



Número 70 2013

Revista cuatrimestral

Dossier

Toxicomanías

Alimentación

Planes para cuidarnos

Separata

Aceptación y superación en un proceso de enfermedad para la que se aconseja aplicar cuidados paliativos

Certamen FAE

Ictus. El tiempo es cerebro





Solicitada
acreditación

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**

S.A.E

SINDICATO DE TÉCNICOS DE ENFERMERÍA

FAE

FUNDACIÓN PARA LA FORMACIÓN
Y AVANCE DE LA ENFERMERÍA



Editorial

En la actualidad, en España, el patrón epidemiológico dominante está representado por las enfermedades crónicas (un 80% de las consultas de Atención Primaria están relacionadas con enfermedades no transmisibles).

La larga duración y su progresión, generalmente lenta, además de las limitaciones que afectan a la calidad de vida de los pacientes y de sus cuidadores, hacen necesaria la adopción de programas encaminados a prevenir la aparición de estas patologías y mejorar la vida de los enfermos que las padecen.

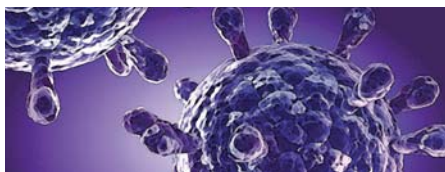
El reto que presenta la cronicidad y que ha llevado al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y a distintas Comunidades Autónomas a poner en marcha estrategias para abordarla, requiere una implicación real, que arroje resultados palpables, de todas las partes relacionadas con la enfermedad porque, además de ser causa de mortalidad prematura y condicionar la vida del enfermo y su cuidador, provoca efectos económicos importantes en las familias, las comunidades y la sociedad.

Atendiendo a esta urgencia de abordar la cronicidad desde todos los prismas, la formación de los profesionales es fundamental, por ello la Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería (FAE) ha organizado el XXIV Congreso Nacional en torno a la "Atención y cuidados del TCE/AE al paciente crónico", con el objetivo de profundizar en todos aquellos aspectos relacionados con las enfermedades crónicas y dotar así a los profesionales de unos conocimientos actualizados que les permitan ofrecer una atención y cuidados precisos ante los diferentes problemas crónicos de salud.

En esta ocasión, la cita anual tendrá lugar en el Kursaal de San Sebastián los próximos días 17, 18 y 19 de abril. Tres jornadas que permitirán a los congresistas asistir a un interesante y completo programa científico que les facilitará el reto de enfrentarse a las enfermedades crónicas.

Noticias del Mundo Médico

Descubren la puerta de entrada del VIH al organismo



Demuestran la precisión del olfato del perro para detectar un agente infeccioso 4

Reportaje

Bisturí y ¡Acción! 5

Alimentación

Planes para cuidarnos 8



Separata

Aceptación y superación en un proceso de enfermedad para la que se aconseja aplicar cuidados paliativos 10



Dossier

Toxicomanías 13

Actividad Acreditada

El AE/TCE como integrante del equipo de Enfermería en cirugía menor 20



Certamen FAE

Ictus. El tiempo es cerebro 27



XXIV Congreso Nacional FAE

La Cronicidad es el reto del Siglo XXI 34

Ocio 38



CONSEJO EDITORIAL DE NOSOCOMIO DIRECTORA. Dolores Martínez Márquez REDACCIÓN. Montse García, Cristina Botello COMITÉ CIENTÍFICO. Iván Flores García, Mª 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 2013 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

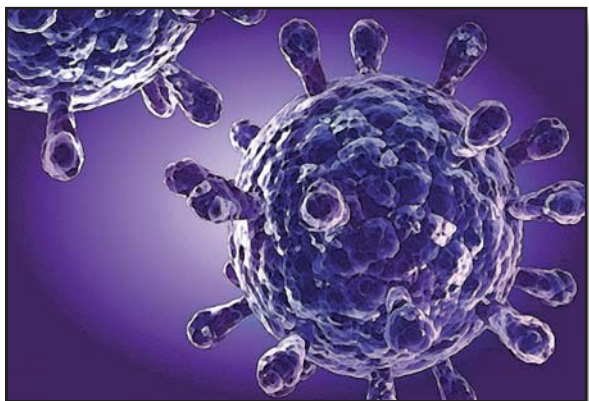
DEPÓSITO LEGAL: B-11331-2009 ISSN: 1136-8985

