



Número 69 2012

Revista cuatrimestral

Dossier

Los piojos y la sarna

Separata

Higiene del paciente en aislamiento de contacto colonizado por SARM

Certamen FAE

TCE/AE en geriatría. Aspectos generales de las personas mayores (II)



LÍNEA EDITORIAL DE FAE



PRECIO DE CADA EJEMPLAR

AFILIADOS: 15 € / NO AFILIADOS: 20 €

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

*GASTOS DE ENVÍO GRATIS, excepto a Canarias, Ceuta y Melilla, que correrán por cuenta del afiliado /no afiliado (10,50 €)

TÉCNICAS Y CUIDADOS DEL TCE ANTE EL MALTRATO

AFILIADOS: 35 € / NO AFILIADOS: 45 €

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

*GASTOS DE ENVÍO GRATIS, excepto a Canarias, Ceuta y Melilla, que correrán por cuenta del afiliado /no afiliado (10,50 €)

¡¡NUEVO!!

MANUAL TÉCNICO EN FARMACIA Y PARAFARMACIA



Manual
TÉCNICO EN FARMACIA
Y PARAFARMACIA

AFILIADOS

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

NO AFILIADOS

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

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

*GASTOS DE ENVÍO GRATIS, excepto a Canarias, Ceuta y Melilla, que correrán por cuenta del afiliado /no afiliado (10,50 €)

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



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

PRECIO (incluidos gastos de envío):

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

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

*GASTOS DE ENVÍO GRATIS, excepto a Canarias, Ceuta y Melilla, que correrán por cuenta del afiliado /no afiliado (10,50 €)

Editorial

En 1764 Jean Jacques Rousseau escribe "Emilio" en lo que supone una primera llamada de atención al respeto a la infancia y a su desarrollo.

Se sientan, entonces, las bases de una nueva orientación en la educación infantil y se empieza a asumir que esta primera etapa es fundamental para el hombre futuro que va a ser y, por tanto, para la sociedad de la que formará parte. Por ello, se empieza a considerar la importancia de atender a los menores, tanto por sus valores instrumentales para la familia como para el Estado.

La infancia pasa a ser considerada como una etapa que merece protección, que necesita tutela porque es, en definitiva, una inversión de futuro y es un periodo de la vida que requiere un espacio propio y distinto del mundo adulto.

Este cambio fue fundamental en la concepción de la infancia como una etapa diferente en la vida del hombre, y aunque la realidad actual poco o nada tiene que ver para la gran mayoría de niños desde que Emilio viera la luz, no podemos olvidar que son millones los que viven en situación de riesgo, de exclusión social o de maltrato.

Son muchas las organizaciones de distinta índole que trabajan desde diferentes perspectivas y enfoques con un único objetivo: proteger a la infancia en todos los ámbitos: educativo, social, sanitario, jurídico... Recogemos en este número una de esas entidades, La Gota de Leche, que contribuyó enormemente a reducir las tasas de mortalidad infantil a principios del siglo XX.

Los menores son también el objetivo de la "Guía Práctica del Buen trato al niño", que nos recuerda a todos la necesidad de cumplir los Derechos del niño, que les fueron reconocidos en 1989 por la Asamblea General de la ONU, y en los que se incluyen el derecho al descanso, el juego, la protección o la educación... y que la atención, el respeto, el afecto y el reconocimiento son, también, elementos básicos para el desarrollo personal. •

Noticias del Mundo Médico

Anticonceptivo masculino en gel
Nomofobia o temor a la desconexión 4

Reportaje

Velando por la calidad y el rigor.
La labor del Comité Científico de FAE 5



Actualidad
La importancia de una Gota de Leche 8

Separata

Higiene del paciente en aislamiento de contacto colonizado por SARM 10



Certamen FAE

TCE/AE en geriatría. Aspectos generales de las personas mayores (II) 15

Dossier

Piojos y sarna 23



Actividad Acreditada

Reacciones adversas y efectos secundarios de los medicamentos. Cuidados del TCE/AE 28



Prevención

Guía práctica del buen trato al niño 34



Ocio 36



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, 1º izq. 28009-Madrid.
Tfno.: 91 521 52 24/95. Fax: 91 521 53 83. E-mail: administracion@fundacionfae.org
©Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería.



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

© Copyright 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- 2º dcha. 28009 Madrid.
Tfno.: 91 309 01 02. Fax: 91 402 23 05. E-mail: sae@sindicatosae.com

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

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

Anticonceptivo masculino en gel

Científicos estadounidenses han desarrollado un anticonceptivo masculino que consiste en un gel de aplicación cutánea que combina dos hormonas: la testosterona y una progestina sintética que emula a la progesterona.

Los autores del estudio presentaron los resultados del mismo en el Congreso Anual de la Sociedad Americana de Endocrinología y Nutrición celebrado en Houston (Estados Unidos). Sin embargo, los resultados del estudio aún no se han publicado en ninguna revista científica.

El estudio preliminar, llevado a cabo con 99 hombres, mostró que el uso del gel lograba reducir la producción de esperma en el 89% de los participantes “a niveles compatibles con tasas muy bajas de embarazo”. No obstante, aseguran que sus efectos son reversibles.

Existían anteriores estudios con anticonceptivos masculinos que combinaban testosterona y progestina pero, a diferencia de este producto, eran suministrados en forma de píldoras, implantes o inyecciones. Esta combinación actúa “apagando” las hormonas que controlan la producción de esperma, pero pueden causar en los hombres efectos secundarios tales como acné,

aumento de peso, cambios en los niveles de colesterol y de estado de ánimo.

Sin embargo, el nuevo compuesto experimental llamado ‘Nestorona’ ha demostrado que es capaz de hacer las veces de progestina sin causar tales efectos secundarios.

Para el estudio, los participantes fueron divididos en tres grupos y se les asignó al azar uno de los tres tratamientos transdérmicos que tenían que aplicarse todos los días de la semana durante seis meses: un gel con 10 g de testosterona combinado con un gel placebo; un gel con 10 g de testosterona combinado con otro gel de 8 mg de ‘Nestorona’; o combinado con 12 mg de este compuesto.

Después de 20 semanas de seguimiento, un total de 56 participantes habían completado el tratamiento siguiendo las instrucciones y los resultados mostraron que entre los hombres del primer grupo sólo el 23% logró una concentración espermática menor a 1 millón de espermatozoides por ml.

“Éste, explican los investigadores, es el nivel compatible con tasas muy bajas de embarazo”. Sin embargo, el 88 y 89% de los hombres del segundo y tercer grupo respectivamente, que habían recibido la combinación con ‘Nestorone’, lograron esa reducción en el conteo espermático.

Los investigadores señalan, igualmente, que se vio una completa ausencia de esperma en un número significativamente mayor en los hombres que recibieron la combinación de testosterona y progestina - en el 78% del grupo a quienes se les suministró 8 mg y en 69% del grupo al que se suministró 12 mg -, pero sólo el 23% de los que recibieron únicamente testosterona lograron esa reducción.

Además, cuando dejaron de aplicarse el tratamiento, la concentración de esperma se recuperó en más de 3 millones por ml en todos los sujetos 40 semanas después del inicio del estudio y no se vieron efectos secundarios serios.

La profesora Christine Wang, directora del estudio, reconoció en la BBC que el mismo es preliminar y todavía deberán llevarse a cabo investigaciones más amplias. Manifestó, igualmente, que “ésta es la primera vez que se aplican juntas testosterona y ‘Nestorone’ en la piel para suministrar cantidades adecuadas de hormonas que suprimen la producción de esperma”. ●



Nomofobia o temor a la desconexión

Hay personas que sienten fobia a salir a la calle sin su móvil. Se sienten desconectados del mundo y esto les provoca malestar general, inquietud, ansiedad y pánico, inestabilidad, agresividad y dificultades de concentración, síntomas típicos de los trastornos de ansiedad. Este miedo irracional se define como nomofobia, abreviatura de la expresión inglesa “no-mobile-phone phobia”.

El 96% de los españoles tienen teléfono móvil, el 26% tiene dos móviles y el 33% navega en Internet a través de su teléfono. Estas cifras son superiores a los datos recogidos en Estados Unidos, China o Francia. El Centro de Estudios Especializados en Trastornos de Ansiedad (CEETA) considera que estas cifras hacen que nuestro país sea especialmente sensible a este tipo de nuevas enfermedades.

Estudios realizados en Reino Unido en 2011, con una muestra de 2.163 personas, revelaron que casi el 53% de los usuarios de teléfonos móviles tienden a sentir ansiedad cuando “pierden su teléfono móvil, se les agota la batería o el crédito, o

no tienen cobertura de la red.” Asimismo, estudios realizados en Finlandia indican que las personas consultan una media de 34 veces al día sus teléfonos. Los jóvenes de entre 18 y 24 años son los más propensos a padecer nomofobia y dentro de este rango, el 8% de los universitarios son los que más lo sufren.

La tecnología es cada vez más accesible y económica y los consumidores se ven atados a sus teléfonos inteligentes. Tanto, que en CEETA han calculado que el padecimiento de la nomofobia creció un 13% en los últimos cuatro años.

Las personas que padecen de nomofobia expresan que su teléfono es su vida, que lo es todo, y les brinda la sensación, sobre todo, de sentirse acompaña-

dos, llegando a situaciones tales como no poder dejarlo incluso en los momentos de reunión familiar, como puede ser compartir una cena o reunión.

Desde el Centro de Estudios Especializados en Trastornos de Ansiedad apuntan que la clave es aprender a controlarse, desprenderse del móvil de forma gradual y afrontar de forma aislada las sensaciones y pensamientos negativos derivados de este padecimiento, como pueden ser las crisis de pánico.

Asimismo, hay que separar momentos. La noche es para dormir y, por lo tanto, el móvil debe estar apagado; del mismo modo, que la cena es para comer y no para estar con el móvil. Los padres deben actuar en relación con sus hijos evitando que éstos tengan conexión a la red desde su habitación y establecer unos horarios para un uso correcto de las tecnologías.

En cualquier caso, desde el Centro de Estudios Especializados en Trastornos de Ansiedad aconsejan que si se han detectado ya algunos de estos síntomas lo mejor es solicitar ayuda profesional para atajar el problema lo antes posible. ●



Velando por la calidad y el rigor. La labor del Comité Científico de FAE

Uno de los pilares básicos de la Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería es el Comité Científico de la FAE. Este órgano juega un papel esencial en el desarrollo de todas las actividades formativas de la organización y es el encargado de velar por el rigor y la calidad de la labor investigadora de los Técnicos en Cuidados de Enfermería/AE. En el siguiente trabajo desvelamos su importante papel de la mano de Jorge Santurio, portavoz del Comité Científico de FAE.

La Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería (FAE) tiene entre sus objetivos fundacionales potenciar los aspectos formativos del colectivo de Técnicos en Cuidados de Enfermería/AE y concreta este objetivo mediante el diseño y la puesta en marcha de diferentes actividades. Algunas de ellas sirven, además, como vehículo de transmisión de los trabajos elaborados por los profesionales que, en unos casos, se publicarán en la revista de divulgación Nosocomio, en otros, integrarán el programa del Congreso Nacional de Técnicos en Cuidados de Enfermería/AE y, en otros, serán objeto del Certamen de Investigación Premio FAE.

■ **El Patronato, órgano de gobierno de FAE, marca las líneas de actuación en función de los objetivos** específicos de ésta, y cuenta para ello con el imprescindible apoyo del Comité Científico de FAE que se convierte en un elemento esencial para velar por la calidad y el rigor de los trabajos y el respeto a las bases establecidas en cada una de las actividades planteadas, máxime en aquellas actuaciones, como las señaladas anteriormente, en las que el objetivo es difundir la labor investigadora de los Técnicos en Cuidados de Enfermería/AE.

■ **En el caso del Congreso Nacional de Técnicos en Cuidados de Enfermería/AE, el Comité Científico**

constituye uno de los pilares básicos de este evento, dado que es este equipo técnico - integrado por el Comité Científico de FAE y un número no superior a cinco profesionales de la provincia sede del congreso - el encargado de dar contenido al programa y evaluar las ponencias y trabajos que serán presentados.

■ **Jorge Santurio, portavoz del Comité Científico de la FAE, define la labor de este comité como “indispensable para el desarrollo del acto**, y aunque agotadora, gratificante personal y profesionalmente. Te ofrece la oportunidad de conocer el

punto de vista de muchos compañeros respecto al tema planteado en el congreso y se convierte en un privilegio comprobar cómo, cada año, aumenta no sólo la cantidad sino, sobre todo, la calidad de los trabajos de los Técnicos en Cuidados de Enfermería/AE. Esto para FAE, como entidad organizadora, es una satisfacción, para nosotros como profesionales, un orgullo”.

Sin embargo, tras su trabajo se esconden multitud de horas de dedicación y reuniones “no exentas de polémica entre los miembros del Comité Científico, porque todas las decisiones que tomamos son con-

Palabras clave:

- Rigor
- Formación
- Comité Científico



Jorge Santurio, junto al resto del Comité Científico del XXIII Congreso Nacional, en la lectura de conclusiones.



sensuadas entre todos, y la lectura de todas y cada una de las ponencias o la visualización de cada uno de los pósters, exige muchas horas de trabajo”, afirma Jorge Santurio.

■ **Los miembros del Comité Científico reciben los trabajos sin identificación alguna sobre el autor y coautor/es, ni la procedencia de los mismos** (centro de trabajo, comunidad autónoma,...). Las bases sobre las que realizan sus evaluaciones son el consenso y el máximo rigor a la hora de valorar los trabajos que reciben.

■ **“Normalmente el contenido teórico de los trabajos presentados es excelente y la organización y presentación de las ideas es buena,** pero hay otros requisitos que los autores deben tener presentes y nuestra obligación, como miembros del comité, es la de ser rigurosos en bien del programa que se va a presentar, y evaluar cada uno de los proyectos presentados de forma imparcial”.

■ **“A pesar de que cada año se difunden debidamente las bases a las que deben ajustarse los trabajos** (trabajos inéditos que se ajustan al tema del congreso con una extensión determinada, etc.), en una primera selección nos vemos obligados a desechar algunos trabajos por no ajustarse a las bases específicas. Posteriormente, absolutamente todos los trabajos se evalúan en función de los siguientes criterios y dando una puntuación concreta a cada uno de ellos: labor investigadora, aspectos científicos, aspectos técnicos, interés social, interés profesional, innovación del trabajo presentado y

método riguroso propio de Técnico en Cuidados de Enfermería /AE”, explica Santurio.

■ **Los autores deben tener en cuenta la necesidad de colocar, organizar y distribuir toda la investigación llevada a cabo.** Es bueno recordar que el objetivo de cualquier autor es comunicar y difundir el resultado de su trabajo y si no se cuida esta fase debidamente, es muy probable que no difunda su mensaje correctamente.

■ **“Por eso, hay ocasiones en las que el Comité Científico formula recomendaciones a los autores** si considera que el trabajo es susceptible de ser aceptado si se llevan a cabo algunas modificaciones, por supuesto siempre con el ánimo de mejorar. En otros casos, nos encontramos con ponencias que obtienen puntuaciones muy altas en lo relativo a la investigación realizada o el interés social, pero su puntuación en otros aspectos como la organización de ideas o el desarrollo del trabajo es menor y se ofrece a los autores la posibilidad de presentar su trabajo como póster”, manifiesta Jorge Santurio.

Evaluación de pósters

En el caso concreto de los pósters que se reciben, hay un primer factor decisivo, y evidente, que es la presentación visual de la información.

■ **Algunos materiales pueden mostrarse con más eficacia en las gráficas de los carteles,** pero los

pósters exigen una gran capacidad creativa y de síntesis por parte de los ponentes, obligando a estos a huir de los grandes bloques de material impreso, especialmente, si son de pequeños caracteres.

■ **Un póster debe orientar al lector mediante números y flechas sobre el orden a seguir en la lectura de cada elemento expuesto.**

También habrá que cuidar el tamaño de los caracteres y la extensión y capacidad de atracción del título, que debe ser sencillo, conciso y significativo. El título es su tarjeta de presentación y cuanto más alejado esté de la simpleza, rutina y aburrimiento, mejor. Sólo un buen título conseguirá tener al mayor número de congresistas a su alrededor.

■ **Además, hay que prestar atención a la estructura del trabajo, de modo que en la introducción se presente el problema brevemente y en una o dos frases se describan el tipo de métodos.** En un póster, la parte principal, y por tanto la que debe llevar casi todo el espacio disponible, es la dedicada a los resultados. Asimismo, la discusión deberá ser breve y las conclusiones se numerarán con frases breves, reduciéndose al mínimo las citas bibliográficas.

■ **En definitiva,** un cartel debe explicarse por sí solo y éste es el criterio de selección del Comité Científico.

La necesidad de una buena defensa

La labor del Comité Científico no finaliza, ni mucho menos, una vez seleccionadas las ponencias y pósters y elaborado el programa definitivo del Congreso. La elección de los mejores trabajos para la entrega de los premios del Congreso inicia una nueva fase, tanto para el Comité como para los autores, durante la celebración del Congreso propiamente dicho.

■ **Para el Comité Científico, porque la defensa de los trabajos en el atril de los oradores es una fase fundamental para la designación del mejor trabajo** y, por ello, asis-

te a la exposición de todos y cada uno de los trabajos.

■ **La defensa de un trabajo no es una simple lectura del mismo.** El ponente debe saber transmitir el fruto de su esfuerzo, resaltar los aspectos científicos, sociales y profesionales del mismo, escoger las imágenes que mejor contribuyan a recalcar los aspectos de su ponencia..., todo contribuye a engrandecer su investigación o a que se mantenga como un buen documento.

■ **Muchas veces un trabajo excepcional en el papel ha perdido gran parte de su calidad por una pésima exposición** y a la inversa: textos que sobre el papel eran buenos han sido expuestos de manera excepcional transmitiendo matices que en la lectura no se veían, recalcando los aspectos de investigación, la relevancia de los cuidados del Técnico en Cuidados de Enfermería, las conclusiones que se derivan... “Los autores no deben olvidar que participan en un congreso formativo y que, en definitiva, deben transmitir el contenido de su trabajo a los congresistas, que deben abandonar el auditorio con un mayor número de conocimientos. Asimismo, el Comité Científico valora los aspectos estrictamente técnicos y científicos, no teniendo en consideración las cuestiones éticas que puedan subyacer en

las distintas exposiciones”, resume Jorge Santurio.

■ **Finalizadas las exposiciones, vuelven las reuniones y la necesidad de llegar al consenso por parte de todos los miembros que integran el Comité Científico.** “La decisión nunca es fácil, y de hecho cada vez es más difícil por el mayor nivel de las presentaciones, pero siempre es una decisión basada en el consenso y la honestidad”, explica Santurio

Separata y Certamen de Investigación de FAE

La Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería ofrece otras alternativas para que los Técnicos en Cuidados de Enfermería/AE puedan dar a conocer el fruto de sus observaciones e investigaciones, tales como los textos publicados en la Separata de esta publicación o el Certamen de Investigación de FAE.

