Según la longitud:

- Masculinas: 40cm. Para sondajes temporales y permanentes se usan también en mujeres.
- Femeninas: 20cm. Para sondajes de vaciado o para extraer muestra.
- Pediátricas: 20cm.

Según el tiempo de permanencia del sondaje:

Las sondas utilizadas para el vaciado por autosondaje intermitente son diferentes a las utilizadas en el sondaje permanente.

- El sondaje intermitente es el principal tratamiento de la incontinencia causada por daño medular o daño de los nervios que controlan la micción, y que producen incontinencia con mal vaciado de la vejiga. Consiste en la introducción de un catéter o sonda en la vejiga, a través de la uretra, para vaciarla de orina. La frecuencia del sondaje dependerá del volumen de orina diario y





de la capacidad de la vejiga (3-4 sondajes diarios) y se realiza por el propio paciente o sus cuidadores (autosondaje).

- En el sondaje permanente la sonda es mantenida en su lugar por un balón que se hincha con aire o agua al colocarla. Está indicado en casos de intervención quirúrgica, para controlar la diuresis, o cuando es necesario mantener una vía de drenaje o de lavado continuo de la vejiga. Una sonda permanente debe cambiarse cada 15-20 días, aunque las sondas de silicona pueden mantenerse un período más largo de hasta 2-4 meses.

Como hemos visto, la cantidad de modelos de sondas que existen en el mercado es muy grande, variando de tamaño, forma,

consistencia y material con los que están construidas:

- **Sencillas y autorretentivas.** Todas se pueden clasificar, según su terminación, en rectas y acodadas (generalmente se emplean en la actualidad, con una sola acodadura). Según su extremo, pueden ser de punta sólida o hueca.

- **Con orificio terminal o sin él.** Este orificio puede ser circular central o en pico de flauta (sonda de pico biselado o de Couvelaire). Los orificios laterales pueden ser uno o varios.

- **La punta puede tener forma cónico-olivar** (y si es además curva: sonda Tieman) o redondeada (recta: sonda Nelaton-Robinson).

- **Pueden tener en su superficie exterior un estriado longitudinal** para impedir la retención de secreciones uretrales.

- **Las autorretentivas con globo, o de Foley,** pueden ser de dos y tres vías (canales de entrada y salida y el correspondiente al balón de retención). Además de todas las variantes en cuanto a los materiales en su construcción, clases de punta, orificios terminales y latera-

les; también varían en la capacidad que admite el balón (hasta 100 ml).

- **Las hay de lavado,** para cirugía prostática principalmente, con más de dos orificios laterales, acodadas y terminadas en un orificio en bisel.

- Otras, tienen su pared reforzada con una espiral metálica: son las **sondas hemostáticas.**

- **Otras autorretentivas,** que sólo y excepcionalmente se usan en la mujer, son las de punta en forma de seta (Pezzer) o con aletas laterales que las fijan (Malecot).

El diámetro de los catéteres se mide con la escala francesa de Charrière (Fr. o Ch.). Cada puntuación corresponde a 1/3 de milímetro.

Material necesario para insertar una sonda

1. Guantes estériles (2).
2. Paño estéril.
3. Povidona yodada.
4. Lubricante hidrosoluble.
5. Equipo de 2 pinzas (una de ellas Kocher).
6. Jeringa de 20 cc.
7. Agua destilada o suero fisiológico estéril en su defecto.
8. Bolsa colectora (sistema cerrado de no existir hematuria).
9. Soporte para la bolsa colectora.
10. Paquete de gasas.
11. Jeringa de 50 con cono de alimentación.

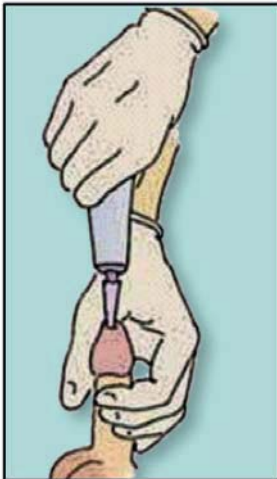
Procedimiento de la inserción de una sonda En varones