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



Descubren la puerta de entrada del VIH al organismo

Científicos del Instituto de Investigación del Sida (IrsiCaixa) de Barcelona, con el que colabora la Consejería de Salud, han dado con la principal puerta de entrada del VIH en nuestro organismo.



La investigación, en la que también han colaborado científicos de la Universidad de Heidelberg, en Alemania, y de la Universidad de Lausanne, en Suiza, ha revelado que el virus se propaga a través de la molécula siglec-1, que captura el VIH y le abre la puerta al organismo.

En abril del pasado año, los investigadores descubrieron que la molécula mixta gangliósido, que se encuentra en la superficie del VIH, es la responsable de su entrada a las células dendríticas. Ahora, han descubierto cuál es la molécula de estas células que capta el virus para iniciar su rápida propagación.

Este descubrimiento permitirá trabajar en una nueva familia de fármacos encaminados a bloquear estas moléculas. En este sentido, los investigadores han subrayado que este tratamiento, que se está experimentando in-vitro, podría estar disponible en diez años. ●

Demuestran la precisión del olfato del perro para detectar un agente infeccioso

Bajo el nombre de *Clostridium difficile* se esconde el agente responsable de muchas de las infecciones hospitalarias, especialmente en personas mayores que han sido tratadas con antibióticos en el hospital. Sin embargo, estos brotes pueden empezar a prevenirse gracias al olfato de los perros.



Según un estudio publicado recientemente en "British Medical Journal", los perros pueden olfatear este agente infeccioso en muestras de heces e incluso en el aire que rodea a los pacientes en el hospital con un grado muy alto de precisión.

Los investigadores entrenaron durante dos meses a un perro para detectar el agente infeccioso y, tras este periodo,

probaron que el animal era capaz de detectar correctamente la *Clostridium difficile*: de 50 muestras de heces positivas, identificó el 100% y de 50 negativas, identificó 47, un 94%. Tras esta demostración formal, se llevó a cabo la experiencia en el hospital, obteniendo unos resultados semejantes.

Los investigadores remarcaron la rapidez y eficiencia del perro, pues tardó menos de 10 minutos en señalar a los usuarios con infección por *Clostridium difficile* en una sala llena de pacientes.

A pesar de los buenos resultados del estudio, los investigadores señalan algunas limitaciones como la imprevisibilidad al trabajar con un animal como herramienta de diagnóstico o las posibles infecciones que puede transmitir el mismo. ●

Bisturí y ¡Acción!

El cine ofrece películas de acción, comedias, películas musicales...y películas en las que la medicina o la salud es un elemento fundamental de la misma. Bien sea como hilo argumental de una trama, como elemento diferenciador de un personaje o en momentos puntuales, la enfermedad, como la vida y la muerte, está presente en muchas películas y con muchas variantes.

En 1945 se estrenó la película argentina "Allá en el setenta y tantos" homenaje a tres pioneros de la medicina en este país: Élida Passo, Cecilia Grierson y Elvira Rawson Guiñazú. Desde entonces, hemos visto a médicos convertidos en héroes salvando al planeta de catastróficas epidemias "Contagion", padres en una desesperada lucha por encontrar una solución para su hijo en "El aceite de la vida" o películas que plantean el ejercicio de la medicina como "Amor Sublime". Pero en todas ellas la medicina tiene un papel relevante.

"En los últimos años, los profesionales de la salud han comenzado a investigar qué enfermedades trata el cine y cómo las trata", tal y como reconoce José Elías García Sánchez, editor de la Revista de Medicina y Cine de la Universidad de Salamanca. Sus estudios han merecido la publicación en revistas profesionales de prestigio, la organización de ciclos cinematográficos sobre temas médicos o la celebración de reuniones científicas y la edición de páginas web.