■ **Como ocurre en el Congreso Nacional, el Comité Científico, encargado de evaluar cada uno de los trabajos, recibe estos sin ninguna identificación del autor**, de forma que se garantice la objetividad absoluta de los evaluadores. El respeto a las bases de cada una de las actividades es básico para la selección. Se valora, igualmente, la labor investigadora, los aspectos cientí-

ficos y técnicos, el interés social y profesional, y las conclusiones.

■ **Otro aspecto fundamental a la hora de redactar un trabajo es conceder a la bibliografía el valor que tiene.** Apoyarse en el trabajo de otros autores no significa copiar sus libros y ésta es una tentación a la que, en ocasiones, es fácil caer, por lo que el Comité Científico debe velar por que la bibliografía cumpla, única y exclusivamente, sus funciones de apoyo.

■ **En cualquier caso, el espíritu que impera en todas las actividades formativas que desde FAE se diseñan es el mismo y se sustentan en el rigor y la precisión**, y es la aplicación de estos principios lo que está dando calidad a estas actividades.

■ **“En cualquier caso,” afirma el portavoz del Comité Científico Jorge Santurio**, “el rechazo de un trabajo no significa, en absoluto, ni falta de calidad ni valor del mismo. La mayoría de las ocasiones, se trata simplemente de una falta de adecuación a los requerimientos concretos de la edición planteada. Los Técnicos en Cuidados de Enfermería/AE estamos demostrando una gran capacidad investigadora y es éste el afán con el que el colectivo de profesionales debe seguir trabajando y presentando el fruto de su trabajo”. ●

* OFERTA PÚBLICA DE EMPLEO

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

MADRID (OPE 2009) **¡¡NUEVO!!**

ARAGÓN

EXTREMADURA

CANARIAS



*MADRID (OPE 2009) **¡¡NUEVO!!**

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

*ARAGÓN

SALUD ARAGÓN	85 € afiliados	100 € no afiliados
IASS ARAGÓN	83 € afiliados	97 € no afiliados

*EXTREMADURA

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

*CANARIAS

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

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

Consigue las obras en las secciones sindicales de cada una de estas Autonomías o solicítalas en FAE (pedidos@fundacionfae.org), indicando nombre y apellidos, NIF, dirección postal, teléfono y obra solicitada. Asimismo, se debe adjuntar el justificante de pago, que previamente se realizará en el número de cuenta del BBVA 0182-0945-35-0201020056

*GASTOS DE ENVÍO GRATIS, excepto a Canarias, Ceuta y Melilla, que correrán por cuenta del afiliado /no afiliado (10,50 €)

La importancia de una Gota de Leche

En algunas ciudades se conservan todavía edificios emblemáticos que albergaron durante gran parte del siglo XX una institución cuya contribución fue importantísima para la reducción de las elevadas tasas de mortalidad infantil existentes hasta entonces. La Gota de Leche forma parte de la historia de muchas poblaciones y gracias a su intervención muchos de sus niños consiguieron tener una infancia sana.

Aunque se fechan algunos tratados de pediatría con anterioridad al siglo XVIII (en 1487 sale de la imprenta de Padua (Italia) *De infantium aegritudinibus et remediis*, de Paolo Bagellardo) nunca hubo un interés real por la salud infantil y, aunque los médicos se dedicaban a ellos, sólo eran atendidos aquellos niños cuyos padres se lo podían permitir económicamente, lo que provocaba altísimos índices de mortalidad infantil.

El Siglo de las Luces y los ideales ilustrados, que constituyen una época de progreso del conocimiento, introducen también conceptos nuevos en el terreno de la salud y de la higiene como promoción de ésta, y los médicos empiezan a considerar a los niños no sólo como

seres individuales, sino en su valor para el progreso de la propia sociedad. Faltarían, no obstante, muchos años hasta que la medicina empezara a especializarse y, finalmente, la pediatría surgió como disciplina separándose de la obstetricia y ginecología a finales del siglo XIX.

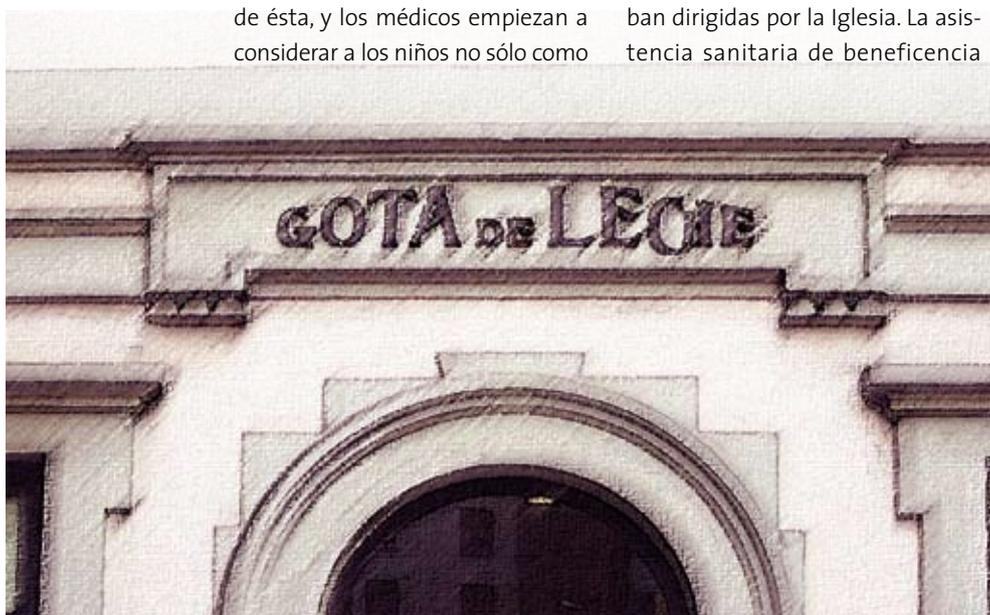
No sólo el desinterés en la salud infantil durante tantos años provocó altísimas tasas de morbilidad. La estructura sanitaria era prácticamente inexistente en el siglo XIX, con lo que la asistencia sanitaria era deplorable, sobre todo, para las clases más desfavorecidas. La asistencia a los menesterosos se basaba en los principios religiosos de caridad y las acciones estaban dirigidas por la Iglesia. La asistencia sanitaria de beneficencia

se consideraba una gracia que se ofrecía a los necesitados y, además de carecer de la necesaria continuidad, estaban encauzadas a solventar problemas o crisis puntuales. Por su parte, el Estado actuaba únicamente cuando la mortalidad epidémica era desoladora.

A esta situación hay que unir las condiciones higiénicas en las que se encontraban la mayoría de las ciudades, que se convertían en el caldo de cultivo oportuno para la propagación de enfermedades infecciosas.

La Gota de Leche

En este contexto empiezan a aparecer, a finales del siglo XIX, los primeros centros dedicados a los niños. La primera consulta de maternidad que se conoce es la del Hospital de la Caridad de París, abierta en 1892 por el francés Pierre Budin. Además de esta consulta, en la que se examinaban y pesaban semanalmente a los lactantes, Budin crea una escuela para madres en la que se les enseña cómo cuidar al niño. Por otra parte, el profesor de pediatría del Hospital de Niños de París y encargado del Dispensario de niños pobres de Belleville, el Dr. Variot, crea una consulta para lactantes en la que atiende a las madres que no pueden amamantar a sus hijos, ofreciéndoles como alternativa la lactancia artificial.



Dos años después, el Dr. León Du-four establece otro consultorio en el puerto de Fécamp (Alta Normandía) empleando por primera vez la denominación “Gota de Leche” inspirado en una poesía del poeta romántico Alfred de Musset (1810-1857).

Su llegada a España

En España, la llegada de la primera Gota de Leche no se hizo esperar y en 1904, Rafael Ulecia y Cardona funda el primero de estos centros en Madrid. Para ello, viaja hasta París y Belleville para conocer de cerca el consultorio y el dispensario, respectivamente, con el objetivo de traer hasta su institución las técnicas de “materización” de la leche de vaca por medio de desnatadora, centrifugadora y esterilizadora.

Existe también el precedente del Dr. Francisco Vidal Soares, que desde 1890 atendía en Barcelona un consultorio gratuito para niños de pecho, a los que dispensaba leche esterilizada y harina; y verduras y pan a los menores de 13 años.

En su origen, ambas instituciones diferían en el funcionamiento. Los consultorios se dirigían, principalmente, a los niños nacidos allí, empleaban mayoritariamente lactancia materna y distribuían la leche diariamente en biberones que habían sido esterilizados en el propio centro. Por su parte, las Gotas de Leche tenían un carácter más benéfico o social y atendían tanto a niños enfermos como a sanos necesitados, además, utilizaban en su mayor parte lactancia artificial.

Sin embargo, ambos organismos coincidían en la importancia de la consulta junto con la distribución y, de hecho, la distinción entre ambos fue diluyéndose en el tiempo.

La idea de crear nuevos Consultorios de Niños de Pecho y Gota de Leche se extendió a numerosas ciudades españolas: Sevilla (1906), Bilbao (1906), Málaga (1906), Valla-



dolid (1911), Melilla (1915), Granada (1916), Córdoba (1916), Salamanca (1919), Ciudad Real (1921), Huelva (1922), Albacete y Alicante (1925).

La aportación de la Gota de Leche en las diferentes poblaciones en las que se crearon fue altamente beneficiosa, suponiendo un cambio radical en la atención a los

control médico evaluando la talla y el peso de los niños.

La instalación de estos centros tuvo distintos patrocinadores: unos fueron mantenidos por los ayuntamientos, otros por la caridad privada o por las Juntas Provinciales de Protección a la Infancia, pero el éxito en la reducción de la mortalidad

El Siglo de las Luces y los ideales ilustrados, que constituyen una época de progreso del conocimiento, introducen también conceptos nuevos en el terreno de la salud y de la higiene como promoción de ésta, y los médicos empiezan a considerar a los niños no sólo como seres individuales, sino en su valor para el progreso de la propia sociedad.

lactantes que veían vigilada su salud y completada su alimentación. Asimismo, fue relevante su contribución al control de las enfermedades digestivas, fundamentalmente en los procesos diarreicos.

Las Gotas de Leche plantearon desde su inicio una serie de acciones que iban mucho más allá del simple, pero importantísimo, suministro lácteo. Se desplegaron destacadas acciones de educación sanitaria asesorando a las madres sobre higiene y cuidado infantil y se les informaba sobre el modo de alimentar a los niños en los primeros años de vida. Se impulsaba la lactancia materna como el mejor modo de alimentación, y si ésta no era posible se facilitaban alternativas, como la leche de vaca maternizada. Además, se llevaba a cabo un

infantil hizo que se extendieran rápidamente tanto en España como en el resto de Europa.

La labor asistencial y educativa de este organismo se mantiene hasta bien entrada la década de los setenta, adaptándose a las necesidades sociales y asistenciales como La Gota de Leche de Melilla. Otras, han albergado institutos de puericultura, casas-cunas, clínicas infantiles... Por ejemplo, la Gota de Leche de Córdoba se municipaliza en 1979 y se le da un carácter educativo; en 1982, Gijón crea la Fundación Municipal de Servicios Sociales, con sede en La Gota de Leche, para dar respuesta a las necesidades sociales de la ciudad. En otras ciudades los edificios de La Gota de Leche albergan ludotecas, organizaciones no gubernamentales o centros de recursos juveniles. ●

Higiene del paciente en aislamiento de contacto colonizado por SARM

El *Staphylococcus Aureus* Resistente a Metilina (SARM) es uno de los microorganismos patógenos de mayor importancia en ámbitos hospitalarios. Su carácter contagioso, su asociación con un elevado índice de mortalidad y el alto coste económico que implica su tratamiento comprometen la salud del paciente. El siguiente artículo recoge el papel clave que debe desempeñar el Técnico en Cuidados de Enfermería/AE en la higiene de pacientes colonizados por SARM para combatirlo.

¿Qué es el SARM?

El *Staphylococcus Aureus* Resistente a Metilina (SARM) es una cepa de la bacteria *Staphylococcus Aureus*, un tipo común de bacteria que normalmente vive en la piel y algunas veces en las fosas nasales de personas sanas.

La diferencia de esta cepa radica en que no responde (es resistente) a los antibióticos utilizados habitualmente para tratar las infecciones por estafilococos.

Las bacterias pueden causar infecciones cuando entran en el cuerpo de una persona a través de una herida, una úlcera, una sonda, un tubo de respiración, etc., llegando a provocar infecciones virulentas que comprometen la salud del paciente.

Estas infecciones graves tienen una mayor incidencia en personas con sistemas inmunitarios deficientes o débiles, circunstancia ésta muy frecuente en pacientes hospitalizados. Es uno de los patógenos nosocomiales de mayor importancia en ámbitos hospitalarios, por el riesgo de propagación que conlleva dado su carácter contagioso.

La vigilancia y el control del SARM debe ser prioritaria en los centros hospitalarios, ya que esta infección se asocia con un índice de mayor mortalidad y su tratamiento conlleva un elevado coste económico.

En España, se evidenció la presencia de brotes de este tipo de

cepa bacteriana a finales de 1980. Actualmente, dicho microorganismo está presente en, prácticamente, todos los hospitales españoles.

Las infecciones se agrupan en dos tipos

■ **Las infecciones hospitalarias, que están asociadas a los cuidados médicos.** Se presentan en personas hospitalizadas o que han estado recientemente en un hospital.

■ **Las infecciones extrahospitalarias.** Son las que le ocurren a personas sanas, pero que han tenido un estrecho contacto previo con el sistema sanitario.

Localización del SARM

- Cuero cabelludo
- Fosas Nasales
- Canales auditivos
- Boca y faringe
- Axilas e ingles
- Región perineal
- Zona genital
- Piel abdominal
- Heridas abiertas
- Úlceras
- Zonas de drenaje



Medidas de control

La Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC) y la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene (SEMPSPH) indican las siguientes medidas de control:

■ **Vigilancia epidemiológica.** Es la recogida sistemática de información, su análisis e interpretación de la incidencia de SARM.

■ **Detección.** El laboratorio de Microbiología es parte fundamental.

■ **Aislamiento de contacto.** Se trata de separar físicamente, de una forma u otra, a los pacientes infectados o colonizados con SARM de los que no lo están.

■ **Uso de guantes, mascarilla y bata para el personal sanitario.** Ya que la contaminación transitoria de manos y ropa puede transformarse en vehículo de transmisión para otros pacientes o el propio trabajador. El uso de la mascarilla se recomienda para evitar el riesgo de salpicaduras sobre la cara de secreciones o fluidos del paciente. La bata deberá ser desechable y de manga larga.

■ **Lavado de manos.** La higiene de manos se considera como uno de los pilares fundamentales del control de la infección nosocomial y, particularmente, de patógenos multiresistentes.

■ **Higiene.** Se recomienda la descontaminación cutánea mediante agentes antisépticos. En general, el método utilizado es el baño o ducha, incluido el cabello, con solución jabonosa de gluconato de clorhexidina al 4%, o el lavado con esponjas desechables impregnadas de clorhexidina al 2%.

■ **Tratamiento descolonizador.** Mupirocina nasal, enjuagues bucales y aplicación de antibióticos específicos.

■ **Limpieza y desinfección ambiental.** Constituye un elemento

crucial en el control de infecciones por patógenos multiresistentes. Se recomienda realizar con mayor frecuencia la limpieza de superficies y equipos próximos al paciente.

Las áreas de alto riesgo de un centro hospitalario, en las que los pacientes tienen una probabilidad alta de desarrollar infecciones invasivas, son: las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), Unidades Neonatales, Unidades de Quemados, Unidades de Pacientes Trasplantados, Unidades de Cirugía Cardíaca, Cirugía Torácica, Cirugía Vasculard, Unidades de Traumatología y Unidades de Nefrología (incluyendo hemodiálisis).

Cuando la bacteria se encuentra colonizada en la piel es el momento de demostrar con nuestra técnica de higiene que formamos parte del equipo multidisciplinar dedicado a combatirla. En este trabajo nos vamos a centrar en el papel que desempeña el Técnico en Cuidados de Enfermería/AE en la higiene de pacientes colonizados por SARM.

Objetivos

- Paliar la colonización de SARM.
- Conservar la integridad de la piel para que pueda realizar adecuadamente sus funciones.
- Evitar las secreciones y la proliferación bacteriana.
- Eliminar células descamadas y la suciedad.
- Evitar el mal olor.
- Estimular la circulación sanguínea.
- Detectar cualquier signo de alarma que presente la piel.
- Contribuir a mantener la autoestima del paciente.
- Favorecer la relación de ayuda con el paciente.
- Mejorar su bienestar y confort.



Método

Materiales

- Ropa del TCE: bata desechable, guantes, mascarilla y gorro.
- Ropa del paciente: camión o pijama.
- Ropa de cama: sábana encimera, sábana bajera, funda de almohada, entremetida y empapador.
- Ropa de baño: toalla grande y pequeña.
- Crema hidratante si precisa.
- Pañal, si el paciente fuera incontinente.
- Compresas.
- Jabón antiséptico, mupirocina y enjuague bucal (cariax).
- Bolsa roja para depositar la ropa sucia.
- Palangana y cuña.
- Suero fisiológico y gasas.
- Depresores y bastoncillos.

El lavado se hará en el siguiente orden (siempre descendente).

- Higiene del cuero cabelludo y cara.
- Cuello y hombros.
- Manos, brazos y axilas.
- Tórax y mamas.
- Pies y piernas.
- Espalda y nalgas.
- Por último, la región genital.



La secuencia concreta del lavado será:

- Enjabonar la zona.
- Aclarar.
- Secar, insistiendo en los pliegues cutáneos (axilas, ingles, espacios interdigitales, debajo de las mamas, etc.).

Procedimiento de Actuación

- **Preparar todos los materiales.**
- **Lavado de manos** antes de entrar a la habitación.
- **Vestirse adecuadamente.**
- **Comunicar al paciente la técnica que se le va a realizar** y solicitar su colaboración si fuera posible.
- **Nos aseguraremos que la temperatura de la habitación es la adecuada (20-24 °C)**, sin corrientes de aire.
- **Cada uno de los TCE** se situará a un lado de la cama.
- **Se colocará al paciente** en posición decúbito supino.
- **Se comenzará la higiene por la cabeza** mediante el lavado del cabello con solución jabonosa de digluconato de clorhexidina al 4%. Enjuagar con agua y secar con una toalla.
- **Cara:** se limpiará con una com-

presa sumergida en antiséptico (clorhexidina al 4%). Los ojos deben permanecer cerrados, ya que la clorhexidina puede producir daño en la córnea. Los ojos se pueden limpiar con gasas impregnadas en suero fisiológico (una gasa distinta para cada ojo). Secar la cara. No volver a introducir la compresa usada en la solución. La compresa debe desecharse después de su uso. (Residuos sanitarios tipo II).

■ **Boca:** Se elevará el cabezal de la cama.

- **Enjuagar la boca** con solución de digluconato de clorhexidina al 0,12% tres veces al día.
- **Cepillado de dientes** desde las encías hasta la corona, realizando movimientos de barrido.
- **Para enjuagar la boca** se colocará al paciente con la cabeza ladeada.