1. Anamnesis del paciente para conocer su historia clínica, antecedentes de estenosis de meato, de prostática, tumor vesical, etc., que nos podrían dificultar el sondaje.
2. Explicar al paciente la técnica a realizar, dándole la posibilidad de que exprese sus dudas y preservando su intimidad.
3. Lavado de los genitales externos del paciente, retrayendo el

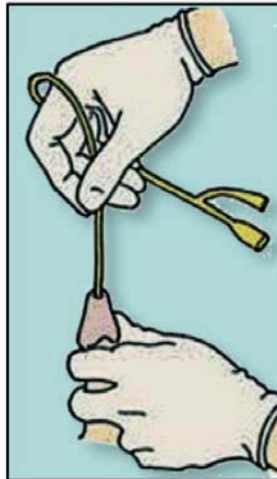
Procedimiento

La técnica de inserción de la sonda corresponde a la Enfermera, el TCE/AE la asistirá, preparará el material, realizará la primera limpieza de la zona con agua y jabón neutro o según indicación. Hay que conocer la técnica, ya que se participa en ella.

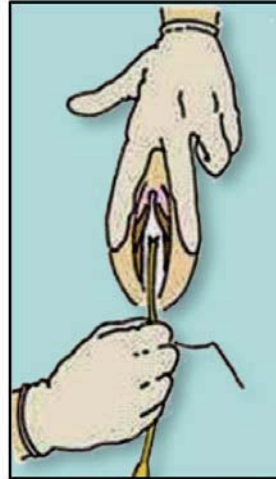
Procedimiento de la inserción de una sonda.



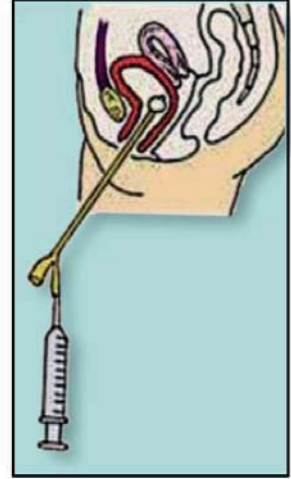
Aplicación directa de lubricante urológico anestésico



Sondaje temporal y permanente en el varón



Sondaje permanente en la mujer



Sondaje temporal y permanente en la mujer inflado de balón

prepucio y limpiando el surco bálano-prepucial.

- Instar al paciente a que se coloque en posición de decúbito supino.
- Pincelar con solución yodada los genitales externos, la uretra del paciente, retrayendo el prepucio.
- Lubricar la uretra con un lubricante hidrosoluble con xylocaina de forma abundante. Evitar poner vaselina debido al riesgo de cristalización. Esperar unos minutos para que el anestésico que contiene haga su efecto.
- Cambiar de guantes y colocar un paño estéril.
- Preparar todo el material que vayamos a utilizar, catéter, gasas, jeringa de 20 cc.
- Comprobar el buen funcionamiento del globo del catéter inyectando 10 cc de aire y esperando unos segundos. Después, retirar el aire.
- Colocar el pene, retirando completamente el prepucio, en un ángulo de 90 respecto al abdomen del paciente, aplicar una suave tracción hacia arriba para enderezar la uretra. Pídale al

paciente que haga fuerza como si fuera a orinar, lo que relajará los esfínteres y permitirá una penetración más suave. Introducir la sonda unos 20 cm hasta alcanzar la vejiga y comprobar que refluye orina.

- Si ofrece resistencia al avance de la sonda, aumentar progresivamente la tracción a la vez que intenta introducir la sonda, siempre sin utilizar la fuerza. Esta maniobra puede permitir avanzar la sonda más allá de los pliegues de la uretra.
- Si no cede la resistencia, cambiar el ángulo del pene hacia abajo a la vez que se introduce la sonda con cortos movimientos de rotación hasta conseguir que fluya la orina.
- Si la sonda tiene globo sería el momento de insuflarlo con agua destilada, evitar el SF por riesgo de cristalización de la sal, anotando los cc. que se meten.
- Siempre que el sondaje se realice por presentar el paciente una retención urinaria, se procederá a pinzar cada 500 cc. de forma intermitente el tubo de la bolsa colectora, para evitar

hemorragias por descompresión vesical brusca.