Cotidianamente podemos aprovechar el cine como herramienta terapéutica, que nos puede llegar a ayudar a superar miedos, motivarnos, relajarnos o favorecer nuestra creatividad.

Pero además, "el séptimo arte como recurso didáctico ha acreditado su utilidad en el ámbito de las ciencias bio-sanitarias", afirma el profesor Alfredo Menéndez-Navarro, del departamento de Historia de la Ciencia de la Facultad



Palabras clave:

- Cine
- Medicina
- Herramienta terapéutica

"El séptimo arte como recurso didáctico ha acreditado su utilidad en el ámbito de las ciencias bio-sanitarias"

de Medicina de la Universidad de Granada. "El lenguaje audiovisual, con su incomparable capacidad de representación, de otorgar significados, de creación de símbolos, es una poderosa ayuda para explorar la dimensión cultural y social de la enfermedad y de la experiencia de enfermar. Además, el cine contribuye a hacer más significativo el conocimiento aprendido en el sentido de que ayuda a incorporar conceptos aprendidos a nuestras propias experiencias vitales. La necesidad de aplicar herra-



mientas teóricas al análisis de los acontecimientos planteados en el film obliga a entrelazar y dar cohesión a lo aprendido, a acercar lo aprendido a contextos prácticos, incentivando la atribución de significados por parte del alumnado. De igual manera que el paciente

supone una actualización viva de la teoría médica, aprender a través de cine adquiere un carácter estimulante, al que hay que unir el entretenimiento que supone trabajar con imágenes”.

El cine en la Universidad

Respondiendo a esta fórmula de transmisión del conocimiento y en línea con las iniciativas docentes que reclama el proceso de convergencia en el Espacio Europeo de Enseñanza Superior y persiguiendo,

“Cine y medicina: ver lo propio desde la mirada ajena”

además, desarrollar en los alumnos sus capacidades de análisis y reflexión crítica, se puso en marcha en el año 2007 en la Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla una actividad educativa cuyo objetivo fundamental era reflexionar sobre la salud, la enfermedad, la medicina y los médicos a propósito de una serie de películas que, a lo largo de la historia del cine, se han ocupado de estos temas.

José Luis Villar, profesor asociado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla, ha coordinado hasta 2012 la asignatura “Cine y

Convencidos de que el quehacer médico necesita de las humanidades, la literatura, la filosofía o las artes, el profesor Villar considera, igualmente, que estas disciplinas harán de los estudiantes mejores médicos y más capaces a la hora de entender a los pacientes y su sufrimiento.

Con la asignatura han pretendido que los alumnos reflexionen a propósito de la mirada perspicaz de los cineastas sobre la condición de ser médico, la enfermedad y los pacientes, o el ejercicio de la profesión. La puesta en escena, la riqueza simbólica o las referencias cultas de muchas de estas películas han permitido enseñar a los alumnos a ver más y mejor y a indagar el significado de los detalles.

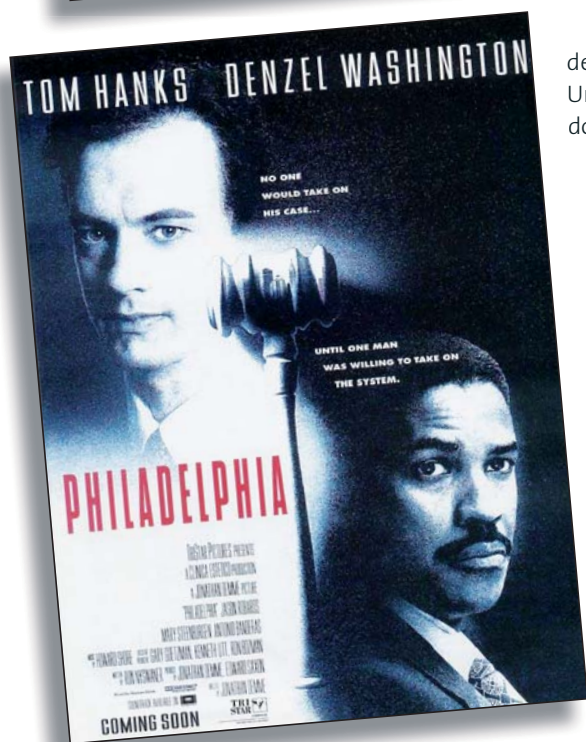
“En estas seis ediciones de la asignatura, los profesores participantes hemos comprobado las oportunidades que, para reflexionar sobre muchos temas médicos, ofrece la mirada lúcida de los cineastas. Ha sido un privilegio hablar con los alumnos del alcoholismo a propósito de “Días sin huella” o de la relación médico-paciente después de ver “El hombre elefante”, manifiesta el profesor Villar.