En caso de pacientes inmovilizados hay que realizar la higiene con un depresor enrollado en una gasa empapada con la solución antiséptica. Debe limpiarse la cara externa, la interna, superior e inferior de los dientes y muelas, así como la lengua.

Si el paciente es portador de dentadura postiza se retirará con

una gasa, depositándola en una batea, para su cepillado y enjuague posterior.

■ Nariz:

- **Limpiar una fosa con un bastoncillo** humedecido con agua.
- **No utilizar el mismo bastón** para limpiar la otra fosa.
- **Aplicar mupirocina nasal** en ambas fosas ayudándose de un bastoncillo. Utilizar uno para cada fosa.

■ Oídos:

- **Lavar oreja y canal auditivo externo** con un bastoncillo humedecido (no mojado) con agua.
- **La clorhexidina** es tóxica en el oído medio.
- **Secar.**
- **Utilizar un bastoncillo** para cada oído.

■ **Cuerpo:** No hay que dejar sin ropa al paciente, desnudaremos sólo la zona a lavar.

● Extremidades superiores:

- Lavar cada brazo con una compresa impregnada en antiséptico. Con la compresa que se lava un brazo no lavar el otro.
- No volver a sumergir la misma compresa en la solución una vez usada.
- Secar haciendo hincapié en los pliegues interdigitales.
- Desechar la compresa utilizada.

● Pecho y abdomen:

- Compresa nueva impregnada o sumergida en solución antiséptica.
- Lavar en orden descendente.
- Limpiar el ombligo con un bastoncillo.
- Secar.
- Desechar la compresa de gasa utilizada.

● Extremidades inferiores:

- Compresa nueva sumergida en antiséptico.

- Lavar la pierna.
- Secar.
- Desechar la compresa.
- Lavar una pierna cada vez.
- **Espalda:**
 - Colocar al paciente en decúbito lateral. Así se lavará adecuadamente la espalda, las nalgas y la parte posterior de las piernas.
 - Compresa nueva impregnada de antiséptico.
 - Limpiar en orden descendente.
 - Secar.
 - Desechar compresa utilizada.
- **Región genital:**
 - Colocaremos al paciente en decúbito supino.
 - Compresa nueva impregnada de solución antiséptica.
 - Limpiaremos resbalando el agua desde el pubis hasta el ano, de la zona más limpia a la más sucia.
 - En el varón, después de limpiar los pliegues inguinales y el escroto, se retraerá el prepucio para limpiar el glande y el canal balanoprepucial, terminando en el ano.
 - En las mujeres, se insistirá en los labios mayores y menores, separándolos para limpiar la hendidura de la vulva y el ano.
 - Secar.
 - Colocar pañal si el paciente fuera incontinente.
 - Desechar compresa utilizada.
 - Vestir al paciente.
- **Cambio de ropa de cama:**
 - Se colocará la bolsa destinada a recoger la ropa a los pies de la cama, para ir depositando allí la ropa sucia que se vaya generando.
 - Nunca se tirará la ropa sucia al suelo.
- **Recogida y limpieza de materiales utilizados.**



- **Retirada de la ropa de protección.**
- **Retirar guantes, gorro, mascarilla y bata.**
- **Desechar la ropa en el contenedor de residuos sanitarios Grupo II.**
- **Realizar un lavado antiséptico de las manos.**
- **Comunicar a la enfermera cualquier signo de alarma observado.**

Limpieza y desinfección ambiental

Numerosos estudios sugieren que la limpieza y la desinfección ambiental constituyen un elemento crucial en el control de la infección por patógenos multiresistentes.

Se recomienda realizar con mayor frecuencia la limpieza de superficies y equipos próximos al paciente (fonendoscopio, esfigmógrafo, material de curas, etc.) Objetos estos que son de uso particular del enfermo.

También se desinfectarán previamente aquellos dispositivos que vayan a ser usados con otros pacientes, como son el aparato de radiología portátil, el electrocardiógrafo, etc.

Conclusiones

La higiene es la técnica del Técnico en Cuidados de Enfermería/AE por excelencia y, dentro de la higiene, la realizada a los pacientes en aislamiento de contacto, colonizados por SARM, una especialidad.

Con su correcta administración contribuiremos a combatir la colonización del SARM, a preservar la integridad de la piel, evitaremos la aparición de infecciones, estimularemos la circulación sanguínea y eliminaremos células muertas y el mal olor.

Si además de realizar los procedimientos correctamente, los Técnicos en Cuidados de Enfermería/AE cuidamos la relación con los pacientes, realizaremos un procedimiento de alta calidad asistencial. ●

Bibliografía recomendada

Rodríguez J., Bischofberger C., Álvarez F. *Vigilancia y control de Staphylococcus aureus resistente a meticilina en hospitales españoles*. Documento de consenso GEIH-SEIMC y SEMSPH. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2008;26(5):285-98.

Protocolo de Aseo corporal del paciente con aislamiento de contacto por SAMR. Servicio de Prevención del Hospital Clínico Universitario de Valencia.

Penadés Antolin R.A., Cortés Gómez M.J., Girbes Calvo A. *Aislamientos*. Disponible en www.enferurg.com.

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 _____ a _____ de _____ de 20 _____

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

TCE/AE en geriatría.

Aspectos generales de las **personas mayores** (II)

Publicamos en este número de Nosocomio la segunda parte del trabajo galardonado con el accésit en el XV Certamen Nacional de Investigación. Su autora profundiza en las **úlceras por presión**.

Cuidados en la actividad

Vestirse

● **Conviene tener en cuenta que:**

- El anciano se siente mejor con su ropa.
 - Elige la ropa según sus criterios y gustos.
- En lo posible, es mejor que se vista y desnude solo.
- Da valor a una presencia bien cuidada.
 - Acepta su persona y su imagen exterior.
 - Una persona necesitada de cuidados puede aceptar la ayuda necesaria de los cuidadores.

● **Ropa para personas ancianas, enfermas y minusválidas:**

- Existe ropa para personas con limitación de movimiento en la zona de hombros y brazos.
- Hay ropa especial para usuarios de sillas de ruedas.
- Existe ropa para personas incontinentes.

Moverse

La vida es movimiento. El movimiento es vida. Este es el lema de algunos grupos deportivos para mayores. No solo hay gimnasia y baile en el programa, sino que tam-

bién son importantes la reeducación de la memoria, las charlas y los juegos de petanca.

Para que los ancianos puedan mantener su movilidad es fundamental evitar que estos caigan en cama.

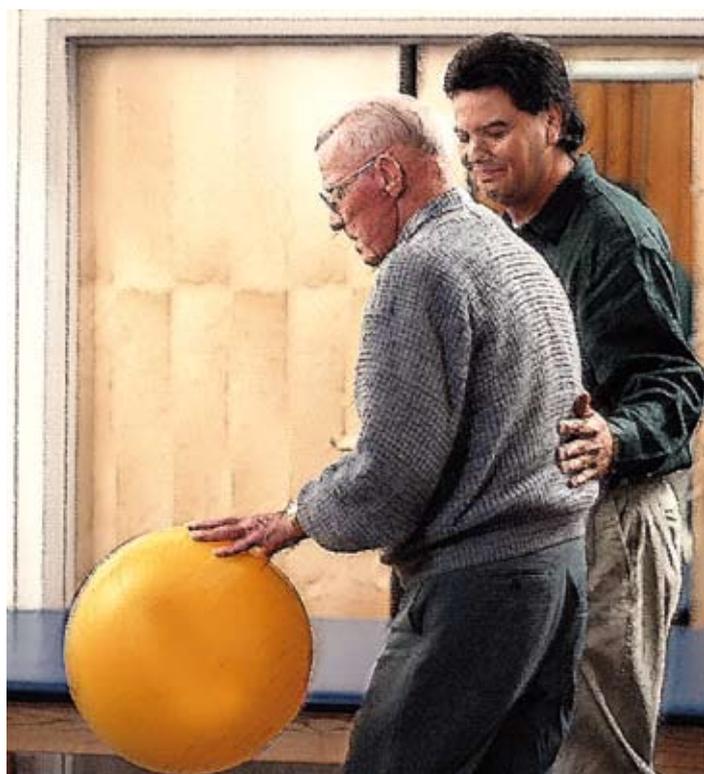
Se denomina caer en cama a cuando el enfermo no está en condiciones de abandonar el lecho por propia fuerza. Una permanencia en cama superior a 24 horas implica riesgos para cualquier persona, pero la inmovilidad expone a los ancianos a más riesgos.

● **Problemas y causas**

Caídas:

- Alteraciones de la vejez: pérdida de visión y audición, disminución de la fuerza muscular, reducción del tiempo de reacción.
- Enfermedades cardiovasculares.
- Insuficiencia cardíaca: alteraciones del ritmo cardíaco, síncope, irregularidad ortostática, anemia.
- Enfermedades neurológicas: enfermedad de Parkinson, ataques isquémicos transitorios, ataque cerebrovascular, demencia, ataques espasmódicos cerebrales.
- Sistema musculoesquelético: artrosis en articulaciones de rodilla, cadera.

- Problemas de pie: dedos en martillo, Hallux valgus, uñas largas.
- Efectos secundarios de medicamentos: sedantes, neurolépticos, antihipertensivos, diuréticos.
- Causas condicionadas por el entorno: alfombras sueltas, suelo resbaladizo, obstáculos, iluminación insuficiente, falta de pasamanos y asideros, falta de gafas, calzado inapropiado.



- Generalmente las caídas tienen varias causas y no pueden achacarse sólo a un sistema orgánico.

Dolor, rigidez y temblores:

- Osteoporosis, enfermedades articulares (artrosis y artritis reumatoide), fracturas de cadera, rehabilitación ineficaz después de una operación de cadera (TEP).
- Enfermedades del pie: callos, eminencias tenares, uñas encarnadas.
- Enfermedad de Parkinson, demencia.

Alteraciones físicas:

- Enfermedades agudas: fiebre, fractura de las extremidades inferiores.
- Parálisis (esclerosis múltiple, hemiplejía, paraplejía).

Alteraciones psíquicas:

- Demencia grave, demencia tipo Alzheimer.
- Depresión grave, medicamentos psicotrópicos.
- Debilidad:
Postración en edad muy avanzada, falta de estímulo.
- Inseguridad, miedo:
Caídas sufridas previamente.
- Trastornos sociales:
Aislamiento, abandono.

Úlceras por presión

Las úlceras por presión (UPP) constituyen en la actualidad un problema de salud de primera magnitud. Su prevalencia se incrementa con el paso de los años, por ello la población anciana es la más ampliamente afectada.

La aparición de UPP implica un alto riesgo de complicaciones en el paciente, y supone una causa importante de sufrimiento para quien la presenta e igualmente para el entorno familiar. Al mismo tiempo supone un incremento del gasto sanitario debido a los costes derivados de su cuidado.

Históricamente se trata de un tema sanitario ligado a la calidad de los cuidados de enfermería y profundizar en los aspectos preventivos, investigación y aplicación de nuevos avances en el tratamiento de las UPP, representa un reto para todos los profesionales en sus distintas áreas asistenciales.

• Definición y fisiopatología

Una UPP es toda lesión de origen isquémico localizada en piel y en tejidos subyacentes, con pérdidas de sustancia cutánea y producida

por la presión prolongada o fricción entre dos planos duros.

• Factores que contribuyen al desarrollo de UPP:

Presión

La presión se define como la fuerza ejercida por unidad de superficie. Aunque, sin duda, es el factor fisiopatológico más importante, no deja de ser controvertido el mecanismo preciso por el cual produce daño tisular. La presión capilar normal oscila entre 16 y 33 mm/Hg. Si se ejercen presiones superiores a esta cifra en un área limitada y durante un tiempo prolongado, se origina un proceso de isquemia que dificulta la llegada de oxígeno y nutrientes a las células, originando la degeneración de los tejidos.

La distribución del peso en una persona no es uniforme en toda el área de contacto, pues la superficie corporal no es lisa; allí donde haya prominencias óseas se concentrará una mayor presión y serán más frecuentes estas úlceras. La inmovilidad es el principal factor de riesgo de UPP y, exceptuando algunos casos, es la condición necesaria para el desarrollo de las mismas.

El tiempo durante el cual se somete a presión un tejido puede llegar a ser más importante que la intensidad de la presión por sí misma. Es característico que el daño en profundidad sea mayor que en superficie, por lo que en ocasiones pequeñas lesiones que pueden observar en la piel conllevan importantes daños internos.

• Fuerzas por cizallamiento o tangenciales

Son las fuerzas que se generan como consecuencia del principio físico de la acción y reacción, según el cual, a una fuerza ejercida en un momento dado se opone una fuerza de la misma intensidad,



pero de sentido contrario. Cuando la superficie corporal se desplaza sobre un objeto subyacente (el cuerpo de un paciente sobre una cama elevada en su cabecera o en un sillón con respaldo inclinado) aparecen las fuerzas tangenciales, capaces de rebajar hasta en un 50% la presión requerida para provocar afectación hística. Puesto que durante el deslizamiento se produce un estiramiento y angulación de los vasos, favoreciendo la isquemia.

● **Fricción o roce**

Es la acción que ocurre como efecto de resbalar entre sí dos superficies en inmediata solución de continuidad. Este mecanismo provoca el desprendimiento del estrato córneo de la piel que protege la epidermis cuando se produce un deslizamiento de la piel sobre otra superficie.

● **Factores hísticos**

La aplicación de una presión externa sobre los tejidos corporales incrementa la presión del fluido intersticial, situación que va a desencadenar la formación de edema local (favoreciendo a su vez una oclusión de los vasos linfáticos regionales), unido a las alteraciones de la microvascularización tisular. Este conjunto de factores provoca la acumulación de productos de desecho por metabolismo anaerobio y una afectación progresiva en los tejidos.

Hipótesis recientes sostienen que los cambios patológicos provocados por la presión, comienzan en los planos profundos, ya que el músculo es especialmente sensible a los cambios que aparecen con una presión sostenida extendiéndose posteriormente a los planos superficiales. La grasa subcutánea es particularmente susceptible a las fuerzas tangenciales (cizallamiento y fricción) al carecer

de fuerza tensil intrínseca, al igual que los vasos sanguíneos (los más vulnerables son las ramas posteriores de las arterias sacras laterales y las ramas superficiales de la arteria glútea superior).

Los cambios que se producen en la piel como consecuencia del proceso del envejecimiento (atrofia de la epidermis, reducción del recambio celular en el estrato córneo, rigidez del colágeno dérmico, así como una disminución del número de vasos sanguíneos de la dermis) contribuyen a que los mecanismos por cizallamiento y fricción aumenten aún más el riesgo de desarrollar UPP en los pacientes ancianos.

La humedad favorece la aparición de lesiones cutáneas provocando la maceración de los tejidos más superficiales, lo que aumenta la susceptibilidad de la piel al resto de factores predisponentes. En otras ocasiones facilita también la aparición de complicaciones locales, como infecciones.

Otros factores de riesgo secundarios que pueden contribuir de forma muy importante al desarrollo de UPP y que siempre deben tenerse en cuenta son: carencias nutricionales, pérdida de peso, anemia, edemas, tabaquismo, vasculopatía periférica, pérdida de sensibilidad por neuropatías, obesidad, deshidratación o infecciones.

● **Valoración general**

Una correcta valoración es el primer paso para la prevención de las UPP. Y se basa en dos principios fundamentales:

1. Valoración geriátrica integral. Adecuada evaluación de aspectos clínicos y funcionales, sin olvidar los aspectos más específicos de enfermería.
2. Valoración del riesgo mediante la utilización de escalas específicas y validadas, de las



cuales las más utilizadas son la de Norton, de la que aparece la versión modificada por el INSALUD en la fig 1., y la escala de Braden (fig 2). No existen otras escalas en la literatura científica desarrolladas con este mismo fin (escala de Andersen, Waterloo, etc.).

● **Enfermedades concomitantes que causan deterioro en la piel:**

diabetes, isquemia o trombosis en miembros inferiores, sepsis, neoplasias con tratamientos citostáticos.

● **Prevención y curación de las UPP**

Los cambios posturales tienen como objetivo el alivio de la presión en las prominencias óseas en personas encamadas. Se trata de una de las medidas preventivas más utilizadas entre los profesionales sanitarios ya que la realización depende de las acciones que se adopten ante el problema de las UPP, siendo la falta de personal una de las mayores dificultades para llevarlas a cabo.

El Grupo Europeo de Úlceras por Presión define las mismas como el conjunto de lesiones causadas por la presión, fricción, cizalla o una combinación de las mismas, dando lugar a un área de daño localizada en la piel y los tejidos subyacentes. Hoy sabemos que constituyen un importante problema de salud pública que la enfermera británica Pam Hibbs ya definió en 1987 como “una epidemia bajo las sábanas”.