- En paciente con hipertrofia prostática o post-operados puede ser difícil la introducción del catéter más allá de la glándula prostática. Igualmente hay pacientes que presentan estenosis uretrales en algún tracto de la uretra, en ambos casos, la colocación de la sonda debe ser efectuada por un urólogo, que valorará la punción suprapúbica.
- Siempre que se termine de realizar un sondaje hay que dejar la piel del prepucio recubriendo el glande para evitar edemas, parafimosis.
- Anotar en la historia del paciente las incidencias del sondaje, el calibre del catéter, el tipo de lubricante, la de orina excretada, el desinfectante utilizado y el tipo de bolsa de drenaje sistema abierto o cerrado que se le haya colocado.

En mujeres

- Explicar a la paciente la técnica a realizar, dándole la posibilidad de que exprese sus dudas y preservando su intimidad.



2. Lavado de los genitales externos de la paciente, incluyendo el interior de los labios mayores y menores.
3. Instar a la paciente a que se coloque en posición ginecológica.
4. Colocar paño estéril.
5. Separar los labios mayores para exponer el meato, con el índice y pulgar de la mano no dominante, ejerciendo una ligera tensión hacia arriba y hacia atrás. Con la mano dominante pincelar la zona a ambos lados del meato, con movimientos descendentes, desechando la torunda después de cada pasada.
6. Limpiar el meato con una torunda seca e introducir la sonda bien lubricada con suavidad, pidiéndole a la paciente que realice inspiraciones profundas y prolongadas, a la vez que empuja hacia abajo con los músculos de la pelvis para facilitar la penetración.
7. Si se encuentra resistencia, angular ligeramente la sonda hacia la sínfisis púbica. Si no hay reflujo de orina después de insertar la sonda de 8 a 10 cm, y la paciente no está deshidratada o ha hecho una micción reciente, puede ser que se haya introducido por error la sonda en vagina. Repetir

el procedimiento utilizando otro par de guantes, y para evitar el posible error mantener insertada la primera sonda.

8. Una vez conseguido el drenaje de la orina, insuflar el balón, en caso de que lo lleve, de la misma forma que en el caso de los varones.
9. Anotar en la historia del paciente las incidencias del sondaje, el calibre del catéter utilizado, el tipo de lubricante, la cantidad de orina excretada, el desinfectante utilizado y el tipo de bolsa de drenaje sistema abierto o cerrado que se le haya colocado al paciente.

Características de la **bolsa de diuresis** para prevenir infección:

- Que la bolsa sea estéril.
- Que tenga una válvula antirreflujo.
- Que tenga una válvula de vaciado.

Para recoger **muestras de orina**, tendremos en cuenta la técnica en condiciones de asepsia, con guantes estériles en el caso de urocultivos y pinchamos con aguja y jeringa la goma o sello de caucho que previamente hemos limpiado con una solución antiséptica. Tras pinzar la bolsa colectora procederemos a aspirar hasta

conseguir una cantidad adecuada para analizar. Hay sondas que ya tienen un dispositivo para recogida de orina para urinocultivo.

Complicaciones agudas de la instrumentación uretral. Prevención y tratamiento

- **La complicación más inmediata es la “falsa vía”** o perforación de la mucosa uretral por la sonda, notándose porque ésta no progresa y por la aparición de uretrorragia. Se previene con el uso de catéteres de calibre adecuado a la uretra, y con el uso de instrumentos no rígidos, de punta redondeada y acodada.
- **Otra, es la hematuria “ex vacuo”**, que se debe a la congestión pasiva y dilatación venosa que se produce después del vaciamiento de la orina, sobre venas que tienen debilitadas sus paredes por la hiperpresión que producía el globo vesical.

Esto, a veces, produce unas hemorragias muy copiosas, por lo que si la sonda no es de tres vías y de pico de flauta, es conveniente colocar una de ellas para hacer lavados continuos de modo que no se retengan los coágulos.

- **Otra complicación es la infección urogenital**, por lo que se han de tomar medidas completamente asépticas en las maniobras de cateterismo y lubricar la uretra abundantemente. Como consecuencia se pueden producir epididimitis agudas, sepsis de origen urinario. Si aparecen es conveniente tratar con los antibióticos adecuados, según el antibiograma del cultivo de la orina o de la punta de la sonda.