La selección de las películas atendía a dos criterios: calidad cinematográfica y rigor científico y “no ha sido fácil, porque se

“En muchas de estas creaciones, dejando aparte excesos o inexactitudes, hay reflexiones extraordinariamente lúcidas y con un gran valor docente sobre el ejercicio de la profesión y esa relación cambiante, y quizás en crisis, que es la del médico con su paciente, o sobre las enfermedades y el modo de afrontarlas”

medicina: ver lo propio desde la mirada ajena”. Una actividad en la que han participado un total de 225 alumnos y 15 profesores, además de un buen número de invitados en calidad de expertos en los distintos temas abordados.

han visto muchos títulos antes de elegir las 36 películas que hemos puesto en estos seis años. De manera paralela, y gracias a la colaboración de la directora y del personal de la biblioteca de la Facultad, se ha creado una videoteca de temas médicos que en



estos momentos cuenta con más de 300 títulos”.

El profesor Villar afirma que “en muchas de estas creaciones, dejando aparte excesos o inexactitudes, hay reflexiones extraordinariamente lúcidas y con un gran valor docente sobre el ejercicio de la profesión y esa relación cambiante, y quizás en crisis, que es la del médico con su paciente, o sobre las enfermedades y el modo de afrontarlas”.

Tras el visionado de cada una de las películas se entablaba un debate de una hora en el que además del profesorado y los alumnos, participaron por invitación expresa médicos especialistas en los temas tratados. Algunos de los temas abordados fueron la docencia en las facultades y hospitales, la relación médico-paciente, el singular modo de vivir la enfermedad en distintas culturas, o las cuestiones bioéticas derivadas del ejercicio profesional pero otros debates han llevado a los ámbitos de la política, la sociología o la religión... porque nada de esto es ajeno al médico que quiera serlo de un modo radical.

José Luis Villar unió su afición al cine y el interés por ofrecer a los estudiantes de medicina otro punto de vista para entender mejor lo propio. En estos años fueron apareciendo otras iniciativas parecidas a ésta, tanto en la Universidad de Sevilla como en otras. Sin embargo, este proyecto educativo, tal y como estaba concebido ha terminado recientemente, tras la desaparición de las asignaturas de libre configuración en el nuevo plan de estudios que se está implantando en las universidades españolas. “Afortunadamente, reconoce el profesor Villar, en algunas asignaturas curriculares los profesores proyectan películas relacionadas con los temas que van explicando, y esta valiosa herramienta, facilitada ahora por la videoteca de la facultad, no va a desaparecer de nuestras aulas”.



La medicina en la televisión

También la televisión sucumbió a esta pasión por reflejar aspectos sanitarios en sus series, teniendo además un gran impacto social, ya que algunas series han permanecido en pantalla varias temporadas.

Desde los años 50, todas las producciones televisivas han evolucionado desde aquellos personajes tan correctos, tan elegantes y capaces de solucionar todos los problemas hasta el extremo contrario, representado por el doctor House, desaliñado, desgarrado, adicto y sarcástico..., uno de los personajes con mayor éxito, o los cirujanos de “Nick/Tup”, serie en la que los protagonistas acaban cometiendo actos ilegales.