ESTADO FÍSICO GENERAL	ESTADO MENTAL	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	INCONTINENCIA	PUNTOS
BUENO Nutrición: Persona que realiza 4 comidas diarias. Tomando todo el menú, una media de 4 raciones de proteínas 2.000 kcal. Índice de masa corporal (I.M.C) entre 20-25. Líquidos: 1.500 – 2.000 cc/día (8-10 vasos). Tª corporal: de 36-37°C. Hidratación: Persona con el peso mantenido, mucosas húmedas rosadas y recuperación rápida del pliegue cutáneo.	ALERTA <ul style="list-style-type: none"> • Paciente orientado en tiempo, espacio y lugar. Responde adecuadamente a estímulos: visuales, auditivos y táctiles. <ul style="list-style-type: none"> • Comprende la información. Valoración: Solicitar al paciente que diga nombre, fecha, lugar y hora.	TOTAL <ul style="list-style-type: none"> • Es totalmente capaz de cambiar de postura corporal de forma autónoma, mantenerla o sustentarla. 	AMBULANTE <ul style="list-style-type: none"> • Independiente total. • Capaz de caminar solo, aunque se ayude de aparatos de más de un punto de apoyo, o lleve prótesis. 	NINGUNA <ul style="list-style-type: none"> • Control de ambos esfínteres. • Implantación de sonda vesical y control de esfínter anal. 	4
MEDIANO Nutrición: Persona que realiza 3 comidas diarias. Toma más de la mitad del menú, una media de 3 raciones proteínas/día y 2.000 kcal. IMC ≥ 20 < 25 Líquidos: 1.000 -1.500 cc/día (5-7 vasos). Tª corporal: de 37° a 37,5° C. Hidratación: Persona con relleno capilar lento y recuperación del pliegue cutáneo lento.	APÁTICO <ul style="list-style-type: none"> • Alertado, olvidadizo, somnoliento, pasivo, torpe, perezoso. • Ante estímulos reacciona con dificultad y permanece orientado. • Obedece órdenes sencillas. • Posible desorientación en el tiempo y respuesta verbal lenta, vacilante. Valoración: Dar instrucciones al paciente, como tocar con la mano la punta de la nariz.	DISMINUIDA <ul style="list-style-type: none"> • Inicia movimientos con bastante frecuencia, pero requiere ayuda para realizar, completar o mantener algunos de ellos. 	CAMINA CON AYUDA <ul style="list-style-type: none"> • La persona es capaz de caminar con ayuda o supervisión de otra persona o de medios mecánicos, como aparatos con más de un punto de apoyo. 	OCASIONAL <ul style="list-style-type: none"> • No controla esporádicamente uno o ambos esfínteres en 24 h. 	3
REGULAR Nutrición: Persona que realiza 2 comidas diarias. Toma la mitad del menú, una media de 2 raciones de proteínas al día y 1.000 kcal. IMC ≥ 50. Líquidos: 500-1.000 cc/día (3 -4 vasos). Tª corporal: de 37,5° a 38°C. Hidratación: Ligeros edemas, piel seca y escamosa. Lengua seca y pastosa.	CONFUSO <ul style="list-style-type: none"> • Inquieto, agresivo, irritable, dormido. • Respuesta lenta a fuertes estímulos dolorosos. • Cuando despierta, responde verbalmente, pero con discurso breve e inconexo. • Si no hay estímulos fuertes se vuelve a dormir. • Intermitentemente desorientado en tiempo, lugar y/o persona. Valoración: Pellizcar la piel, pinchar con una aguja.	MUY LIMITADA <ul style="list-style-type: none"> • Solo inicia movilizaciones voluntarias con escasa frecuencia y necesita ayuda para realizar todos los movimientos. 	SENTADO <ul style="list-style-type: none"> • La persona no puede caminar, no puede mantenerse en pie, es capaz de mantenerse sentado o puede movilizarse en una silla o sillón. • La persona precisa ayuda humana y/o mecánica. 	URINARIA O FECAL <ul style="list-style-type: none"> • No controla uno de los dos esfínteres permanentemente. • Colocación adecuada de un colector con atención a las fugas, pinzamientos y puntos de fijación. 	2
MUY MALO Nutrición: Persona que realiza 1 comida al día. Toma un tercio del menú, una media de 1 ración de proteínas al día y menos de 1.000 kcal. IMC ≥ 50. Líquidos: < 500 cc/ día (3 vasos). Tª corporal: 38, 5° o ffi 35,5° C. Hidratación: Edemas generalizados, piel seca y escamosa. Lengua seca y pastosa. Persistencia del pliegue cutáneo.	ESTUPOROSO COMATOSO <ul style="list-style-type: none"> • Desorientado en tiempo, lugar y persona. • Despierta solo a estímulos dolorosos, pero nunca hay respuesta verbal. • Nunca está totalmente despierto. • Ausencia total de respuesta, incluso la respuesta refleja. Valoración: Presionar el tendón de Aquiles. Comprobar si existe reflejo corneal, pupilar y faríngeo.	INMOVIL <ul style="list-style-type: none"> • Es incapaz de cambiar de postura por sí mismo, mantener la posición corporal o sustentarla. 	ENCAMADO <ul style="list-style-type: none"> • Dependiente para todos sus movimientos. • Precisa ayuda humana para conseguir cualquier objeto (comer, asearse...). 	URINARIA Y FECAL <ul style="list-style-type: none"> • No controla ninguno de sus esfínteres. 	1

PUNTAJACIÓN DE 5 a 9 ----- RIESGO ALTO.
 PUNTAJACIÓN DE 10 a 12 ---- RIESGO MEDIO.
 PUNTAJACIÓN DE 13 A 16 --- RIESGO BAJO.
 PUNTAJACIÓN MAYOR DE 16 --- NO RIESGO.

Fig 1. Escala de Norton modificada por el INSALUD.

● Cambios posturales como medida de prevención

El desarrollo de UPP se basa en una incompleta información de cuáles son rangos entre el colapso vascular y la presión necesaria. Los primeros estudios realizados por Landis demostraron que se puede producir una UPP si se supera una presión en el tejido capilar arterial de 32 mm/Hg. Esta referencia es más conocida como la interfaz de presión, que Kosiak, Husain y Dinsdale verificaron cuantitativamente entre sus estudios. En estos trabajos se relacionó presión

con tiempo, existiendo una relación inversa entre la magnitud de la presión que lleva la lesión y la duración de la misma.

El cambio de postura es el reposicionamiento en la posición de sentado o acostado de la persona, con el propósito de aliviar la presión o la redistribución y el aumento de la comodidad, se realiza a intervalos regulares. Un estudio demostró que cambiar de postura cada 4 horas en un colchón viscoelástico reducía significativamente la incidencia de UPP en comparación con la atención estándar (colchones de

agua, alternancia de los colchones, cojines de gel o de oveja).

Debido a la limitada cantidad de investigación, el reposicionamiento se considera un componente integral de las prácticas de prevención de UPP. Es importante realizar ensayos clínicos más sólidos para explorar el efecto del reposicionamiento en dicha incidencia. Estos estudios deberían integrar el reposicionamiento y la combinación con los diversos dispositivos de redistribución de presión de uso común en la práctica actual. A pesar de que los cambios posturales son reconocidos

PERCEPCIÓN SENSORIAL Capacidad para reaccionar ante una molestia relacionada con la presión	1. Completamente limitada <ul style="list-style-type: none"> Al tener disminuido el nivel de conciencia al estar sedado, el paciente no reacciona ante estímulos dolorosos (quejándose estremeciéndose o agarrándose). Capacidad limitada de sentir en la mayor parte del cuerpo. 	2. Muy limitada <ul style="list-style-type: none"> Reacciona sólo ante estímulos dolorosos. No puede comunicar su malestar excepto mediante quejidos o agitación o presenta un déficit sensorial que limita la capacidad de percibir dolor o molestias en más de la mitad del cuerpo. 	3. Ligeramente limitada <ul style="list-style-type: none"> Reacciona ante órdenes verbales, pero no siempre puede comunicar sus molestias o la necesidad de que le cambien de posición o presenta alguna dificultad sensorial que limita su capacidad para sentir dolor o malestar en, al menos, una de las extremidades. 	4. Sin limitaciones <ul style="list-style-type: none"> Responde a órdenes verbales. No presenta déficit sensorial que pueda limitar su capacidad de expresar o sentir dolor o malestar.
EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD Nivel de exposición de la piel a la humedad	1. Constantemente húmeda <ul style="list-style-type: none"> La piel se encuentra constantemente expuesta a la humedad por sudoración, orina, etc. Se detecta humedad cada vez que se mueve o gira al paciente. 	2. A menudo húmeda <ul style="list-style-type: none"> La piel está a menudo, pero no siempre, húmeda. La ropa de cama se ha de cambiar, al menos, una vez en cada turno. 	3. Ocasionalmente húmeda <ul style="list-style-type: none"> La piel está ocasionalmente húmeda: requiriendo un cambio suplementario de ropa de cama aproximadamente una vez al día. 	4. Raramente húmeda <ul style="list-style-type: none"> La piel está generalmente seca. La ropa de cama se cambia de acuerdo con los intervalos fijados para los cambios de rutina.
ACTIVIDAD Nivel de actividad física	1. Encamado/a <ul style="list-style-type: none"> Paciente constantemente encamado/a. 	2. En silla <ul style="list-style-type: none"> Paciente que no puede andar o con deambulación muy limitada. No puede sostener su propio peso y/o necesita ayuda para pasar a una silla o a una silla de ruedas. 	3. Deambula ocasionalmente <ul style="list-style-type: none"> Deambula ocasionalmente, con o sin ayuda, durante el día, pero para distancias muy cortas. Pasa la mayor parte de las horas diurnas en la cama o en silla de ruedas. 	4. Deambula frecuentemente <ul style="list-style-type: none"> Deambula fuera de la habitación al menos dos veces al día y dentro de la habitación al menos dos horas durante las horas de paseo.
MOVILIDAD Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo	1. Completamente inmóvil <ul style="list-style-type: none"> Sin ayuda no puede realizar ningún cambio en la posición del cuerpo o de alguna extremidad. 	2. Muy limitada <ul style="list-style-type: none"> Ocasionalmente efectúa ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades, pero no es capaz de hacer cambios frecuentes o significativos por sí solo. 	3. Ligeramente limitada <ul style="list-style-type: none"> Efectúa con frecuencia ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades por sí solo/a 	4. Sin limitaciones <ul style="list-style-type: none"> Efectúa frecuentemente importantes cambios de posición sin ayuda.
NUTRICIÓN Patrón usual de ingesta de alimentos	1. Muy pobre <ul style="list-style-type: none"> Nunca ingiere una comida completa. Raramente toma más de un tercio de cualquier alimento que se le ofrezca. Diariamente come dos servicios o menos con aporte proteico (carne o productos lácteos). Bebe pocos líquidos. No toma suplementos dietéticos líquidos, o está en ayunas y/o en dieta líquida, o toma sueros más de cinco días. 	2. Probablemente inadecuada <ul style="list-style-type: none"> Raramente come una comida completa y generalmente come solo la mitad de los alimentos que se le ofrecen. La ingesta proteica incluye solo tres servicios de carne o productos lácteos por día. Ocasionalmente toma un suplemento dietético, o recibe menos que la cantidad óptima de una dieta líquida o por sonda nasogástrica. 	3. Adecuada <ul style="list-style-type: none"> Toma más de la mitad de la mayoría de las comidas. Come un total de cuatro servicios al día de proteínas (carne o productos lácteos). Ocasionalmente puede rehusar una comida, pero tomará un suplemento dietético si se le ofrece, o recibe nutrición por sonda nasogástrica o por vía parenteral, cubriendo la mayoría de sus necesidades nutricionales. 	4. Excelente <ul style="list-style-type: none"> Ingiere la mayor parte de cada comida. Nunca rehusa una comida. Habitualmente come un total de cuatro o más servicios de carne y/o productos lácteos. Ocasionalmente come entre horas. No requiere suplementos dietéticos.
ROCE Y PELIGRO DE LESIONES	1. Problema <ul style="list-style-type: none"> Requiere de moderada y máxima asistencia para ser movido. Es imposible levantarlo/a completamente sin que se produzca un deslizamiento entre las sábanas. Frecuentemente se desliza hacia abajo en la cama o en la silla, requiriendo de frecuentes reposicionamientos con máxima ayuda. La existencia de espasticidad, contracturas o agitación producen un roce casi constante. 	2. Problema potencial <ul style="list-style-type: none"> Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia. Durante los movimientos, la piel probablemente roza contra parte de las sábanas, silla, sistemas de sujeción u otros objetos. La mayor parte del tiempo mantiene relativamente una buena posición en la silla o en la cama, aunque en ocasiones puede resbalar hacia abajo. 	3. No existe problema aparente <ul style="list-style-type: none"> Se mueve en la cama y en la silla. 	

ALTO RIESGO: Puntuación total < 12.
 RIESGO MODERADO: Puntuación total 13 – 14 puntos.
 RIESGO BAJO: Puntuación total 15 – 16 puntos si es menor de 75 años. Puntuación total de 15 – 18 si es mayor o igual a 75 años.

Fig 2. Escala de Braden.

por todos los profesionales sanitarios a cargo de los cuidados de los pacientes como uno de los cuidados esenciales ante las UPP, se destaca la dificultad de su realización por varios motivos, sobre todo por la falta de personal para su correcta realización o el exceso de tareas atribuidas.

Es destacable que la práctica de un cambio postural necesita un determinado número de profesionales, de protocolos y también concien-

cia de compromiso de equipo como práctica obligatoria en el día a día.

● **Apósitos PHMB**

Los apósitos PHMB inhiben el crecimiento bacteriano en la zona en la que están aplicados, manteniendo su actividad alrededor de 72 h.

● **PCNI**

Líquido en forma de película que se adapta y se aplica a cualquier

superficie corporal. Ayuda a proteger la piel dañada o macerada de las irritaciones ocasionadas por el exceso de exudado del efecto de los adhesivos y de la fricción. Favorece la retracción de la piel perilesional y el cierre de la herida. Su aplicación protege de futuras lesiones. Es fácil de aplicar y retirar, aumenta el confort del paciente y optimiza el trabajo de los profesionales y cuidadores.

Superficies especiales de manejo de la presión (SEMP)

Los dispositivos de alivio de presión son superficies especiales de apoyo, diseñadas específicamente para el manejo de la presión en pacientes que presentan UPP o bien presentan riesgo de padecerlas.

Nos referiremos a superficies especiales de apoyo, como aquellas superficies que han sido diseñadas específicamente para el manejo de la presión, reduciéndola o aliviándola. Incluyen camas, colchones, cobertores o cojines de asiento.

En este sentido, el fabricante debería aportar información fundamentada acerca de sus indicaciones de uso (tipo de pacientes a los que va destinado, niveles de riesgo, características de las lesiones de los pacientes tributarios de su uso, así como parámetros de efectividad respecto del alivio-reducción de la presión).

En todos los niveles asistenciales es recomendable utilizar una superficie de apoyo adecuada según el riesgo detectado de desarrollar úlceras por presión y la situación clínica del paciente.

- Paciente de riesgo bajo: preferentemente superficies estáticas (colchonetas-cojines estáticos de aire, colchonetas-colchones-cojines de fibras especiales, colchones de espuma especiales, colchonetas-cojines viscoelásticos...
- Pacientes de riesgo medio: preferentemente superficies di-

námicas (colchonetas alternantes de aire de celdas medias... o superficies estáticas de altas prestaciones (colchones de espuma especiales, colchones-colchonetas viscoelásticos...

- Pacientes de riesgo alto: superficies dinámicas (colchones de aire alternante, colchonetas de aire alternante de grandes celdas...
- Los pacientes de riesgo medio y alto deberán utilizar un cojín con capacidad de reducción de la presión mientras estén en sedestación.
- Existen en el mercado superficies especiales diseñadas para pacientes pediátricos (incubadora, cuna, cama pediátrica) y para adultos.
- Considere siempre las superficies especiales como un material complementario que no sustituye al resto de cuidados (movilización y cambios posturales).

● Ácidos grasos hiperoxigenados

Consiste en productos oleosos no laminares de uso tópico, compuestos por ésteres de ácidos grasos hiperoxigenados de origen natural.

● Hidrocolooides

Compuestos por carboximetilcelulosa sódica (CMC), pectinas, gelatinas. Son semioclusivos y permiten que la úlcera transpire, pero a través de sus capas no deja pasar hacia el interior bacterias, líquidos, etc.

● Cicatrización asistida por vacío

Es un sistema no invasivo y activo que utiliza una presión negativa localizada y controlada para estimular la cicatrización. El término de presión negativa hace referencia a una presión inferior a la atmosférica normal. Existen dos posibilidades de aplicación: presión continua y constante sobre el lecho de la lesión, o presión intermitente.

● Alginatos

Son productos compuestos por sales de calcio y sodio de ácido alginico. Este es un polímero de cadena larga extraído de algas marinas llamadas algas pardas. Los apósitos de alginato son antiadherentes y adaptables, no oclusivos, bioabsorbibles, no tóxicos ni alérgicos y tienen propiedades hemostáticas y cierta actividad antibacteriana.

● Úlcera venosa

Los pacientes que han padecido trombosis venosa profunda, pueden sufrir úlceras posttrombóticas de larga duración. Es importante realizar en cada cura una limpieza exhaustiva para prevenir la infección. El tratamiento de estos pacientes debe seguir los siguientes principios:

- Mejorar el retorno venoso
- Tratar la infección
- Limpieza y desbridamiento
- Cura local
- Terapia de compresión: medias, vendajes y elásticos



Fig 3 y 4: Imágenes de pie diabético.

● **Úlcera neuropática o pie de diabético**

Trastorno de los pies de los diabéticos provocado por la enfermedad de las arterias periféricas que irrigan el pie, complicada a menudo por daño de los nervios periféricos del pie e infección. Debido a la oclusión de las arterias que llevan sangre a los pies se produce gangrena.

El pie del paciente diabético es muy sensible a todas formas de traumatismos: el talón y las prominencias óseas resultan especialmente vulnerables.

Los daños a los nervios periféricos de los pies provocan trastornos sensoriales, úlceras de la planta del pie, atrofia de la piel.

En los pacientes diabéticos es frecuente que las lesiones propias del denominado pie diabético trascurren sin dolor, debido a lo cual se suele agravar la lesión antes de que el paciente pida ayuda especializada (Fig 3 y 4).

Cómo evitar las lesiones del pie diabético

A los pacientes de riesgo (ancianos y aquellos que tienen mala circulación), se les recomienda los siguientes cuidados rutinarios de los pies:

Cada día, los pies deben ser lavados (aunque no empapados) en agua caliente, cuya temperatura ha sido probada previamente con la mano. Se deben secar con meticulosidad, prestando una atención especial a los espacios interdigitales (entre los dedos).

Las uñas de los pies deben cortarse con cuidado. Los pacientes con mala vista o manos temblorosas deben pedir a otras personas que se las corten. Las uñas no deben ser más cortas que el extremo del dedo.

Los pies se deben inspeccionar con frecuencia, buscando detenidamente zonas resacas y fisuras en la piel, sobre todo alrededor de las uñas y en los espacios interdigitales. Deben espolvorearse con

talco, si la piel está húmeda, o recubrirse con crema hidratante, si la piel está seca. Las plantas deben ser inspeccionadas con un espejo o por otra persona. Debe tenerse un cuidado especial con los callos y las durezas, que deben ser atendidas por un podólogo. No se deben utilizar antisépticos potentes (yodo), ni callicidas.

Si aparecen ampollas o infecciones, debe consultarse inmediatamente al médico.

No deben utilizarse bolsas de agua caliente. Es preferible utilizar unos calcetines.

Pueden emplearse mantas eléctricas, pero deben apagarse antes de meterse en la cama.

Los zapatos deben ajustar bien (sin apretar) y ser confortables, dejando espacio para que los dedos descansan en su posición natural.

Los zapatos nuevos deben calzarse progresivamente, cada vez durante un tiempo un poco más prolongado.

Se deben utilizar calcetines de algodón o lana, mejor que de nylon. Deben ser de la talla adecuada y no tener zurcidos ni costuras que puedan producir presiones. Deben cambiarse diariamente.

Caminar con los pies descalzos es peligroso, ya que una pequeña herida puede tardar mucho en curarse.

Dejar de fumar. El tabaco es muy perjudicial para los diabéticos, porque produce vasoconstricción.

Otro aspecto de la prevención que merece cierta atención, es el diseño de calzado a medida para los diabéticos con pies muy delicados. Estos zapatos deben estar diseñados para redistribuir las fuerzas que soporta el pie.

● **Úlcera isquémica**

Producida por un déficit de aporte sanguíneo a la piel que puede deberse a una arterioesclerosis obliterante, una arteritis, una embolia o una trombosis arterial.