- **Otra es la uretritis**, que se produce por el estancamiento de las secreciones uretrales entre la sonda y la pared uretral, y su infección secundaria. Se previene con la colocación de catéteres que no cierren por completo el meato uretral, bien

porque sean más finos que el diámetro uretral. Así como por el uso de sondas estriadas. Es necesario, también, lavar con soluciones anti-sépticas las secreciones que se depositan junto al meato uretral.

En enfermos diabéticos se ha descrito algún caso de necrosis del glande.

■ **Otra complicación de menor importancia es la salida de orina entre uretra y sonda**, lo que le produce al enfermo gran desazón. Se debe a espasmos de la vejiga que mejoran con espasmolíticos.

Cuidados en el paciente con sonda vesical permanente

- 1) Observar periódicamente la permeabilidad de la sonda.
- 2) Fijar el tubo de drenaje a la pierna del paciente calculando la movilidad de la misma para evitar tirones.
- 3) Lavar la sonda cuando sea preciso para mantenerla permeable, según técnica aséptica.
- 4) Indicar al enfermo que mantenga la bolsa del drenaje por debajo del nivel de la vejiga, para prevenir infecciones por reflujo.
- 5) Evitar desconexiones de la sonda innecesarias siempre que se puedan utilizar sistemas cerrados de drenaje.
- 6) Excepto que este contraindicado (pacientes con fallo renal o cardíaco), estimular el aporte de líquidos de dos a tres litros por día, para aumentar el flujo urinario y evitar el riesgo de infección.
- 7) Limpieza de la zona perineal exhaustivamente cada 12 horas.
- 8) Valorar los indicadores de infección urinaria (aumento de la temperatura, escalofríos, dolor en flanco suprapúbico, orina turbia o mal oliente, hematuria).
- 9) Valorar la aparición de infección uretral, comprobando que no hay secreción alrededor de la sonda, en caso de que ésta existiera, tomar una muestra para cultivo.



- 10) Cuando haya que pinzar la sonda, hacerlo siempre en el tubo de drenaje de la sonda, nunca en el catéter.
- 11) Los cambios de sonda vesical permanente están indicados cuando:
 - a) La obstrucción de la sonda no se pueda permeabilizar.
 - b) Por roturas de la misma.
 - c) Cuando lo aconseje la duración máxima de la sonda.

Retirada de sonda vesical

1. Explicar al paciente el procedimiento que vamos a realizar, asegurándole que no es doloroso, sino ligeramente molesto.
2. Pincelar con solución antiséptica la doble vía.
3. Conectar una jeringa y vaciar completamente el contenido del balón. En algunos casos puede suceder que bien por fallo de fabricación o porque se haya pinzado en algún momento el catéter por encima de la doble vía, la luz de la misma esté pegada evitando que se pueda vaciar el balón. Si cortando la doble vía por encima de la válvula no fluye el suero procederemos a introducir un fiador fino (tipo Drum®) lentamente hasta sobrepasar la obstrucción, en ese momento vaciaremos el balón asegurán-

donos que se saca la totalidad del suero que contiene.

4. Retirar la sonda suavemente y si el paciente es autónomo indicarle que se lave bien la zona, si no lo es, proceder a su limpieza.
5. Anotar la diuresis existente en la bolsa de drenaje, y las características de la misma, así como la hora en que se realiza la retirada.
6. Controlar las micciones tras la retirada de la sonda por si apareciera alguna alteración. En pacientes postoperados puede aparecer disuria y polaquiuria, ambas alteraciones son normales después de una intervención y mejoran con el paso del tiempo.

Por último se debe registrar el proceso después de haber efectuado el sondaje vesical. Se anotará:

- La hora de colocación de la sonda.
- La razón del procedimiento.
- El tipo de sonda utilizada y el calibre.
- Si se ha realizado alguna prueba con la orina emitida, el color de la misma y su aspecto. La cantidad de orina evacuada.
- Las molestias que manifieste el paciente tales como dolor o escozor. ●

Granada acogerá el **XXIII Congreso Nacional** de TCE

Los próximos días 6, 7 y 8 de junio, la Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería (FAE) y el Sindicato de Técnicos de Enfermería (SAE) celebrarán su vigésima tercera edición del Congreso Nacional de Técnicos en Cuidados de Enfermería. El marco elegido para esta nueva cita anual ha sido la ciudad de Granada y el tema “La intervención del TCE/AE en Cuidados Paliativos. El arte de Cuidar”.