Además, en el caso de la televisión, no hay que ignorar el potencial que pueden tener estos programas en la difusión de valores de educación para la salud. Una de las series que más han contribuido a difundir iniciativas de salud y mensajes de prevención fue “ER”, la mítica “Urgencias”, que en 15 temporadas transmitió a millones de espectadores el trabajo diario de un servicio de urgencias en un gran hospital norteamericano y se familiarizaron con sus métodos de trabajo, técnicas y rutinas.

Sin olvidar que la serie semanal española más longeva de la historia (12 años y 300 capítulos) narra el devenir personal y profesional de quienes llevaban a cabo su labor en el “Hospital Central”. ●

Planes para cuidarnos

Cuidarnos debe ser una máxima para garantizar nuestro bienestar y la calidad de nuestra salud. Introducir en la rutina hábitos saludables, como una alimentación adecuada o la realización de ejercicio físico, es fundamental para prevenir enfermedades no transmisibles o crónicas.

Palabras clave:

- Grasas
- Sal
- Ejercicio físico
- Salud

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN) trabajan desde el año 2005 en una serie de acciones encuadradas en la Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad (estrategia NAOS) y encaminadas a mejorar los hábitos alimentarios e impulsar la práctica de ejercicio físico —según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el sedentarismo se encuentra entre los 10 principales riesgos de mortalidad mundial— de los ciudadanos, poniendo especial atención a las edades infantiles.

Las últimas medidas adoptadas en este sentido han sido la implementación del “Plan Cuidate +

2012” y la suscripción con la Federación Española de Industrias de la Alimentación y Bebidas, la Asociación para la Autorregulación de la Publicidad, y los sectores de la distribución, de la hostelería y de la restauración del nuevo Código PAOS. Asimismo, se espera que durante este año se ponga en marcha el Observatorio de la Nutrición y Estudio de la Obesidad.

Plan Cuidate + 2012

Un consumo excesivo de grasas y sal en las comidas puede conllevar la aparición de enfermedades no transmisibles o crónicas como la obesidad, la diabetes mellitus tipo 2 o problemas cardiovasculares como la enfermedad isquémica cardiaca y la enfermedad cerebro-vascular, entre otras. Patologías que ya la ONU, en una declaración política de 2011 sobre la prevención y control de las enfermedades no transmisibles, señalaba como problemas graves y crecientes en todo el mundo, que afectan a millones de personas y cuyo número de muertes está aumentando, también entre la población más joven.

Para fomentar hábitos saludables y contribuir a la prevención, el Ministerio de Sanidad y la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN) han puesto en marcha el “Plan Cuidate + 2012”, como continuación del “Plan Cuidate +. MENOS sal es MÁS salud” de 2011, con el objetivo de promover, de una manera moderna e interactiva, el consumo moderado y equilibrado de la sal y las grasas, así como el ejercicio físico entre la población.

Poner el acento sobre la sal y las grasas no es baladí, pues, a pesar de ser dos nutrientes nece-

sarios para el cuerpo, su consumo debe controlarse para no superar los niveles recomendados por los organismos internacionales.

En este sentido, la OMS sitúa el consumo de grasa saturada -favorece el colesterol malo- por debajo del 10% de la ingesta calórica total. Sin embargo, tal y como apuntan desde la AESAN, muchos alimentos contienen este tipo de grasas en exceso y su consumo elevado con-



duce a incrementar ciertos factores de riesgo, que se podrían reducir cambiando los hábitos de consumo. Por ejemplo, adquirir productos que han ido reduciendo paulatinamente la grasa en su composición, o incrementar el consumo de frutas y verduras, reduciría la ingesta calórica, estrechamente relacionadas con la concentración de colesterol plasmático y ciertas enfermedades cardiovasculares.

Con respecto a la sal, según un estudio realizado por la Universidad Complutense de Madrid y la AESAN, en España se consumen 9,8 g de sal por persona y día, casi el doble de lo que recomienda la OMS para la población general (5 g). Reducir la ingesta de este nutriente podría evitar cada año 20.000 accidentes cerebro-vasculares y 30.000 eventos cardíacos en España.