● **Y su tratamiento consiste en:**

- Medida del índice tobillo/brazo
- Revascularización de la extremidad (absolutamente necesario)
- Limpieza y desbridamiento de la herida
- Hidratación de la piel
- Alivio de la presión
- Protección de la piel periucleral
- Apósito con polihexametileno bivanada para evitar la infección
- Cura húmeda

Poder comunicarse

Comunicarse significa intercambiar, expresarse, notificar algo, enviar mensajes y señales, pero al mismo tiempo, recibir y descodificar mensajes y señales de otros, así como reaccionar a ellos. Hay cuatro aspectos en un mensaje que se pueden resaltar de manera diferente:

- La información objetiva
- La información referente
- La apelación
- La autorrevelación

● **Actitud comunicativa básica en los cuidados**

Ser comunicativo, relacionarse de forma consciente y entablar una conversación verbal y no verbal no significa, como suele suponerse, dedicar más tiempo. Una buena parte de la comunicación surge de manera sencilla con y durante los cuidados y la asistencia. Precisa-



mente toda la gama de señales no verbales positivas, como dedicación física, contacto visual, sonreír, tocar, mantener una conversación o hacer una pregunta, no consume tiempo, pero contribuye a construir una relación y una confianza que benefician en definitiva a todos los que intervienen. Las dos clases de comunicación y sus matices.

Claridad. Para crear una comunicación positiva y evitar interpretaciones erróneas, es importante que los mensajes sean claros, comprensibles y unívocos.

Autenticidad. La falta de sinceridad en la comunicación y la dedicación simulada ponen en peligro la relación. La otra parte percibe las contradicciones entre lenguaje corporal y lenguaje verbal. En vez de mentir, es mejor reconocer la propia falta de tiempo.

Congruencia. El esfuerzo por la claridad y sinceridad se manifiesta en una conducta congruente de comunicación: el lenguaje corporal y los mensajes verbales coinciden, formando un todo.

Empatía. Es un elemento esencial de la comunicación comprometida. Escuchar activamente significa prestar atención con la vista y el oído a todas las señales verbales y no verbales de la otra persona.

Distancia y proximidad. El funcionamiento de la comunicación depen-

derá de la relación correcta entre distancia y proximidad de los comunicantes en los niveles verbales y no verbales. Una proximidad excesiva puede abrumar, incluso acosar, en tanto que un exceso de distancia señala desde indiferencia hasta rechazo. Una distancia agradable se inicia verbalmente con un saludo respetuoso y termina, en el lenguaje corporal, con un trato cuidadoso, no insistente, acompañado de contacto.

Los interlocutores pueden actuar desde posiciones paternalista, infantil o de adulto. Quien hable con su interlocutor como un progenitor estricto, desplazará a éste automáticamente a la posición del niño, ya sea adaptado, bueno o caprichoso.

Algunos ancianos se adaptan a este trato y se comunican con los cuidadores desde la posición del niño. También hay ancianos dominantes que ven al personal cuidador como un sirviente y le tienen a mal traer.

Ninguna de las dos variantes es conveniente, ya que no se trata en absoluto de padres e hijos (ni jefes y subordinados), sino de adultos. Para la comunicación dentro de los cuidados, esto significa, por principio, ver, dirigirse o tratar al interlocutor necesitado de cuidados o ayuda como un adulto y que los cuidadores no se erijan en “padres”.

Construir la comunicación. Una comunicación consciente se produce siempre en tres etapas:

1ª etapa:

- Percibirse a sí mismo, también en la disposición emocional momentánea y la expresión corporal; desarrollar un sentido de sí mismo.
- Desear expresarse conscientemente, de manera congruente con lo percibido.

2ª etapa:

- Percibir y tomar en serio las señales verbales y no verbales del interlocutor
- Intentar entenderlo.

3ª etapa:

- Establecer una relación para mantener una comunicación útil.
- Expresar lo que se percibe en el interlocutor e intentar entender.
- Expresarse de manera sincera y congruente, pero que también sea comprensible y útil para el interlocutor.

Los cuidadores tienen que informar al paciente o a sus familiares. El cuidador asume el papel de emisor de mensajes, en tanto que la otra parte es sobre todo receptor, de ahí que la claridad sea tan importante. Pero siempre habrá que verificar si el mensaje se ha recibido correctamente y si el interlocutor puede hacer algo con él.

● Situaciones de carga física y psíquica

- En caso de enfermedad o dolor, pero también en situaciones de miedo o duelo, la comunicación se transforma. El estado de la persona enferma pasa a primer plano.
- Agresión. Las expresiones de enojo y cólera en el nivel verbal y no verbal, pero también las manifestaciones injuriosas y ofensivas pueden ser una agresión. Una persona puede expresar enojo sin por ello perder el respeto y la dedicación de su entorno. Pero también hay que poner límites a la agresión de manera clara y congruente, sobre todo cuando está dirigida a otros. Esto incluye manifestar el propio enojo y la consternación en forma objetiva y breve, para poder seguir siendo sinceros.
- Enfermedad psíquica, demencia. En la comunicación con personas que padecen alteraciones psíquicas, una relación bondadosa también puede servir de base para hallar nuevas vías de contacto. ●



Dossier

Piojos y sarna

Prólogo

Los ectoparásitos, unos visitantes **indeseables**

Sumario:

- Cómo comportarse ante una persona afectada por parasitosis
- Prevenir y curar una pediculosis
- Parasitosis externas en urgencias hospitalarias

Los parásitos externos o ectoparásitos, en forma de ácaros (sarna o garrapata) o de insectos (piojos, pulgas, chinches) son organismos que se alimentan y reproducen en la superficie de otro organismo. El ser humano no es ajeno a esta realidad; los parásitos pueden contaminar a una persona con consecuencias más o menos molestas. También pueden ser responsables de enfermedades más graves. De hecho, si su picadura produce pruritos localizados o alergias, pasan de ser simplemente visitantes indeseables a acarrear molestos efectos secundarios (lesiones causadas por rascar, agitación, trastornos del sueño...).

■ **Como se alimentan de la sangre del individuo al que pican**, pueden ser vectores de virus o de microbios y así transmitir infecciones y patologías graves.

• **Los ácaros**, por ejemplo, segregan saliva tóxica o alergénica.

• **Las garrapatas** producen neurotoxinas que pueden provocar, en raras ocasiones, una parálisis y pueden transmitir una bacteria (*Borrelia*) que es la responsable de la enfermedad de Lyme (trastornos artríticos, cardiológicos, neurológicos).

• **Los piojos**, en ciertas condiciones de extrema precariedad (guerra, catástrofe natural...), provocan una grave infección bacteriana llamada tifus exantemático.

• **Las pulgas** son vectoras de la peste bubónica (la forma más corriente de peste), cuando pican a roedores infectados y luego a humanos.

■ **Los parásitos externos más habituales** en las personas son los piojos (pediculosis) y el *Sarcoptes scabiei* (sarna). Son muy contagiosos y pueden llegar a suponer importantes problemas de salud pública. Su importancia radica en el modo de transmisión, muy fácil, en la frecuencia de las recaídas y en los tratamientos, eficaces pero largos y pesados normalmente. Aunque suelen ir asociados a problemas de higiene, pueden afectar a cualquier individuo y no se trata de una afección vergonzosa.

■ **En las comunidades, los sanitarios tienen que informar** y tranquilizar a las personas portadoras de estos parásitos con atención y rigor, sin provocar la alarma. Las guías de buenas prácticas, los protocolos de asistencia y las medidas de higiene y prevención son los medios más indicados para eliminar a estos visitantes indeseables.

Autora : Charlotte Moreau/Elsevier Masson SAS

Corine Cordon,
Coordinadora del Dossier,
Publicado por primera vez en la revista SAS, número 47

Marie Quinon,
psicóloga, Compiègne, Francia

Comunicación

Cómo comportarse ante una persona afectada por parasitosis

La parasitosis externa está asociada popularmente a una mala higiene o al descuido de la persona. De hecho, ofrece una imagen muy negativa que la puede estigmatizar. El Técnico en Cuidados de Enfermería no escapa a este imaginario colectivo, pero debe superar sus temores para entablar una relación y tratar a la persona afectada.

Palabras clave:

- Higiene
- Vergüenza
- Irracional
- Miedo
- Repugnante

La parasitosis externa, como los piojos y la sarna, suelen provocar miedo y reacciones inapropiadas. *“¡Qué horror! ¡Mi hijo ha cogido piojos en el colegio! ¡Se puede contagiar toda la familia!”* Son muchos los sobrentendidos que se generan con frases de este tipo, aunque se trate de algo bastante banal en la vida de una familia. “El niño contaminante” de la clase, ¿es un niño sin higiene, descuidado? ¿Cómo puede ser que su madre no se ocupe de él? ¿Qué pensarían las otras madres si supieran que mi hijo tiene piojos? *“La policía trae a urgencias a un sintecho borracho. No os feís, ¡está lleno de piojos!”* El sintecho queda automáticamente estigmatizado: es un paria social venido a menos, bebe, está sucio, probablemente huele mal y, además, ¡podría con-

tagiar los piojos al personal que se ocupan de él! La asistencia será rápida y quedará reducida a lo indispensable. Nadie tiene ganas de entablar una relación con ese hombre que, probablemente, sea lo que más necesite...

Podríamos poner muchos ejemplos en este “laboratorio social” que es un servicio de urgencias en un hospital.

Un miedo irracional

■ **No es fácil ocuparse de un semejante que es portador de parásitos.** Nuestra reacción es primaria e irracional. De forma visceral, intentamos alejarnos lo más rápidamente posible. Los parásitos externos más comunes, los piojos, son insectos que proliferan, por lo que nos da miedo que “salten a nosotros” y nos invadan. Este es un buen caldo de cultivo para lo irracional, no controlamos esos bichos, nos imaginamos que se van a desarrollar en nosotros, que van a invadir nuestra casa, el servicio de urgencias...

■ **La higiene es una exigencia social básica en nuestra sociedad** y los hombres y las mujeres que viven en una situación de gran precariedad a veces no son capaces de cumplir esta exigencia. ¿Son ellos los responsables? En nuestra calidad de Técnicos en Cuidados de Enfermería, tenemos que reco-

nocer en nosotros esa reacción de huida visceral, es la única forma de no caer en su trampa. Así, podremos entablar una auténtica relación el sanitario y el paciente.

Una enfermedad vergonzosa

■ **La sarna, otra parasitosis,** esta vez vinculada a un ácaro que penetra debajo de la piel se suele ver como una enfermedad vergonzosa. Además, deja marcas visibles. Sabemos que se puede transmitir y que requiere una asistencia sanitaria rápida y eficaz.

■ **¿Por qué el imaginario es tan rotundo con estas afecciones?** Tienen una connotación muy negativa, como si se tratara de afecciones repugnantes, vergonzosas, símbolo de decadencia, como si nos tuviéramos que proteger y mantenernos a distancia. Lo “repugnante” activa en nosotros un instinto arcaico y nuestro primer movimiento responde al interés por prevenir el contagio.

Conclusión

Todos nosotros sabemos, de una forma racional, que no habrá contagio si llevamos a cabo las curas con las precauciones necesarias, pero los miedos adquiridos son profundos y es fundamental que los identifiquemos para tomar un mínimo de perspectiva y hacer el trabajo de sanitario en buenas condiciones. ●



Enfermería Práctica

Prevenir y curar una pediculosis

La pediculosis, una patología benigna siempre que quede aislada, puede transformarse rápidamente en una epidemia en lugares públicos como los establecimientos de asistencia sanitaria o de acogida. Por lo tanto, es recomendable saber detectarla para poder erradicarla lo antes posible. Todos los profesionales que trabajen en estas estructuras deberían conocer y respetar las medidas profilácticas que hay que poner en marcha en tales casos.

La pediculosis humana forma parte de la familia de las parasitosis. Esta enfermedad contagiosa está relacionada con la presencia en el cuerpo de un parásito hematófago, el piojo, que vive en la superficie de su huésped y a su costa. No existe curación espontánea de la enfermedad cuando está activa (presencia de liendres y/o de piojos vivos). El piojo se reproduce en tres fases que completan un ciclo de unas tres semanas: puesta de los huevos que forman liendres inmóviles que se fijan al pelo o al cabello y eclosión entre seis y diez días después, cuando surgen las larvas y por último se convierten en piojos adultos, visibles sin necesidad de ningún aparato y con mucha movilidad [1].

Tratamiento y medidas de prevención

Los piojos se alimentan de la sangre del huésped a través de la picadura. De esta forma, puede vivir entre seis y ocho semanas y cuando no disponen de alimento, tardan entre uno y tres días en morir. Además, son muy sensibles al calor y a la deshidratación, algo que resulta muy útil para su eliminación.

Tratamiento

■ **La seguridad social no incluye** el tratamiento antiparasitario y se dispensa tanto en farmacias como en otros establecimientos.

■ **Para todos los tipos de pediculosis**, se trata de un tratamiento tópico que mata las liendres y los piojos y que se comercializa con diferentes formas galénicas (loción, champú, crema, polvo). Consiste en aplicar el producto y, en ocasiones, repetir la aplicación ocho días después. Es importante respetar el modo de uso, el tiempo de contacto del producto con el cabello o el pelo y las precauciones de uso, como proteger los ojos para el tratamiento del cuero cabelludo. Habrá que completar esto, de forma secundaria, retirando manualmente todas las liendres con la ayuda de un peine específico (recuadro 1).

■ **En caso de pediculosis corporal o púbica**, antes de aplicar el producto habrá que lavar la zona con jabón normal o antiséptico cuando las lesiones estén sobreinfectadas.

■ **En caso de resistencia al tratamiento local**, se podrá administrar un tratamiento antiparasitario de segunda línea por vía oral siempre que se cumplan algunas condiciones.

Prevención de la transmisión

■ **De forma paralela y al mismo tiempo se deberán adoptar medidas complementarias** para limitar el contagio de una persona a otra:

- **precauciones especiales** (tipo de contacto con prescripción médica) en los establecimientos sanitarios durante el tratamiento, informando a todas las personas implicadas (paciente, cuidadores, visitantes);
- **cambiar la ropa de cama y las prendas de ropa** (utilizar ropa que cubra las zonas afectadas si el paciente no está en una habitación individual);

Palabras clave:

- Epidemia
- Liendre
- Medidas profilácticas
- Piojo
- Protocolo

Referencias

- [1] Rioufol MO. Poux et gale, des parasitoses contagieuses. Soins Aides-soignantes 2012; 47: 10-1.



Recuadro 1

Pediculosis del cuero cabelludo, el papel del Técnico en Cuidados de Enfermería/AE

- **Ante una persona afectada de pediculosis en el cuero cabelludo, el papel del Técnico en Cuidados de Enfermería/AE consiste en detectar liendres y piojos en la cabellera** así como en reconocer los signos clínicos. También deberá participar en la puesta en marcha de precauciones concretas relacionadas con el contacto, la gestión de la ropa de cama y de los residuos contaminados así como en el mantenimiento del material y del entorno de paciente.
- **Después del tratamiento curativo local o general aplicado por la enfermera, el Técnico en Cuidados de Enfermería/AE contribuirá al mantenimiento de la cabellera** realizando una desparasitación con la ayuda de un peine específico. Durante estas operaciones, es importante que el Técnico en Cuidados de Enfermería/AE aplique rigurosamente las precauciones estándar (llevar guantes de un solo uso y sobrebata).
- **El Técnico en Cuidados de Enfermería/AE deberá respetar las reglas de higiene** destinadas a limitar la aparición de una epidemia en la unidad de curas o en la recepción. En colaboración con la enfermera, recomendará a los visitantes que no se sienten ni se tumben en la cama del paciente.
- **Cuando el Técnico en Cuidados de Enfermería/AE trabaje con niños,** deberá desempeñar un importante papel educativo con los padres (para que vigilen el cuero cabelludo de los niños, observen con atención en caso de prurito, limiten el intercambio y la confusión de gorros, abrigos, jerséis, toallas, etc., sobre todo en las estructuras de acogida).

- **desinfectar los peines y los cepillos** para el pelo con un producto antipiojos;
- **lavar a 60 °C** o desinfectar pulverizando, según las recomendaciones del fabricante, con una solución insecticida los gorros, los fulares, los artículos de la cama, la ropa de cama, los peluches, la ropa, etc.;
- **biolimpieza de los lugares** utilizados (habitación del hospital);
- **examen minucioso de las personas** cercanas o que hayan estado en contacto con el individuo en tratamiento cuando se produzca un contagio de la pediculosis.

Recuadro 2

El marco reglamentario

- **Aunque la detección de parasitosis externas y cuidados para las personas afectadas pueden entrar en el campo de la competencia del Técnico en Cuidados de Enfermería/AE,** se trata de una prescripción médica de un tratamiento que presenta modalidades de aplicación y unos riesgos específicos, por tanto corresponde a la enfermera realizar las curas locales.
- **Cuando exista una epidemia, este principio se podrá ver modificado por la necesidad de una participación colectiva.** El supervisor determinará en tal caso la zona de colaboración para que cada uno de los actores participe en el procedimiento. Se encargará, previamente, de que todos conozcan los protocolos y las modalidades de aplicación de los productos y aportará un complemento de información.

Conclusión

Teniendo en cuenta que se trata de algo muy contagioso, el tratamiento de la pediculosis se articula en torno a tres grandes ejes: individual, colectivo y ambiental. En un establecimiento sanitario, estas medidas se suelen materializar en un protocolo del Comité de Lucha contra las Infecciones Nosocomiales (CLIN). El Técnico en Cuidados de Enfermería/AE participa en este procedimiento, que debe conocer y cuyas modalidades debe aplicar. ●



Testimonio

Parasitosis externas en **urgencias hospitalarias**

En un hospital, el servicio de urgencias acoge a pacientes con todo tipo de dolencias.

La parasitosis externa es algo que se descubre durante su estancia y que hace que la práctica habitual de los equipos deba acelerarse.

Los usuarios de un servicio de urgencias son el reflejo de un grupo de población determinado por la localización del centro hospitalario. Por eso están representadas todas las clases sociales y económicas. La parasitosis externa es algo que avergüenza y que se esconde tras el motivo de la dolencia principal. El enfermero de la recepción y de orientación deberá derivar al paciente a un médico que emitirá un diagnóstico. El equipo sanitario se encarga de las curas previa prescripción del facultativo y de las operaciones de higiene y comodidad. En general, el Técnico en Cuidados de Enfermería no sabe a qué atenderse: ¿son piojos, sarna o micosis? Lo que hay que hacer es evaluar el estado cutáneo y las diferentes necesidades del paciente. La parasitosis externa afecta a menudo a personas desprotegidas que no se pueden procurar una higiene corporal satisfactoria: los sinteco, los alcohólicos crónicos, los depresivos crónicos, las personas con sobrepeso y micosis en cada pliegue de su cuerpo.

Una relación sanitaria particular

■ **El Técnico en Cuidados de Enfermería debe ir más allá**, no quedarse con el temor despertado por estas imágenes e iniciar el diálogo con el paciente. Este intercambio crea una relación de confianza. Por una parte, el paciente puede exteriorizar sus dificultades y las vicisitudes de su vida. Por la otra, el Técnico

en Cuidados de Enfermería puede entender cómo esa persona ha podido llegar a su estado de dejadez y también demostrar su empatía.

■ **Esta comunicación también es una herramienta** para que la prestación de asistencia sea menos difícil. De hecho, hay que sobrepone al mal olor y a las molestias causadas por la suciedad, gestionar el asco ocasionado por lo que en la profesión se conoce como “inquilinos indeseables”.