A lo largo de su andadura, el Congreso Nacional de Técnicos en Cuidados de Enfermería se ha ido consolidando edición tras edición hasta verse convertido en un referente para los profesionales TCE.

La relevancia adquirida por esta cita anual, organizada por FAE y SAE, se debe tanto al interés y actualidad de los temas abordados como a la calidad del programa científico que se compone a partir de los mismos. Año tras año, desde la organización del Congreso

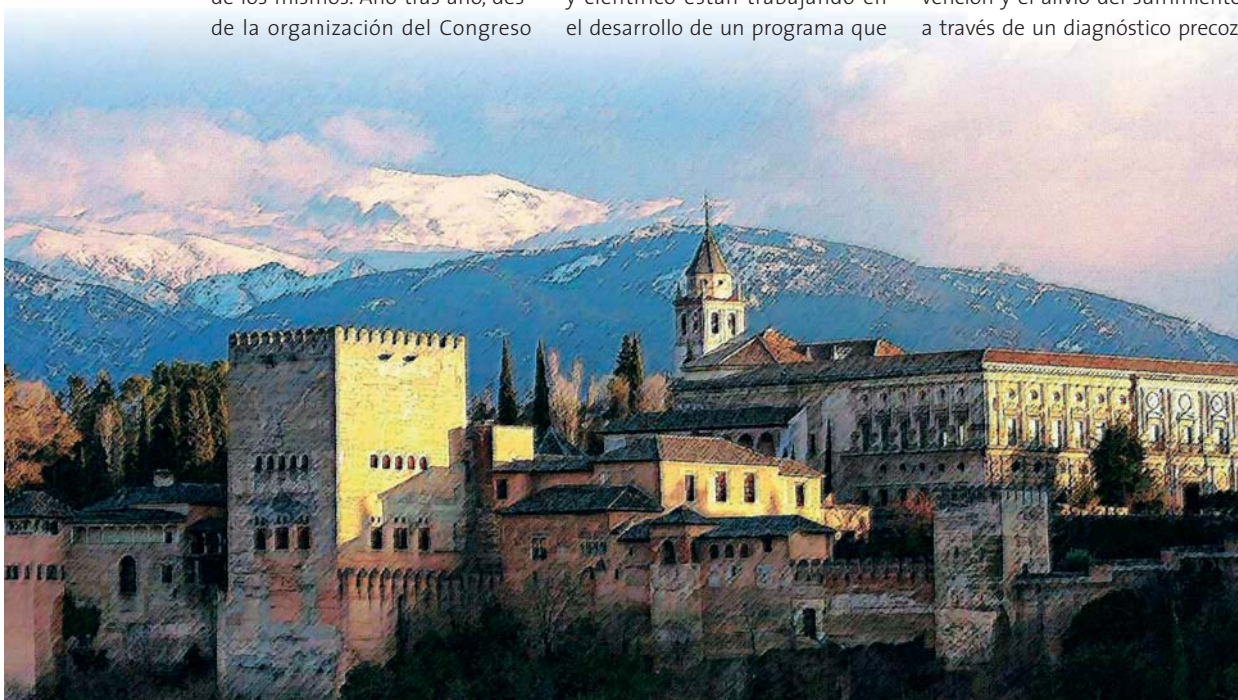
se trabaja con ilusión y esfuerzo para ofrecer a los congresistas y ponentes tres jornadas amenas, didácticas y atractivas, así como por ofrecer una pequeña pincelada de la ciudad en la que se desarrolla cada edición.

Y Granada no podía ser menos. Desde que el pasado mes de junio se anunciara en Palma de Mallorca el destino que acogería la vigésima tercera edición del Congreso Nacional, los comités organizador y científico están trabajando en el desarrollo de un programa que

abarque los aspectos más interesantes y novedosos de los cuidados paliativos.