Para evitar la aparición de estos riesgos, el “Plan Cuidate + 2012” ofrece a los ciudadanos a través de la web www.plancuidatemas.es una amplia información sobre las



ventajas de consumir con moderación la sal y las grasas, los riesgos derivados de un consumo excesivo o indicaciones para leer adecuadamente el etiquetado de los productos, entre otras.

De esta manera, todas aquellas personas que quieran cuidar su salud, independientemente de su edad y sexo, podrán unirse, de manera gratuita, al Plan a través de la web. Una vez registrados, recibirán 20 mensajes, de lunes a viernes, con consejos prácticos y saludables para mejorar su salud y bienestar. Asimismo, la página, sin necesidad de registrarse, presenta al usuario la posibilidad de calcular su consumo de sal o aprender hábitos saludables a través de un juego basado en preguntas sobre la actividad física o la alimentación, entre otras.

Además de la web, el Plan permite a las personas interesadas descargarse una aplicación para el móvil de manera gratuita o seguir el programa a través de un usuario en la red social twitter (@plancuidatemas).

Código PAOS

Casi el 46% de los menores de entre 6 y 9 años sufre obesidad (19,1%) o sobrepeso (26,1%), según el estudio ALADINO, elaborado por AESAN sobre una muestra de 7.500 menores. Aunque el exceso de peso afecta más a los chicos que a las chicas en esta franja de edad, los causantes de esta situación, como los malos hábitos alimenticios o el sedentarismo, se dan en ambos sexos.

Para enfrentar el problema de la obesidad, el Ministerio de Sanidad y la AESAN pusieron en marcha en 2005 el Código PAOS, que implicaba a la Federación Española de Industrias de la Alimentación y Bebidas (FIAB), y establecía las reglas que rigen el desarrollo, ejecución y difusión de los mensajes publicitarios dirigidos a menores de 12 años.

Ahora, el nuevo Código PAOS supone un paso adelante en el cumplimiento de la Ley de Seguridad Alimentaria y Nutrición aprobada por las Cortes en 2011, que obliga a promover acuerdos de correulación y códigos de con-

ducta con los operadores económicos para regular la publicidad de alimentos y bebidas dirigidas a niños y jóvenes de 15 años para prevenir la obesidad y promover hábitos saludables.

Este nuevo Código mejora a su antecesor al extender su campo de aplicación al mundo de Internet y fijar el límite de edad en los 15 años, en lugar de los 12, adecuándose así a la realidad actual, pues en Internet se ha incrementado significativamente la publicidad dirigida a adolescentes.

Pero el problema de la obesidad no sólo debe implicar al mundo publicitario, al contrario, exige una respuesta coordinada de todos los agentes relacionados. Por ello las medidas deben ir más allá del mero control de la promoción de alimentos e involucrar a las autoridades sanitarias, los padres, los educadores y los diferentes ramos de la industria alimentaria. En este sentido, al nuevo código se han sumado la Asociación para la Autorregulación de la Publicidad, el sector de la distribución, de la hostelería y de la restauración.

Con esta actualización se da cumplimiento a la Resolución del Parlamento Europeo, de 25 de septiembre de 2008, sobre el libro blanco de la Comisión Europea relativo a una estrategia europea sobre problemas de salud relacionados con la alimentación, el sobrepeso y la obesidad, que en este ámbito menciona la importancia de considerar el empleo de nuevas formas de comercialización mediante medios electrónicos, dado que otros medios de comunicación, como Internet, están incrementando la presencia de publicidad de alimentos, dirigida principalmente a adolescentes.