El dispositivo de asistencia

■ **Gorro, mascarilla, guantes, bata desechable y cubrezapatos** conforman el uniforme. En el hospital, el resto de pacientes, que están en urgencias por diferentes motivos, ya se imaginan que vamos a ocuparnos de una situación compleja y en cierto modo es verdad ya que nos tenemos que enfrentar a unos parásitos muy rebeldes.

■ **Hay dos Técnicos en Cuidado de Enfermería** que realizarán las siguientes operaciones:

- **duchar y lavar el cabello;**
- **afeitar el rostro, el cuerpo y la cabeza**, con el consentimiento del paciente;
- **secar todo el cuerpo** prestando atención a los pliegues naturales;
- **aplicar las soluciones prescritas** según los protocolos de asistencia.

■ **Para ser coherente, hay que seleccionar los efectos personales del paciente.** Después de informarle, la ropa que esté en buen estado se le devuelve y la que esté en el límite de la salubridad, se tira. Se viste a la per-

sona con ropa limpia de la ropa de reserva (abrigo, camiseta, pantalón y zapatos). Los objetos de uso común se limpian y desinfectan siguiendo los procedimientos vigentes.

El beneficio de la asistencia

■ **Después de estas operaciones, el paciente se ha transformado** aunque se encuentra cansado debido a esta ducha de “eficacia”. Se siente limpio, mejor consigo mismo y recupera la autoestima. Se le sirve una comida caliente, recupera las fuerzas y puede continuar con el procedimiento del servicio de asistencia.



© F. Soutiff/Elsevier Masson SAS

Conclusión

La parasitosis externa es algo frecuente en las urgencias hospitalarias. El papel del Técnico en Cuidados de Enfermería es más útil que nunca al tratar con los usuarios afectados por estas patologías: asistencia relacional, preventiva, educativa, de higiene y de comodidad. Los agradecimientos y la sonrisa del paciente ayudan a dejar de lado las dificultades relacionadas con este tipo de casos. ●

Palabras clave

- Comodidad
- Diálogo
- Higiene
- Parasitosis externas
- Servicio de urgencias



Reacciones adversas y efectos secundarios de los medicamentos. Cuidados del TCE/AE

Farmacovigilancia es la rama de la Farmacología que estudia las reacciones adversas que provocan los fármacos sobre el organismo.

SUMARIO:

Sistema español de Farmacovigilancia

Reacción adversa

- a) Efecto colateral
- b) Efecto secundario

Tipos de reacciones adversas

Clasificación de las reacciones adversas según su gravedad

- Tipo A
- Tipo B
- Tipo C

Reacciones adversas más comunes

- Factores de riesgo de las reacciones adversas
- Condiciones a tener en cuenta para evitar los efectos adversos
- Cómo disminuir los efectos adversos de un fármaco

Recomendaciones importantes

Excipientes de declaración obligatoria (EDO) en España,

- Efecto rebote
- Errores en la administración de medicamentos

Sistema español de Farmacovigilancia

La Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios define y regula con claridad las actividades del Sistema Español de Farmacovigilancia, derogando, al mismo tiempo, la anterior Ley 25/1990, de 20 de diciembre, más conocida como “Ley del Medicamento”.

Esta nueva disposición legal establece, entre otros, lo siguiente:

La Farmacovigilancia es la actividad de salud pública que tiene por objeto la identificación, cuantificación, evaluación y prevención de los riesgos del uso de los medicamentos, permitiendo así el seguimiento de los posibles efectos adversos producidos por estos.

Los profesionales sanitarios tienen el deber de notificar toda sospecha de Reacción Adversa a un Me-

dicamento (RAM) de las que tengan conocimiento durante su práctica habitual y enviarla lo más rápidamente posible a los órganos competentes de cada Comunidad Autónoma mediante el formulario de recogida de sospechas de reacciones adversas, denominado comúnmente “tarjeta amarilla” (ver Anexo). Las Comunidades Autónomas trasladarán la información recibida a la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS).

El Sistema Español de Farmacovigilancia (SEFV), que coordina la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, integra las actividades que las administraciones sanitarias realizan de manera permanente y continuada para recoger, elaborar y, en su caso, procesar toda la información útil para la supervisión de medicamentos y, en particular, los datos sobre reacciones adversas a medicamentos, así como para la realización de cuantos estudios se consideren necesarios para evaluar la seguridad de los fármacos.

La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios evaluará la información recibida del Sistema Español de Farmacovigilancia, así como de otras fuentes de información. Los datos de reacciones adversas detectadas en España se integrarán en las redes europeas

e internacionales de Farmacovigilancia de las que España forme parte, con la garantía de protección de los datos de carácter personal exigida por la normativa vigente.

Reacción adversa

Según la Organización Mundial de la Salud: “Reacción Adversa a un Medicamento (RAM) es cualquier efecto perjudicial que ocurre tras la administración de un fármaco a las dosis normales utilizadas en la especie humana, para la profilaxis, el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o para la modificación de alguna función fisiológica”.

En todas las Hojas de Atención de Urgencias, Historias Clínicas y algunos Informes Clínicos podemos observar las siglas: No RAM, o No EAM. ¿Qué significan?

- No RAM: “No Reacción Alérgica a Medicamentos”
- No EAM: “No Efectos Adversos a Medicamentos”

Significan que, durante la anamnesis, el médico ha interrogado al paciente sobre los conocimientos que tiene de padecer o haber padecido reacciones alérgicas o efectos adversos a algún medicamento que le haya sido administrado con anterioridad.





Siempre hay que pensar que el paciente puede conocer o no las posibles alergias, intolerancias o reacciones adversas a un medicamento si nunca ha sido tratado con dicho fármaco, así que cuando se sospecha que la sintomatología que presenta puede deberse a cualquiera de estas causas hay que realizar una correcta y meticulosa anamnesis, incluidas las alergias e intolerancias a alimentos, por si tuviera un fenómeno de alergia cruzada.

a) Efecto colateral

Es una reacción que forma parte de la propia acción farmacológica del medicamento, pero que cuando aparece resulta poco agradable para el organismo. Por ejemplo, el estreñimiento causado tras la administración de morfina o la somnolencia que aparece tras la ingestión de algunos antihistamínicos.

b) Efecto secundario

Es un efecto que aparece como consecuencia de la acción de un fármaco o medicamento en el organismo. Puede ser beneficioso, esperado, inesperado o perjudicial.

En ocasiones el médico prescribe un medicamento cuyo mecanismo de acción está destinado a una patología concreta a sabiendas de que lo que busca es el efecto beneficioso de una reacción adversa descrita. Por ejemplo, Rivotril® es un antiepiléptico que se prescribe también como miorrelajante y Haloperidol® es un antipsicótico que se utiliza también como antiémico y antimigrañoso.

Tipos de reacciones adversas

■ **Tipo A:** son aquellas originadas por exageración del efecto de un fármaco. Son predecibles o al menos esperables. La intensidad se relaciona con las dosis administradas y su tratamiento requiere un ajuste de la dosis.

■ **Tipo B:** tienen una posible base farmacogenética. No son predecibles “a priori” y no hay relación entre las dosis y la intensidad de la respuesta.

■ **Tipo C:** son los efectos indeseados asociados a tratamientos prolongados.

■ **Tipo D:** son las retardadas, es decir, aquellas que aparecen meses o años después de retirado el fármaco.

Clasificación de las reacciones adversas según su gravedad

Al citar la gravedad de una reacción adversa nos referimos a aquellas que pueden poner en peligro la vida del paciente, causar su ingreso en Urgencias, prolongar su ingreso hospitalario o provocar una incapacidad laboral.

- **Letales:** contribuyen directa o indirectamente a la muerte del paciente.

- **Graves:** cuando la reacción amenaza directamente la vida del paciente. Puede requerir hospitalización, pero siempre precisa atención médica urgente.

- **Moderadas:** esta reacción puede interferir en las actividades de la vida diaria (laboral, escolar, doméstica, etc.), así como requerir hospitalización o atención médica, pero sin amenazar directamente la vida del paciente.

- **Leves:** presenta signos y síntomas fácilmente tolerados (fiebre, mareos, cefalea, etc.). No precisa atención médica ni antidotos, siendo generalmente de corta duración. Estas reacciones no interfieren sustancialmente en la vida normal del paciente ni prolongan su hospitalización.

La valoración de la gravedad requiere un estudio individualizado de cada caso, de la duración e intensidad de la reacción.

CONFIDENCIAL
NOTIFICACIÓN DE SUSPECHA DE REACCIÓN ADVERSA A UN MEDICAMENTO

1. Por favor, notificar sobre las reacciones a síntomas aparentemente relacionados en el tiempo y las reacciones graves a las dosis para el uso de fármacos. Prohibido usar fármacos, medicamentos sustanciales, suplementos, dietas, reacciones, síntomas, registros, gases, reacciones y medicamentos homeopáticos.
 2. Notifique en la primera línea el fármaco que considere más sospechoso de haber producido la reacción. O bien, ponga un asterisco junto al nombre de los medicamentos sospechados, si cree que hay más de uno.
 3. Notifique sobre los demás fármacos, incluidos los de automedicación, tomados en los tres meses anteriores. Para las medicaciones crónicas, indique todas las dosis administradas durante la prescripción.
 4. No debe de notificar por desconocer una parte de la información que le pedimos.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ Sexo: Masculino Femenino Edad: _____ Peso (kg.): _____

(Con la finalidad de saber si se ha reportado alguna reacción, indique número y número de teléfono para los accidentes farmacológicos)

FÁRMACO (S) *	Dosis diaria y vía admin.	Fecha(s) (día/mes/año)		Motivo de la prescripción
		Comienzo	Final	

7. Para los reactivos, indique número de lote.

REACCIONES	Fecha(s) (día/mes/año)		Desentace (P. al. mortal, hospitalización, etc.)
	Comienzo	Final	

OBSERVACIONES ADICIONALES: _____ Requirió ingreso: SI NO

PROFESIONAL QUE NOTIFICA: Médico Odontólogo Farmacéutico DUE

Nombre: _____ Dirección: _____ Población: _____ C.P.: _____ Teléfono: _____ Fecha: _____

Por favor, notificar con una copia al responsable más cercano

Anexo tarjeta amarilla

Clasificación de las reacciones adversas según sus características (Rawlins y Thompson)

Tipo A:

- Son dosis-dependientes.
- Son predecibles.
- Presentan una morbilidad elevada.
- Tienen una baja mortalidad.

Tipo B:

- Pueden tener una causa desconocida (idiosincrásicas).
- Cuando tienen un origen inmunológico son:
 - No predecibles.
 - Presentan una morbilidad baja.
 - Tienen una mortalidad alta.

Tipo C:

- Se desconocen los mecanismos implicados en su génesis.
- La padecen los pacientes que utilizan un fármaco en particu-



lar comparativamente con otros pacientes no expuestos a dicho medicamento.

Reacciones adversas más comunes

- Anemia.
- Asma bronquial.
- Erupciones cutáneas.
- Dermatitis.
- Eosinofilia.
- Fiebre.
- Granulocitopenia.
- Daño hepático.
- Urticaria.
- Shock anafiláctico.

Otros efectos adversos son los producidos por los denominados Medicamentos Fotosensibilizantes, que pueden provocar reacciones de fotosensibilidad (fototoxicidad o fotoalergia) en los individuos expuestos a la luz solar o a una fuente de radiación ultravioleta.

Algunos medicamentos y productos de parafarmacia son capaces de provocar reacciones cutáneas tras una exposición mínima o prolongada a la radiación solar. Las reacciones de fototoxicidad son de naturaleza no inmunológica y están producidas por medicamentos, sustancias químicas e incluso algunos excipientes. Las de fotoalergia están mediadas por el sistema inmunológico requiriendo una exposición previa al agente fotosensibilizante. La gama de reacciones puede ir desde alteraciones en la pigmentación, dermatitis o quemaduras, hasta provocar algún tipo de cáncer de piel.

Determinados medicamentos, como los antihistamínicos, anti-conceptivos orales, benzodiacepinas, diuréticos, etc., contienen agentes químicos fotorreactivos que pueden provocar reacciones de fototoxicidad si se toma el sol mientras se utilizan, produciendo lesiones similares a las quemadu-

ras solares que pueden variar de un individuo a otro según el metabolismo de dichos fármacos.

Las reacciones fotoalérgicas las provocan los medicamentos que se aplican sobre la piel produciendo una reacción química al asociarse a la energía solar absorbida por el paciente. Las reacciones alérgicas son similares a la dermatitis de contacto, con edema y prurito intenso sobre la zona de aplicación del medicamento, y que puede extenderse a otras zonas protegidas de la piel.

Factores de riesgo de las reacciones adversas

a) Relacionados con el medicamento

- Propiedades fisicoquímicas del medicamento.
- Vías de administración.
- Dosis administrada.
- Duración del tratamiento.
- Intervalo terapéutico.

b) Relacionados con el paciente

- Edades extremas de la vida: ancianos y recién nacidos.
- Sexo: mujeres.
- Embarazo.
- Lactancia.
- Enfermedades asociadas: insuficiencia renal crónica, asma bronquial, diabetes mellitus, etc.
- Polimedicación: en algunos casos las reacciones adversas se producen debido a los efectos causados por la asociación de dos o más fármacos.

Condicionantes a tener en cuenta para evitar los efectos adversos

- No existe ningún medicamento exento de producir efectos adversos.
- Los efectos adversos se presentan con mayor frecuencia en pacientes polimedicados o de elevado riesgo (niños y ancianos).
- Siempre que sea posible debe evitarse la prescripción o adminis-

tración de medicamentos cuyos efectos adversos puedan poner en riesgo la vida del paciente.

- El conocimiento de los efectos adversos por parte del paciente puede ser motivo de incumplimiento del tratamiento.
- Siempre hay que saber qué medicación está tomando un paciente para evitar que cualquier reacción adversa pueda manifestarse como una patología a tratar.

Cómo disminuir los efectos adversos de un fármaco

- Iniciar la administración reduciendo la primera dosis a $1/4$ y la segunda a $1/2$.
- Durante el tratamiento hay que comunicar cualquier variación en el estado general del paciente al médico prescriptor.
- Siempre que haya posibilidad se debe iniciar un tratamiento por vía oral.
- Cuando se prescriban varios medicamentos dejar pasar 12 horas entre la administración de uno y otro.
- Intentar evitar la toma de medicamentos de forma prolongada salvo prescripción facultativa.
- Tras la administración de un fármaco por vía parenteral, el paciente debe permanecer bajo observación por lo menos media hora.
- Si el paciente es propenso a padecer mareos se debe administrar el fármaco por vía parenteral acostado o sentado.
- La administración de fármacos por vía parenteral requiere que el profesional disponga de adrenalina, corticoides y antihistamínicos parenterales para los casos de RAM grave.

Recomendaciones importantes

Antes, durante o después de administrar la medicación prescrita a un paciente el TCE/AE debe comunicarse al médico o ATS/DUE



cualquiera de las siguientes incidencias:

■ **Cuando tras la administración de las dosis prescritas** se observan reacciones adversas manifiestas (alergias, reacción anafiláctica, intolerancia, etc.)

■ **Si la paciente está o cree que puede estar embarazada** y no lo había comunicado en el momento del ingreso.

■ **Si ha incurrido en un error de administración**, bien administrando un fármaco equivocado o una dosis diferente a la prescrita.

■ **Cuando el paciente nos manifiesta estar diagnosticado de alergia o intolerancia** a un fármaco o grupo de fármacos determinado.

■ **Si el paciente no toma** (por negación o imposibilidad) la dosis prescrita.

■ **Cuando existan alteraciones de la conciencia** que no permitan administrar la dosis prescrita por la vía prescrita.

■ **Cuando se ha administrado un fármaco** a un paciente que no lo tenía prescrito.

■ **Si observamos que el paciente está tomando cualquier medicación** prescrita por un médico con anterioridad al ingreso hospitalario y no lo ha comunicado previamente.

■ **Si el paciente no tiene adherencia al tratamiento** o toma las dosis fuera de los horarios pautados.

■ **Si el paciente refiere dificultad para ingerir un fármaco** administrado por vía oral, el TCE/AE deberá comunicarlo al médico o ATS/DUE para que valore su sustitución por otra forma de presentación.

■ **Si la dosis a administrar nos parece desproporcionada** o inadecuada.

Los pacientes conscientes deben conocer en todo momento qué medicación se les está administrando, así como sus indicaciones terapéuticas. Esta función



corresponde exclusivamente al personal médico.

Es fundamental observar que el paciente toma la medicación siguiendo la pauta horaria y dosis prescrita.

- La medicación oral pautada cada 8 horas se suele administrar a las: 8 h, 16 h y 24 h. La pautada cada 12 h se dará en el desayuno y cena.
- La pautada “en cada comida” se administrará con el desayuno, comida y cena.
- La pautada “fuera de las comidas” no deberá coincidir con el reparto de ninguna de las comidas.
- Las pautadas “una o dos horas” antes de las comidas se deberá entregar coincidiendo con dicho horario.

A tal efecto, los horarios aproximados de reparto de comidas en un Centro Sanitario suelen ser los siguientes:

- Desayuno: entre las 8:30 y 9 h
- Comida: entre las 13 y 13:30 h
- Merienda: entre las 16 y 16:30 h
- Cena: entre las 20 y 20:30 h
- Medianoche: entre las 22:30 y 23 h

El resto de medicación que deba administrar el TCE/AE (enemas, colirios, nebulizaciones, colutorios,

gotas, jarabes, supositorios, etc.) se ajustará a los horarios y dosis prescritas.

Está terminantemente prohibido sin autorización expresa del médico o enfermero:

- Abrir las cápsulas para desleírlas en líquidos.
- Fragmentar comprimidos, grageas, etc., que no estén ranurados o birranurados.
- Desleír sobres de medicación en cantidades de líquido distintas a las indicadas en el prospecto del propio medicamento.
- Autorizar al paciente a masticar aquellas presentaciones que no son masticables.

Excipientes de declaración obligatoria (EDO)

La nueva Ley de Uso del Medicamento define a los “excipientes” como aquella materia que, incluida en las formas galénicas, se añade a los principios activos o a sus asociaciones para servirles de vehículo, posibilitar su preparación y estabilidad, modificar sus propiedades organolépticas o determinar las propiedades físico-químicas del medicamento y su biodisponibilidad.



Los medicamentos contienen moléculas de fármacos muy pequeñas que son imposibles de manipular y, por lo tanto, precisan ser mezcladas con unas sustancias inactivas que no alteren su efecto terapéutico para poder elaborar formas de presentación (comprimidos, grageas, cremas, jarabes, supositorios, etc.) que permitan su comercialización. A estas sustancias se les denomina excipientes.

Los excipientes tienen la siguiente función en la composición de los medicamentos:

- **Conservantes antioxidantes** (sulfitos, sulfitohidroxianisol, etc.)
- **Conservantes antimicrobianos** (alcohol bencílico, ácido benzoico, etc.)
- **Edulcorantes naturales y artificiales** (sacarosa, sorbitol, etc.)
- **Diluyentes** (glicerol, almidón, etc.)
- **Aromatizantes** (mentol, acetato de amilo, etc.)
- **Lubricantes** (estearato de magnesio, etc.)
- **Disgregantes** (almidón, bicarbonato, etc.)
- **Aglutinantes** (mucilagos, gelatinas, etc.)