Programa Científico

La Organización Mundial de la Salud define los cuidados paliativos como “un modo de abordar la enfermedad avanzada e incurable que pretende mejorar la calidad de vida tanto de los pacientes que afrontan una enfermedad como de sus familiares, mediante la prevención y el alivio del sufrimiento a través de un diagnóstico precoz,





una evaluación adecuada y el oportuno tratamiento del dolor y de otros problemas tanto físicos como psicosociales y espirituales”.

La aplicación de estos cuidados recupera la atención cercana y la comprensión que requiere todo paciente, especialmente si éste se encuentra en fase terminal, y que quizá se ha podido ver empañada en algún momento por los avances tecnológicos y el progreso científico.

“Los Técnicos en Cuidados de Enfermería sabemos muy bien cómo acercarnos al paciente, cómo dotarle de una atención personalizada, atenta y comprensiva y cómo empatizar con su situación. Nuestro colectivo es el que más tiempo pasa junto al enfermo, el que mejor puede llegar a conocerle y, consecuentemente, el que mejor comprende

sus inquietudes y dudas. Por ello es tan importante que los Técnicos en Cuidados de Enfermería actualicemos nuestros conocimientos y aprendamos nuevas fórmulas que nos permitan ofrecer al enfermo y su familia los cuidados adecuados para minimizar su sufrimiento”, explica Dolores Martínez, Presidenta de FAE.

Para ello, el XXIII Congreso Nacional recoge en su programa cuestiones tan interesantes como la

legislación que gira en torno a los cuidados paliativos, las claves que sustentan la atención integral que debe recibir el paciente terminal y su familia, el manejo de la urgencia en este campo asistencial o las obligaciones que ocupan a los profesionales TCE en la unidad de cuidados paliativos, entre otras. Asimismo, el Congreso contará con la presencia de profesionales expertos en los Cuidados Paliativos, como es el caso del Dr. Marcos Gómez Sancho, Presidente de la Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial, Director de la Unidad de Medicina Paliativa del Hospital Universitario Dr. Negrín de Gran Canaria, y galardonado en 2011 con la Medalla de Oro al Mérito en el Trabajo por su dedicación a los Cuidados Paliativos.

El Dr. Marcos Gómez Sancho asistirá al XXIII Congreso Nacional

El incuestionable interés que tiene el programa científico y que, por lo tanto, hace de este congreso una cita ineludible para todos los profesionales Técnicos en Cuidados de Enfermería, viene acompañado por una, no menos atractiva, oferta de ocio, que permitirá a los TCE conocer los monumentos y barrios más emblemáticos e interesantes de Granada gracias a las diferentes excursiones que desde el Comité Organizador se están preparando. ●



Palacio de Congresos de Granada



PROGRAMA DE FORMACIÓN A DISTANCIA

PROGRAMA DE FORMACIÓN A DISTANCIA 2011/2012 (segunda edición)



PROGRAMA DE FORMACIÓN A DISTANCIA 2011/2012 PARA TÉCNICOS EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA/AE

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

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"/> Bloque de ATENCIÓN DE ENFERMERÍA ANTE EL MALTRATO (150 h.- 10,9 créditos) 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)	125 €	180 €
<input type="checkbox"/> Bloque de CUIDADOS PEDIÁTRICOS (105 h. - 11,2 créditos) Cuidados materno-infantiles para AE/TCE (65 h.- 7,7 créditos) Infecciones respiratorias pediátricas. Cuidados del TCE/AE (20 h.- 1,8 créditos) FORMATO CD Cuidados del TCE/AE en los trastornos de la regulación de la temperatura en pediatría (20 h.- 1,7 créditos) FORMATO CD	90 €	130 €
<input type="checkbox"/> Bloque de TÉCNICAS HOSPITALARIAS (180 h.- 12,5 créditos) Cuidados y técnicas para AE/TCE en Atención Especializada (65 h.- 5,4 créditos) Actuación del TCE/AE ante las enfermedades nosocomiales y aislamientos (65 h.- 3,6 créditos) Cuidados del TCE/AE en la unidad de urología (50 h.- 3,5 créditos)	140 €	195 €
<input type="checkbox"/> Bloque EL TCE/AE EN HOSPITALIZACIÓN (80 h.- 9,3 créditos) Anatomía y movilización de pacientes para TCE/AE (20 h.- 2,2 créditos) FORMATO CD Cuidados del TCE/AE al paciente infeccioso (20 h.- 2,2 créditos) FORMATO CD El TCE/AE ante las necesidades de alimentación y nutrición del paciente (20 h.- 2,3 créditos) FORMATO CD Técnicas de desinfección y esterilización para TCE/AE (20 h.- 2,6 créditos) FORMATO CD	85 €	120 €
<input type="checkbox"/> Bloque FARMACIA Y LABORATORIO PARA TCE/AE (190 h.- solicitada acreditación) Conocimientos básicos del medicamento, proceso L.A.D.M.E. y vías de administración (100 h.- 3,3 créditos) Operaciones básicas de laboratorio farmacéutico y formulación magistral (50 h.- solicitada acreditación) Farmacología básica para AE/TCE (40 h.- 2,7 créditos)	180 €	259 €