También responde a la Resolución del Parlamento Europeo, de 15 de diciembre de 2010, sobre los efectos de la publicidad en el comportamiento de los consumidores, que contempla de forma específica los problemas generados por el desarrollo de Internet y de las nuevas tecnologías, y establece la necesidad de una protección de los niños y los adolescentes dada su especial vulnerabilidad

➤ Consumo adecuado de la grasas

- 1. Las comidas variadas** y adecuadas a la edad y circunstancias son saludables y ayudan a no ganar peso.
- 2. Consumir pocas grasas** y de las mejores y más beneficiosas para la salud (poliinsaturadas).
- 3. Mayor consumo de alimentos** que sustituyen a los que llevan grasas (frutas, verduras, hortalizas, legumbres, patatas).
- 4. Consumir alimentos con fibra.** Se recomienda 25 g al día.
- 5. Comer “de cuchara”.**
- 6. Consumir más pescado** (en cualquiera de sus formas y especies: fresco, conservas u otras preparaciones) al menos de 2 a 4 raciones a la semana.
- 7. Tomar leche** y derivados a diario.
- 8. Consumir menor cantidad** de comida en las raciones. Es preferible que se hagan 5 comidas al día, compuestas por raciones de menor tamaño.
- 9. Desayunar siempre.**
- 10. Leer las etiquetas** para elegir bien los alimentos que contengan menos grasa. Escoger alimentos con menor contenido de ácidos grasos saturados y que no contengan grasas parcialmente hidrogenadas o grasas trans.
- 11. Llevar una vida activa.** Hacer ejercicio de forma regular al menos 3 veces a la semana, adaptándolo a los gustos y circunstancias.

➤ Reducir el consumo de sal

- 1. Tomar con frecuencia** alimentos frescos (frutas y verduras).
- 2. No añadir la sal** durante la preparación de la comida, sino cuando esté terminada.
- 3. Sustituir la sal** por otras especias que den sabor.
- 4. Lavar las conservas,** vegetales y legumbres antes de usarlas.
- 5. Leer las etiquetas de los productos.** La mayor parte del sodio que ingerimos se encuentra en los alimentos transformados por la adición específica de sal o por la de aditivos que contienen sodio.

ante estos medios. Y, finalmente, da respuesta a la Comunicación de la Comisión Europea, de 2 de mayo de 2012, sobre una “Estrategia Europea a favor de un Internet más adecuado para niños”. ●

Aceptación y superación en un proceso de enfermedad para la que **se aconseja** aplicar **cuidados paliativos**

Los Cuidados Paliativos tienen como objetivo mejorar la calidad de vida de pacientes y sus familias cuando se enfrentan a una enfermedad en situación terminal. En estos delicados momentos surgen múltiples necesidades a las que se debe dar respuesta y que serán objeto de estudio en esta separata.

Introducción

Los cuidados paliativos pueden definirse como “el enfoque que mejora la calidad de la vida de los pacientes y sus familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades terminales a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la pronta identificación y correcta valoración, tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales”.

Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) están diseñadas para sostener toda la fuerza de la ciencia y de la tecnología con el objetivo de extender la vida y curar las enfermedades al máximo posible.

Por medio del trabajo sanitario del TCE/AE, pretendemos acercar, divulgar y exponer el conocimiento de los cuidados paliativos para ayudar, informar y paliar los efectos tanto en el enfermo como en su

círculo familiar más cercano. Por tanto, la meta de los cuidados paliativos es ofrecer la mejor calidad de vida al paciente y a su familia.

Metodología

Los Cuidados Paliativos son el tipo de atención sanitaria que se debe prestar al final de la vida. Su objetivo es mejorar la calidad de vida de pacientes y sus familias cuando se enfrentan a una enfermedad en situación terminal.

Hacemos referencia a una situación terminal ante una enfermedad incurable, avanzada y progresiva, sin posibilidad alguna de respuesta a tratamientos curativos y con un pronóstico de vida muy limitado. En esta situación, aparecen múltiples necesidades a las que se puede dar respuesta y que son el objetivo de los Cuidados Paliativos.

Si la imagen de una UCI nos traslada a una sala equipada con la más alta tecnología desde la que los equipos de profesionales especializados batallan contra las enfermedades que amenazan la vida, las unidades de cuidados paliativos evocan imágenes de un



ambiente tranquilo, lleno de paz, más parecido al hogar en el que la gente cuida el cuerpo y espíritu de las personas que quieren, preparándolas en el viaje hacia la muerte.