A veces se producen reacciones alérgicas o de intolerancia a un medicamento determinado. En ocasiones, esto es debido a los excipientes y no al principio activo del medicamento. Muchos pacientes refieren trastornos gástricos no filiados derivados de intolerancia a la lactosa que es un excipiente utilizado en multitud de preparados comerciales, sobre todo en

la preparación de comprimidos y grageas. Por ello, es obligatorio detallar en los prospectos de los medicamentos los excipientes que estos contienen, tanto de forma cualitativa como, en alguno de ellos, también de forma cuantitativa. Por ejemplo, los celíacos, que son intolerantes al gluten, deben conocer si algún medicamento lo contiene; las personas afectadas de fenilcetonuria deben conocer la presencia de aspartamo en los medicamentos. Aquellos pacientes propensos a padecer caries dental deben adoptar medidas especiales de higiene dental cuando tomen medicamentos que contengan azúcares entre sus excipientes.

Según una Directiva de la CEE, en España es obligatorio que aparezcan especificados todos los excipientes utilizados en preparados comerciales para uso oftálmico, parenteral (inyectables) y tópico. En el resto de preparados deben declararse aquellos excipientes que producen alteraciones de la salud con mayor frecuencia y, en todo caso, los que afecten a pacientes con enfermedades raras, o aquellas concentraciones o cantidades que puedan afectar a la salud.

En España, son de declaración obligatoria los siguientes excipientes:

■ **Aceite de cacahuete; aceite de soja;** ácido benzoico y benzoatos; ácido bórico, sus sales y ésteres; ácido salicílico; ácido ascórbico y sus sales; alcohol bencílico; aprotinina bovina; aspartamo; butilhidroxianisol; butilhidroxitolueno; etanol; fenilalanina; glicerol; glucosa; gluten (almidón, harinas y otros derivados del trigo, avena, cebada o centeno); lanolina; manitol; potasio; propilenglicol, sus sales y ésteres; sales fenilmercúricas (acetatos, boratos, nitratos); sulfitos y metabilsulfitos; tartrazina y colorantes azoicos; urea; azúcar invertido; formaldehído; lactosa;

paraformaldehído; parahidroxibenzoatos y sus ésteres; polioles; sacarosa; sodio y sorbitol.

■ **Recientemente, la Agencia Española del Medicamento,** en una circular con fecha 6 de marzo de 2008, ha publicado un listado de excipientes que pueden provocar algún tipo de alergia o intolerancia obligando a advertirlo en los prospectos, etiquetado y fichas técnicas de los medicamentos que las contienen. Estos excipientes son: aceites de bergamota y de sésamo, alcoholes cetílico y estearílico, bálsamo del Perú, heparina, lactitol, maltitol, isomaltita y látex.

■ **Muy importante para los pacientes intolerantes** o alérgicos a algún excipiente, o a aquellos excipientes que alteran pruebas analíticas.

■ **Cuando un excipiente produce una reacción adversa,** y el paciente es conocedor de esta circunstancia, siempre hay que tomar la concentración prescrita a la dosis prescrita. No se debe tomar ni administrar concentraciones inferiores, porque estaríamos ingiriendo o administrando dosis superiores de excipientes.

Por ejemplo, a un paciente se le prescribe:

- Medicamento: "A".
- Comprimidos de: 20 mg.
- Dosis prescrita: 1 comprimido cada 8 horas.
- Excipientes: lactosa (1 mg por comprimido).

Cuando el paciente toma un comprimido de 20 mg ingiere 1 mg de lactosa como excipiente. Pero si en la Oficina de Farmacia no existen presentaciones comerciales de 20 mg, pero sí las hay de 10 mg, y le indican al paciente que tome dos comprimidos de 10 mg para cumplir la pauta terapéutica indicada por el médico, el paciente estará ingiriendo 2 mg de lactosa cada 8 horas, es decir, el doble de la cantidad que tomaría si ingiriese los comprimidos de 20 mg.



Tratamiento de las reacciones adversas

Esta función compete exclusivamente al personal facultativo.

- Disminución de la dosis.
- Administración de otros medicamentos o medidas terapéuticas. Tratamiento de los síntomas y signos que acompañan a la patología provocada por el fármaco.
- Suspensión temporal o definitiva de la administración del medicamento.

Efecto rebote

Es la manifestación rápida, intensa e incrementada de los síntomas que presentaba el paciente antes de administrarle un fármaco como consecuencia de la interrupción brusca del tratamiento.

Algunos medicamentos que pueden generar un efecto rebote:

- Antitusivos.
- Vasoconstrictores nasales.
- Analgésicos antimigrañosos.

- Analgésicos simples (aspirina, paracetamol, etc.).
- Corticoides (dexametasona).
- Medicamentos contra la obesidad.
- AINES.
- Antiácidos (sales de aluminio, magnesio y calcio).
- Analgésicos opiáceos.
- Antiagregantes plaquetarios (clopidogrel).

Errores en la administración de medicamentos

Los errores más frecuentes cometidos en la administración de medicamentos son los siguientes:

- **Cambio de vía** de administración.
- **Dosis inadecuada, diferente a la prescrita** (escasa o sobredosis).
- **Frecuencia de administración inadecuada** (mayor o menor).
- **Error en la identificación** del paciente.
- **Dosis duplicadas.**
- **Forma farmacéutica errónea.**

- **Medicamento caducado.**
- **Medicamento mal conservado.**
- **Mala preparación** del medicamento.
- **Utilización de técnica inadecuada.**
- **Interacción conocida.**
- **Error en la fecha de finalización de administración** del medicamento (fecha ilegible o no consultada).
- **Reacciones adversas** en el paciente ya conocidas.
- **Medicación mal colocada** en el casillero de unidosis.
- **Orden escrita en historia clínica** diferente.

Algunos errores pueden acarrear graves consecuencias para los pacientes, sobre todo si ocurren en las siguientes áreas:

- Anestesia y reanimación.
- UCI.
- Cardiología.
- Oncología.
- Urgencias.
- Radiodiagnóstico.

Reacciones adversas provocadas por algunos grupos farmacéuticos

GRUPO FARMACOLÓGICO	REACCIÓN ADVERSA
Anticonceptivos orales	Trombosis venosa
Antiinflamatorios no esteroideos (AINES)	Gastritis
Antiinflamatorios esteroideos	Osteoporosis
Antihistamínicos	Somnolencia
Ácido Acetil Salicílico	Úlcera gástrica
Opiáceos	Estreñimiento
Antipsicóticos	Obesidad
Antidepresivos	Sequedad de boca
Antihipertensivos	Mareos
Diuréticos	Cansancio
Antibióticos	Gastroenteritis
Anticancerosos	Anemia

Para valorar la afectación de las reacciones adversas a la población se ha utilizado la siguiente escala:

Frecuencia de las RAM	% de la población estudiada	Ejemplo sobre una población estudiada de 10.000 pacientes
Muy frecuentes	>10%	Más de 1.000 pacientes
Frecuentes	1 – 10%	Entre 100 y 1.000 pacientes
Poco frecuentes	0,1 – 1%	Entre 10 y 100 paciente
Raros	< 0,1%	Menos de 10 pacientes
Muy raros	< 0,01%	Menos de 1 paciente

En el momento de administrar un medicamento siempre se deben tener en cuenta los siguientes principios:

- Usuario correcto.
- Medicamento correcto.
- Dosis correcta.
- Hora correcta.
- Vía correcta.

Además, nunca debemos administrar un medicamento a un paciente confiando en el número de cama o de habitación que ocupa, ya que en otros turnos de trabajo o por otros motivos pueden haber modificado la ubicación de un paciente. También es aconsejable, en pacientes recién ingresados o desconocidos, observar la existencia de advertencias sobre el padecimiento de alergias medicamentosas antes de administrarle un medicamento. ●

Guía práctica del buen trato al niño

El 20 de noviembre de 1989 se redactó y aprobó la Declaración de Derechos del Niño por la Asamblea General de la ONU y constituyó el punto de partida para que el cumplimiento de estos derechos sea una realidad, incorporando los mismos al marco jurídico de los países en que se ha suscrito y apoyando las actuaciones que permitan promover el buen trato a la infancia. Sin embargo, parece que a veces los adultos olvidan estos derechos, olvidan que los niños necesitan sentir que los adultos les escuchan y reconocen sus méritos y su buen hacer.

Palabras clave:

- Buen trato
- Derechos del niño

Según diversos estudios realizados sobre el desarrollo humano, los hijos necesitan percibir que sus padres les dedican atención, afecto y reconocimiento con independencia de las circunstancias personales y familiares por las que atraviesan los adultos en cada momento. En este sentido, transmitir a los niños la cultura del buen trato es clave para la construcción de una sociedad sin violencia.

Varias instituciones cuya actividad se centra en la infancia como la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP), la Asociación Española de Pediatría (AEP), la Asociación Madrileña para la Prevención del Maltrato Infantil (APIMM), entre otras, han elaborado la Guía Práctica del Buen

Trato al Niño que se ha publicado recientemente y que se dirige a todas aquellas personas implicadas en el trato y protección del niño.

La introducción de la guía es clara: el “buen trato al niño” empieza en el lugar de nacimiento, generalmente el hospital, y el niño se desarrolla en distintos ámbitos o espacios, como son la escuela, los hospitales, las zonas de recreo, los centros de acogida, pero principalmente el ámbito familiar.

La sociedad actual ha introducido un cambio de modelo sustancial, y ya que los educadores, cuidadores y, principalmente los abuelos, están siendo protagonistas en la educación y desarrollo psicosocial del niño, deben estar sensibilizados en el “buen trato”, asumiendo y practicando esta cultura. Una cuidada atención y las buenas prácticas educativas en el ámbito familiar siguen siendo las bases fundamentales para la socialización y formación de la personalidad de cada niño.

Coordinada por Jesús García Pérez, presidente de la Asociación Madrileña para la Prevención del Maltrato Infantil (APIMM) y responsable de la unidad de pediatría social del Hospital Infantil Niño Jesús, esta *Guía Práctica del Buen Trato al Niño* aborda todos los ámbitos en los que el niño puede estar implicado: familiar, escolar, sanitario, recreativo, social, servicios sociales, servicios públicos, medios de

comunicación, servicios de acogida. Plantea igualmente en qué consiste el buen cuidado de los niños con dificultades especiales y recoge cuáles son las señales de alerta del maltrato infantil y la actuación que tienen los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad en las intervenciones que afectan a los niños.

El ámbito sanitario

José A. Díaz Huertas, pediatra y presidente de la Sociedad Española de Pediatría Social (SEPS), y Ana María Díaz Ayuga, Diplomada Universitaria en Enfermería y miembro (SEPS), son los autores del capítulo que la guía dedica al buen trato en el ámbito sanitario. Consideran los autores que “desde la perspectiva de los derechos es fundamental, al tratar sobre la atención a la salud de la infancia, considerar cuáles son las necesidades y problemas en salud de los niños”.

Como consecuencia de lo anterior estaría la participación infantil, es decir, la manera en que los niños participan y son atendidos desde el ámbito sanitario y la percepción que ellos mismos tienen sobre la atención a su salud y el respeto de sus derechos.

El ámbito sanitario no son sólo los recursos humanos, sino que también forman parte las instituciones sanitarias y sus gestores, los responsables de la planificación y desarrollo de las políticas sanitarias así como la provisión



de los recursos necesarios para el desarrollo de sus actividades.

Las instituciones sanitarias, ya sean Centros de Salud, hospitales..., y los responsables de políticas sanitarias tienen la obligación de proporcionar una atención de calidad y de prevenir actuaciones que podrían incurrir en el denominado maltrato institucional.

El buen trato al niño desde el ámbito sanitario se refiere a una asistencia sanitaria de calidad que atiende a sus necesidades y problemas en salud respetando los derechos del niño y considerando el entorno en que crece y se desarrolla. Este entorno está determinado por múltiples elementos, no sólo asistenciales, sino por cuestiones como la crianza humanizada, pedagogía de la ternura, formación de la autoestima, promoción del bienestar, parentalidad positiva, límites y disciplina, en los que también el sanitario y las instituciones tienen sus funciones y obligaciones.

Prevencción del maltrato institucional

El maltrato institucional es el derivado de cualquier legislación, programa, procedimiento, actuación u omisión de los poderes públicos e instituciones que comporte abuso, negligencia, detrimento de la salud, la seguridad, el estado emocional, el bienestar físico, la correcta maduración o que viole los derechos básicos del niño.

Los factores que pueden favorecer el maltrato institucional en el ámbito de la salud son:

■ **La concepción economicista de la gestión**, especialmente en tiempos de crisis.

■ **La idea del niño como un adulto en miniatura** no contemplando las características y necesidades específicas de los niños.

■ **La falta de formación pregrado del personal sanitario**, así como la falta de formación continuada acerca de los derechos de los niños.

■ **La ausencia de una elevada exigencia profesional** y de control de la calidad asistencial que incluya no solo los aspectos clínicos.

■ **La inadecuada infraestructura en cuanto a seguridad del mobiliario**, necesidades emocionales y físicas del niño, así como la disponibilidad de útiles adecuados.

■ **La desigualdad de distribución de los recursos económicos entre asistencia primaria y hospitalaria**, así como la no diferenciación entre usuario adulto y niño.

■ **Los fallos en las normativas de funcionamiento**, protocolos, circuitos, técnicas.

■ **La falta de reconocimiento** de los derechos del niño.

■ **La falta del concepto de salud** como aquella forma de vivir cada vez más autónoma, solidaria y gozosa.

Buen trato al niño en el ámbito sanitario

El ámbito sanitario tiene un conjunto de obligaciones para proporcionar un buen trato en la atención a la salud de los niños. Entre ellas:

■ Interés superior del niño

• La atención a la salud del niño deberá valorar: las necesidades y los problemas en salud de la infancia, considerando la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad; los diferentes niveles asistenciales, ya sea en su Centro de Salud de Atención Primaria u hospitalaria; y al niño y su entorno: familia, escuela, ocio y tiempo libre, etc.

• Fomentar el bienestar de los niños es una prioridad en la atención a la infancia desde la perspectiva del buen trato.

■ Formación

• Los centros sanitarios deben garantizar que su personal está capacitado para disponer de la formación que les permita atender de forma adecuada las necesidades y problemas en salud física y psicosocial de la infancia.

■ Derechos

• El personal del ámbito sanitario debe conocer y respetar los derechos de los niños y adolescentes en el ejercicio de su actuación.

■ Información

• Los profesionales sanitarios informarán a los niños, padres, madres o tutores de forma clara y precisa sobre el desarrollo, la evolución y los cuidados del niño, y a

éste en función de su edad y de su capacidad de comprensión, ya sea en Atención Primaria de salud, hospital o centro sanitario.

■ Participación infantil

• Los niños tienen el derecho de participar y de que se consideren sus opiniones en las tomas de decisiones referentes a los temas de salud que les afectan.

■ Hospitalización

• La hospitalización se llevará a cabo en una sección infantil, a poder ser en un edificio destinado solo a niños.

• Deberá disponer de espacios específicos donde el niño pueda desarrollar sus necesidades de juego, velando especialmente por las condiciones de seguridad del mismo.

• Se evitará el uso de técnicas exploratorias y terapéuticas innecesarias y/o cruentas, o que sean el resultado de una mala planificación de la atención. En todo caso, no se practicarán en presencia de otros pacientes, bien sean niños o adultos.

• El centro hospitalario deberá proporcionar aprendizaje escolar cuando la salud del niño lo permita.

• Los padres deberán poder acompañar al niño durante su estancia en el hospital. El niño podrá recibir visitas de sus familiares y amigos, salvo que razones de tipo sanitario lo desaconsejen.

■ Familia

• El personal del ámbito sanitario que atiende a los niños según su nivel debe desempeñar sus funciones de consejeros o educadores de familia, no solamente en los aspectos estrictamente clínicos.

■ Necesidades en salud de la infancia

• El personal del ámbito sanitario debe tener formación, conocer y reconocer las necesidades, según los diferentes momentos evolutivos.

• El mobiliario y los espacios en los centros sanitarios serán apropiados a las distintas edades infantiles.

• A los niños que presenten enfermedades crónicas y/o largas hospitalizaciones deberá facilitárseles la escolarización.