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. El pago debe hacerse a nombre del titular del curso.

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



PROGRAMA DE FORMACIÓN A DISTANCIA 2011/2012 PARA TÉCNICOS EN FARMACIA

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

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 _____

	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 €
<input type="checkbox"/> Principios básicos de Farmacología para Técnicos de Farmacia (40 h.- 5,2 créditos)	45 €	70 €
<input type="checkbox"/> Operaciones básicas de laboratorio farmacéutico y formulación magistral (50 h.- solicitada acreditación)	51 €	75 €
<input type="checkbox"/> Bloque FARMACIA Y LABORATORIO PARA TÉCNICOS EN FARMACIA Compuesto por estos tres cursos (190 h.- solicitada acreditación)	180 €	259 €

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. El pago debe hacerse a nombre del titular del curso.

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

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

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) FORMATO CD	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) FORMATO CD	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) FORMATO CD	25,00 €	34,00 €
<input type="checkbox"/> Cuidados intensivos para AE/TCE (40 h.- 6,6 créditos)	45,00 €	70,00 €
<input type="checkbox"/> Cuidados materno-infantiles para AE/TCE (65 h.- 7,7 créditos)	57,00 €	81,00 €
<input type="checkbox"/> Cuidados y atención del AE/TCE al paciente neurológico. Módulo I (50 h.- 4,5 créditos)	51,00 €	75,00 €
<input type="checkbox"/> Cuidados y atención del AE/TCE al paciente neurológico. Módulo II (50 h.- 4,9 créditos)	51,00 €	75,00 €
<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) FORMATO CD	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 cardiopulmonares (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) FORMATO CD	25,00 €	34,00 €
<input type="checkbox"/> Técnicas de desinfección y esterilización para AE/TCE (20 h.- 2,6 créditos) FORMATO CD	25,00 €	34,00 €
<input type="checkbox"/> Técnicas y cuidados del AE/TCAE ante las enfermedades cardíacas. Módulo I (20 h.- solicitada acreditación) FORMATO CD	25,00 €	34,00 €
<input type="checkbox"/> El AE/TCE en la prevención y cuidados de las úlceras por presión (65 h.- 7,9 créditos)	57,00 €	81,00 €
<input type="checkbox"/> Operaciones básicas de laboratorio farmacéutico y formulación magistral (50 h.- solicitada acreditación)	51,00 €	75,00 €
<input type="checkbox"/> Cuidados y técnicas del AE/TCE en oncología infantil (70 h.- solicitada acreditación)	65,00 €	88,00 €

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".

➤ Exposición

Museo de Bellas Artes de Sevilla

- **Dirección:** Plaza del Museo, 9
- **Horario:** De martes a sábado, de 9 a 20:30 horas; domingos y festivos, de 9 a 14:30 horas. Lunes cerrado.
- **Teléfono:** 954 786 500
- **Precio:** 1,5 euros. Gratis para ciudadanos de la Unión Europea acreditados, estudiantes con carnet internacional y miembros del Consejo Internacional de Museos.

El Museo de Bellas Artes de Sevilla se inaugura oficialmente en 1941 y ocupa el antiguo Convento de la Merced Calzada. La pinacoteca ofrece un recorrido por la pintura de la escuela sevillana, además permite ver algunos ejemplos de otras escuelas europeas.

Nuestra visita al museo estará acompañada por maestros como Murillo, Francisco Zurbarán o Valdés Leal.

Una de las salas que más destaca es la que ocupa la antigua iglesia del Convento de la Merced, donde se exponen los grandes lienzos de altar de los autores más significativos de la pintura sevillana del s. XVII y que nos permiten ver la evolución que va desde la pervivencia de la tradición manierista hasta la renovación naturalista que se acabará imponiendo. Además, en la



cabecera de la sala se expone la obra de Murillo, que constata el progreso hacia el pleno Barroco.

Todos los amantes del arte que deseen profundizar en la pintura y escultura de la escuela sevillana no pueden dejar de visitar el Museo de Bellas Artes de la capital hispalense.

➤ Lectura

Nos compramos un zoo

- **Autor:** Benjamín Mee
- **Editorial:** Planeta
- **Precio:** 18,90 euros

¿Qué harías si supieras que van a cerrar un zoo y van a sacrificar a todos sus animales? Benjamín Mee lo tuvo claro: comprarlo.



El autor de *Nos compramos un zoo* nos cuenta su aventura y la de su familia desde el momento en que tomaron la decisión de comprar el Zoo de Dartmoor (Inglaterra) y salvar así la vida de 200 animales.

Con un ritmo narrativo muy ágil, el periodista británico Benjamín Mee nos acerca su testimonio y sensaciones ante la decisión de abandonar una vida cómoda y entregarse a la aventura de comprar el zoo. Hasta llegar a convertirse en vecino de tigres siberianos, pavos reales, jaguares o puercoespines, acontecimiento que ocurrió en julio de 2007, Mee y su familia tuvieron que enfrentar su entusiasmo inicial a meses

de negociaciones, problemas familiares (el fallecimiento de su esposa), preocupaciones de carácter financiero, proyectos para mejorar y modernizar las instalaciones del zoológico...

A pesar de todos los avatares por los que pasaron, ahora el Zoo de Dartmoor es visitado por decenas de miles de personas al año y forma parte de una red global de instalaciones y programas dedicados a la conservación.

Además, los amantes del cine, pueden disfrutar de esta historia en las pantallas, pues recientemente se han estrenado las aventuras de Benjamín Mee en *Un lugar para soñar*.

➤ Lectura

La moda negra. Duelo, melancolía y depresión

- **Autor:** Darian Leader
- **Editorial:** Sexto Piso
- **Precio:** 19,90 euros

Con un lenguaje sencillo, el psicoanalista Darian Leader nos enseña y expone la importancia de asimilar de manera adecuada las pérdidas y las separaciones. En caso contrario, los efectos pueden durar toda la vida y provocar en el individuo un malestar psíquico disociado del entorno que le rodea.



La moda negra. Duelo, melancolía y depresión analiza dos categorías fundamentales para su autor: el duelo y la melancolía,

pues los matices que diferencian a una de la otra son esenciales para comprender cada caso particular. A partir de estos dos estudios, Leader hace un análisis sobre el abuso que actualmente se hace de los antidepresivos.

➤ Ruta

Los Castillos del Sur de Badajoz

■ Extremadura

Esta ruta recorre las comarcas de Tentudía y Sierra Suroeste, permitiéndonos disfrutar y descubrir, además de la belleza de las dehesas y sierras de la zona, la herencia de los árabes y los vestigios que quedan de la influencia de la Orden del Temple y la Orden de Santiago.



Este viaje nos llevará durante varias jornadas a sumergirnos en la riqueza histórico-cultural que ofrecen estas dos comarcas pacenses: el Castillo de Montemolín, el Conventual Santiaguista de Calera de León, el Monasterio de Tentudía, el Castillo de Segura de León (actualmente convertido en hotel-restaurante), las Cuevas de Fuentes de León, el Castillo del Cuerno, el Castillo Templario de Fregenal de la Sierra, la Fortaleza Templaria de Jerez de los Caballeros (localidad templaria por excelencia), el Castillo de Zahínos, el Castillo de Burguillos de Cerro o la Casa Fuerte de Valencia del Ventoso.

Las personas interesadas en descubrir estas maravillas de nuestra historia y disfrutar de una ruta que promete inolvidables experiencias, pueden ampliar la información en la página web www.viajarporextradura.com