• La atención a los adolescentes no ha de suponer una réplica de la dispensada a los adultos. Sus necesidades específicas deben ser atendidas de modo específico. ●



PROGRAMA DE FORMACIÓN A DISTANCIA 2012/2013



PROGRAMA DE FORMACIÓN A DISTANCIA 2012/2013 PARA TÉCNICOS EN EMERGENCIAS

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

Nombre y apellidos _____ N.I.F. _____

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

Localidad _____ Provincia _____

Tlf.: _____ Móvil _____ E-mail _____

Afiliado SAE: Sí No N° Afiliación _____

Marque con "X" la actividad deseada AFILIADO NO AFILIADO

Anatomía, movilización y traslado del paciente con traumatismos para Técnicos en Emergencias Sanitarias (40 h.- 4,6 créditos) 45 € 70 €

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 2012/2013 PARA TÉCNICOS EN FARMACIA

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

Nombre y apellidos _____ N.I.F. _____

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

Localidad _____ Provincia _____

Tlf.: _____ Móvil _____ E-mail _____

Afiliado SAE: Sí No N° Afiliación _____

Marque con "X" la actividad deseada AFILIADO NO AFILIADO

Conocimientos básicos del medicamento, proceso L.A.D.M.E. y vías de administración (100 h.- 3,3 créditos) 99 € 129 €

Principios básicos de Farmacología para Técnicos de Farmacia (40 h.- 5,2 créditos) 45 € 70 €

Operaciones básicas de laboratorio farmacéutico y formulación magistral (50 h.- 3,5 créditos) 51 € 75 €

Bloque FARMACIA Y LABORATORIO PARA TÉCNICOS EN FARMACIA (190 h.- 12 créditos)

Compuesto por los tres cursos 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 2012/2013 PARA TÉCNICOS EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA /AE

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

Nombre y apellidos _____ N.I.F. _____

Domicilio _____ Nº _____ 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 NO AFILIADO

Bloque de ATENCIÓN DE ENFERMERÍA ANTE EL MALTRATO (150 h.- 10,9 créditos) 125 € 180 €

Bloque de CUIDADOS PEDIÁTRICOS (105 h.- 11,2 créditos) 90 € 130 €

Bloque de TÉCNICAS HOSPITALARIAS (180 h.- 12,5 créditos) 140 € 195 €

Bloque EL TCE/AE EN HOSPITALIZACIÓN (80 h.- 9,3 créditos) 85 € 120 €

Bloque FARMACIA Y LABORATORIO PARA TCE/AE (190 h.- 9,5 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 2012/2013 PARA TÉCNICOS EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA /AE

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

Nombre y apellidos _____

N.I.F. _____ Domicilio _____

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

Provincia _____ Tlf.: _____ Móvil _____

Email _____

Afiliado SAE: Sí No Nº 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 €	34 €
<input type="checkbox"/> Actuación del AE/TCE ante las enfermedades nosocomiales y aislamientos (65 h.- 3,6 créditos)	57 €	81 €
<input type="checkbox"/> Actuación del AE/TCE en servicios especiales. Urgencias: Traumatismos y quemados (80 h.- 5,4 créditos)	69 €	93 €
<input type="checkbox"/> Actuación del AE/TCE en la unidad de urgencias pediátricas (100 h.- 7,8 créditos)	99 €	129 €
<input type="checkbox"/> Actualización en drogodependencias para AE/TCE (65 h.- 3,4 créditos)	57 €	81 €
<input type="checkbox"/> Atención del AE/TCE al paciente con alteraciones mentales (80 h.- 5,1 créditos)	69 €	93 €
<input type="checkbox"/> Atención del AE/TCE ante el maltrato. Módulo I: Maltrato infantil (50 h.- 5,1 créditos)	51 €	75 €
<input type="checkbox"/> Atención del AE/TCE ante el maltrato. Módulo II: Maltrato a la mujer (50 h.- 3 créditos)	51 €	75 €
<input type="checkbox"/> Atención del AE/TCE ante el maltrato. Módulo III: Maltrato a mayores (50 h.- 2,8 créditos)	51 €	75 €
<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"/> Cuidados del TCE/AE al paciente infeccioso (20 h.- 2,2 créditos) FORMATO CD	25 €	34 €
<input type="checkbox"/> Cuidados del AE/TCE ante la globalización de las enfermedades (50 h.- 3,5 créditos)	51 €	75 €
<input type="checkbox"/> Cuidados del TCE/AE en la unidad de urología (50 h.- 3,5 créditos)	51 €	75 €
<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 €	34 €
<input type="checkbox"/> Cuidados intensivos para AE/TCE (40 h.- 6,6 créditos)	45 €	70 €
<input type="checkbox"/> Cuidados materno-infantiles para AE/TCE (65 h.- 7,7 créditos)	57 €	81 €
<input type="checkbox"/> Cuidados y atención del AE/TCE al paciente neurológico. Módulo I (50 h.- 4,5 créditos)	51 €	75 €
<input type="checkbox"/> Cuidados y atención del AE/TCE ante el paciente neurológico. Módulo II (50 h.- 4,9 créditos)	51 €	75 €
<input type="checkbox"/> Cuidados y técnicas para AE/TCE en Atención Especializada (65 h.- 5,4 créditos)	57 €	81 €
<input type="checkbox"/> Cuidados y técnicas del AE/TCE en pruebas diagnósticas para laboratorio (65 h.- 4,6 créditos)	57 €	81 €
<input type="checkbox"/> El AE/TCE ante las necesidades de alimentación y nutrición del paciente (20 h.- 2,3 créditos) FORMATO CD	25 €	34 €
<input type="checkbox"/> El AE/TCE en servicios especiales: área quirúrgica (50 h.- 5,4 créditos)	51 €	75 €
<input type="checkbox"/> El AE/TCE en servicios especiales: urgencias cardiorrespiratorias (65 h.- 4,6 créditos)	57 €	81 €
<input type="checkbox"/> El TCE/AE en servicios especiales: urgencias urológicas (80 h.- 4,1 créditos)	69 €	93 €
<input type="checkbox"/> Farmacología básica para AE/TCE (40 h.- 2,7 créditos)	45 €	70 €
<input type="checkbox"/> Infecciones respiratorias pediátricas. Cuidados del TCE/AE (20 h.- 1,8 créditos) FORMATO CD	25 €	34 €
<input type="checkbox"/> Técnicas de desinfección y esterilización para AE/TCE (20 h.- 2,6 créditos) FORMATO CD	25 €	34 €
<input type="checkbox"/> Técnicas y Cuidados del AE/TCAE ante las enfermedades cardíacas. Módulo I (20 h.- 2,2 créditos) FORMATO CD	25 €	34 €
<input type="checkbox"/> El AE/TCE en la prevención y cuidados de las úlceras por presión (65 h.- 7,9 créditos)	57 €	81 €
<input type="checkbox"/> Operaciones básicas de laboratorio farmacéutico y formulación magistral (50 h.- 3,5 créditos)	51 €	75 €
<input type="checkbox"/> Oncología pediátrica para AE/TCE (70h.- 6,6 créditos)	65 €	88 €
<input type="checkbox"/> El AE/TCE en servicios especiales: unidad de ginecología y obstetricia. Módulo Control Fetal (20 h.- 3,2 créditos) FORMATO CD	25 €	34 €
<input type="checkbox"/> Cuidados del AE/TCE en la alimentación del paciente oncológico (20 h.- 3,2 créditos) FORMATO CD	25 €	34 €
<input type="checkbox"/> El AE/TCE en cuidados y complicaciones de los accesos vasculares en pacientes dializados (20h.- 2,4 créditos) FORMATO CD	25 €	34 €

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

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

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

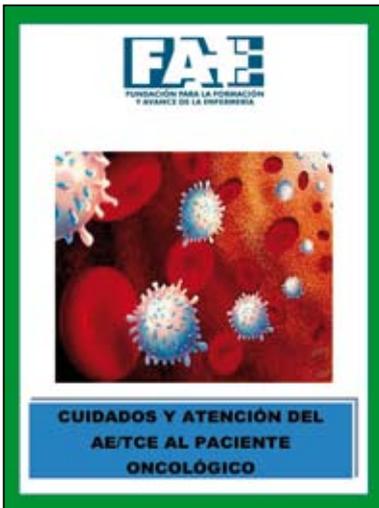
"En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal, le informamos que sus datos van a incorporarse a un fichero automatizado de titularidad de FAE siendo la finalidad de dicho tratamiento la información de entidades formativas o profesionales entre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

► **Publicación**

Cuidados y atención del AE/TCE al paciente oncológico

■ **Precio:** 15 € afiliados y 20 € no afiliados

■ **Edita:** Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería (FAE)



Manual Técnico en farmacia y parafarmacia

■ **Precio:** obra completa (dos volúmenes y el test), 100 € afiliados y 125 € no afiliados

■ **Edita:** Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería (FAE)

El Sindicato de Técnicos de Enfermería, a través de su fundación FAE, mantiene una



prolífica actividad editorial con el objetivo de ofrecer a los Técnicos en Cuidados de Enfermería, particularmente, y a todos los profesionales interesados, una amplia variedad de temas, presentados en atractivos manuales, que les permitan actualizar su formación.

Cuidados y atención del AE/TCE al paciente oncológico y *Manual Técnico en farmacia y Parafarmacia* han sido las últimas publicaciones que han visto la luz.

En el primer caso, se abordan cuestiones tan interesantes como los aspectos psicológicos del paciente con cáncer o el trasplante de progenitores hematopoyéticos.

El *Manual para Técnicos en Farmacia y Parafarmacia* es una completa obra sobre este campo: oficina de farmacia, productos farmacéuticos y parafarmacéuticos, dispensación y utilización, etc...

Todos los profesionales interesados en adquirir alguna de estas obras u otra publicación pueden consultar el catálogo en www.fundacionfae.org y hacer sus pedidos a través del correo electrónico pedidos@fundacionfae.org.

► **Lectura**

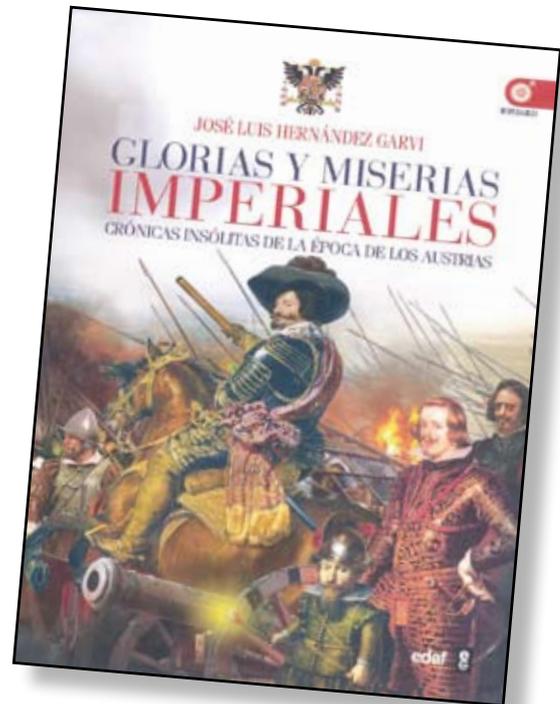
Glorias y miserias imperiales. Crónicas insólitas de la época de los Austrias

■ **Autor:** José Luis Hernández Garvi

■ **Editorial:** Edaf

■ **Precio:** 26 euros

En su segundo libro, José Luis Hernández Garvi nos traslada a una época plagada de gestas que asombraron al mundo y de actos miserables que nos estigmatizaron con la Leyenda Negra: los reinados de los Austrias.



El rigor histórico y un lenguaje ameno acercan al lector a una época, que se extendió durante dos siglos de nuestra historia, en la que los españoles conquistamos el Pacífico e iniciamos los contactos con las embajadas de China y Japón, entre otras hazañas. Pero no todo fueron empresas gloriosas en este periodo, las conspiraciones y desdichas empañaron las proezas de los Austrias.

Sin lugar a dudas, una lectura obligada para los amantes de la historia.

► **Cocina**

100 recetas para adelgazar sin pasar hambre

■ **Autor:** Dr. Jean-Michel Cohen

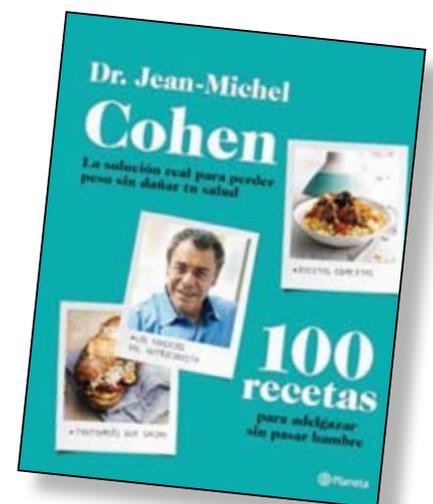
■ **Editorial:** Planeta

■ **Precio:** 20,90 €

El nutricionista francés Jean Michel Cohen nos da la clave, a través de 100 recetas ilustradas, para adelgazar sin privarnos de nada. Estas fórmulas bajas en calorías son de preparación

sencilla y permiten perder peso de forma segura, cómoda, saludable y eficaz, sin dejar aparados los nutrientes necesarios para una dieta equilibrada.

Junto a estas recetas, Cohen ofrece algunos consejos para adelgazar con criterio; recomendaciones que el lector puede ampliar en *He decidido adelgazar. Ahora sí, y para siempre*, en donde este nutricionista nos muestra el camino para aprender a comer y cuidar la salud, consiguiendo reducir el peso sin grandes esfuerzos. ●



XXIV CONGRESO NACIONAL DE TÉCNICOS EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA/AE

BASES GENERALES PARA PÓSTERS Y PONENCIAS

1. Los autores y coautores de ponencias y pósters deben poseer la titulación de TCE/Auxiliar de Enfermería.
2. Los pósters y ponencias deberán estar elaboradas por un único autor o equipo de coautores. El número de autores/coautores queda limitado a cuatro. Cada autor o coautor podrá participar, como máximo, en dos pósters o ponencias.
3. En caso de póster o ponencia en la que participen de dos a cuatro autores, los diplomas acreditativos indicaran "Coautor del póster" o "Coautor de la ponencia".
4. Los trabajos presentados en el Congreso deben ser originales y no publicados con anterioridad, y tratarán sobre el tema de "Atención y cuidados del TCE/AE al paciente crónico", no admitiéndose a concurso ninguno que no esté relacionado con el eje central del Congreso. El plazo para la recepción de los trabajos termina el 1 de febrero de 2013.
5. Para la selección de los trabajos científicos, pósters y ponencias, se establece un Comité Científico que puntuará cada uno de ellos teniendo en cuenta la calidad, relevancia, aplicación práctica en el ámbito sanitario y relación con el tema del Congreso, así como la labor investigadora, los aspectos científicos y técnicos, y el interés social y profesional. Los miembros del Comité Científico recibirán los trabajos sin identificación alguna sobre el autor y coautor/es ni la procedencia de los mismos (centro de trabajo, comunidad autónoma...).
6. Junto con los trabajos y el resumen de ponencias o de pósters, se debe remitir la hoja de solicitud de participación, la inscripción y justificante de pago, al menos de uno de los autores/coautores.
7. El Comité Científico comunicará a partir del 15 de febrero de 2013 los trabajos seleccionados, y los que han quedado en reserva, junto a las observaciones correspondientes, si procede.
8. El Comité Científico podrá seleccionar por su interés, calidad, etc., una o varias ponencias no seleccionadas e invitar al autor o coautores a convertirla en póster para el Congreso.
9. La Secretaría del Congreso emitirá las acreditaciones correspondientes al autor o a los coautores de los trabajos admitidos.
10. La Organización se reservará el derecho de publicar y utilizar los trabajos aceptados en el Libro CD del Congreso, la revista Nosocomio y la página web de la Fundación (www.fundacionfae.org).
11. En el acto de clausura del Congreso se darán a conocer las cinco ponencias y los cinco pósters que el Comité Científico declare finalistas de los premios del Congreso.
12. Durante la cena del Congreso se otorgarán los premios por orden de calidad:
 - 1º. Mejor ponencia: dos inscripciones para el Congreso 2014 (valorado en más de 500 €)
 - 2º. Accésit ponencia: premio de 150 €
 - 3º. Mejor póster: una inscripción para el Congreso 2014 (valorado en 270 €)
13. El Comité Científico podrá aceptar para su exposición en el apartado de "Informativo no a concurso", al póster que, aún no teniendo relación directa con el lema del Congreso, valore, por sus características y notabilidad, que pueda tener relevancia formativa.
14. Dado el carácter técnico-profesional que también posee el Congreso, podrán presentarse en formato póster aquellas experiencias y trabajos de intervención PRÁCTICOS que sean de interés dentro del área del Congreso. En este caso, el póster debería tener al menos la siguiente estructura: título de la experiencia, objetivos, descripción de la experiencia y conclusiones.
15. Las ponencias seleccionadas así como los vídeos y fotos tomadas durante el Congreso, pasarán a formar parte de FAE, quien regulará su exhibición, presentación y difusión, para fines educativos y divulgación.

BASES PARA PONENCIAS

1. Las ponencias irán acompañadas de la hoja de solicitud de participación en el Congreso que se encuentra en la página web www.sindicatosae.com o en www.fundacionfae.org e incluirá: título del trabajo, datos personales del autor o coautores, domicilio particular y teléfono de contacto, datos profesionales, centro de trabajo y correo electrónico.
2. Los trabajos (ponencias) se entregarán en formato DIN-A4 en Word, tipo de letra Arial 12, a doble espacio, con márgenes superior, inferior y laterales. Extensión mínima de cuatro y máximo de diez páginas.
3. En el trabajo debe constar el título del mismo, objetivos, conclusiones y bibliografía.
4. El trabajo y la solicitud se remitirán a la dirección de correo electrónico congresofae@fundacionfae.org
5. Junto con el resumen se harán constar los medios audiovisuales que se utilizarían durante la exposición.
6. Todas las ponencias se presentarán en PowerPoint (Microsoft Office 2003) u otro medio audiovisual.
7. Se remitirá a los autores un correo electrónico notificando la recepción de los trabajos.
8. El tiempo máximo destinado a la exposición de las ponencias durante el Congreso será de 15 minutos.
9. La Organización será muy estricta en el cumplimiento de dichos tiempos, retirando la palabra una vez transcurrido el mismo, independientemente del estado en que se encuentre la exposición.
10. Los autores cuyas ponencias hayan sido seleccionadas y opten por apoyar su comunicación con una presentación de PowerPoint deberán remitir una copia del documento en la aplicación PowerPoint (Microsoft Office 2003) a la dirección de correo electrónico: congresofae@fundacionfae.org antes del 18 de marzo de 2013 indicando si es necesaria la utilización de audio y/o vídeo en la comunicación.
11. La mañana de la exposición y antes de iniciar la sesión, todos los autores de las ponencias seleccionadas entregarán al responsable designado por FAE un CD/Pendrive con la versión definitiva de la ponencia que van a presentar. Una vez presentada la ponencia, los CD quedarán en el archivo de FAE.
12. Se recomienda que las ponencias que contengan audio y/o vídeo se entreguen en CD.
13. Las ponencias que no cumplan los requisitos establecidos en las presentes bases no serán admitidas.

BASES PARA PÓSTER

1. Los pósters irán acompañados de la hoja de solicitud de participación en el Congreso que se encuentra en www.sindicatosae.com o en www.fundacionfae.org e incluirá: datos personales del autor o coautores, domicilio particular y teléfono de contacto, datos profesionales, centro de trabajo y correo electrónico.
2. Junto a la solicitud debe ser presentado un resumen escrito, de un mínimo de dos y un máximo de cinco páginas, en formato DIN-A4, en Word, en tipo de letra Arial 12, a doble espacio, con márgenes superior, inferior y laterales, en el que únicamente debe constar título del póster, objetivo, material y métodos utilizados, resultados, conclusiones, un esquema del póster a presentar y bibliografía.
3. El trabajo y la solicitud se remitirán a la dirección de correo electrónico congresofae@fundacionfae.org
4. Las dimensiones para la presentación de pósters serán de 70x100cm., en formato vertical u horizontal, todo póster que no cumpla con esas medidas no será valorado por el comité científico, aunque se permita su exposición.
5. La colocación de los pósters estará a cargo del autor o coautor/es, el día del inicio del Congreso, una hora antes de comenzar el mismo, en los paneles destinados por la Organización a tal efecto. Los autores de pósters deberán dirigirse al mostrador de información del Palacio de Congresos donde le indicarán el sitio exacto donde debe colocar su póster. La colocación de pósters antes de las fechas indicadas supondrá la descalificación del póster.
6. La retirada de los mismos, será igualmente a cargo del autor o coautor/es, una vez clausurado oficialmente el Congreso. La retirada del pósters antes de la clausura del Congreso supondrá la descalificación del póster.
7. Una vez informado el autor o coautor/es de la selección del póster para concursar en el Congreso, deberá enviar una copia en formato JPG y alta resolución por correo electrónico a congresofae@fundacionfae.org antes del 18 de marzo de 2013.
8. Los pósters que no cumplan los requisitos establecidos en las presentes bases no serán admitidos o serán descalificados.

XXIV CONGRESO NACIONAL DE TÉCNICOS EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA/AE

SAN SEBASTIÁN
17, 18 y 19 DE ABRIL DE 2013



**Atención y cuidados
del TCE/AE al
paciente crónico**

SAE

SINDICATO DE TÉCNICOS DE ENFERMERÍA

FAE

FUNDACIÓN PARA LA FORMACIÓN
Y AVANES DE LA ENFERMERÍA