Con imágenes tan dispares, me pregunto: “¿cómo podemos construir un puente entre las metas de los cuidados intensivos —luchar contra la muerte, aplicar todos los esfuerzos y tecnología para la curación y prolongación de la vida— y los cuidados paliativos, que promueven el confort y los cuidados para enfrentarse el proceso de la muerte, aceptando o no ésta como un posible resultado, cuando no sabemos si la evolución del paciente será favorable?”

En las UCI se ingresa a aquellos enfermos que, debido a su patología, requieren la aplicación de medidas de soporte vital. Son enfermos críticos y, por lo tanto, con una amenaza grave para su vida potencialmente recuperable, que necesitan una vigilancia continua de sus funciones vitales y en los que las medidas de soporte vital deben ser utilizadas para “ganar tiempo”. En ese período, el paciente puede evolucionar hacia la curación o hacia lo que se denomina fracaso terapéutico, ya sea porque acabe muriendo o porque sobreviva con graves secuelas o se retrase inútilmente su muerte.

La admisión en cuidados paliativos no impide a la familia y al enfermo continuar con elecciones de tratamiento o terapias de apoyo, aceptando la provisión simultánea de tratamientos curativos y paliativos y evitando una distinción rígida entre ambos tratamientos, no considerándolos excluyentes.

Muchos de los aspectos de los cuidados paliativos también se pueden aplicar durante el curso de la enfermedad junto con el tratamiento curativo.



El tratamiento paliativo es el tratamiento activo y total del cuerpo, la mente y el espíritu del paciente. Pero, además, implica prestar también ayuda a su familia.

■ **Se interpreta paliativo** no como “aliviar sin curar” sino como “aliviar, mitigar los síntomas físicos, psicológicos, sociales y espirituales”. Este concepto genera preguntas como ¿cuándo hay que suspender los tratamientos administrados con intención curativa?, ¿hay una posibilidad real de tratamiento curativo? o, por lo contrario, ¿existe la necesidad de un tratamiento paliativo, no curativo?

En esta situación, la familia es un pilar básico a la hora de aplicar cuidados paliativos a un enfermo. Su carga de trabajo aumenta, sufre junto a su ser querido y tiene miedo a la pérdida. Todo esto tiene implicaciones a nivel emocional y repercusiones en la salud de las personas que se ocupan del cuidado del enfermo.

■ **Quienes padecen una enfermedad terminal** pueden presentar diferentes síntomas, dependiendo de la enfermedad y la fase en la que se encuentren.

El dolor es uno de los síntomas más frecuentes y temidos. También es uno de los síntomas más

controlables, gracias al gran desarrollo de los tratamientos y técnicas analgésicas.

Hay, además, otros síntomas que son frecuentes y que también se pueden aliviar con tratamiento. Destacan entre ellos el insomnio, náuseas, vómitos, estreñimiento, falta de apetito, confusión, debilidad, asfixia, depresión o ansiedad.

Además de las causas que los puedan producir, los síntomas pueden empeorar por emociones tales como el temor, la ansiedad y la depresión.

Las respuestas a todas estas circunstancias forman parte de la historia que se explica a continuación, basada en un caso real.

Historia real

Fran es un paciente de 72 años que sufrió un Accidente Cardiovascular (ACV) que le afectó a la movilidad del remo derecho, perdió el habla, no podía tragar ningún tipo de alimento, ni siquiera el agua que se le administraba por medio de sonda nasogástrica. No controlaba la micción, de manera que llevaba también una sonda vesical. Quedo hemipléjico.

Tras su ingreso fue empeorando, surgieron varias complicaciones, entre ellas una neumonía que empeoraba día a día.

Todo el equipo médico intentaba, sin éxito, administrar nuevos tratamientos que hiciesen que su salud mejorase. Tras varios intentos fallidos, decidieron poner en su Hoja de Cuidados de Enfermería: NO RCP (orden de no reanimar).

Como último recurso, le practicaron una punción pulmonar y se le conectó durante varios días un Pleur-evac. Tenía mucosidad abundante en el pulmón que hacían temer una posible enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), una infección más a la que había que atacar.

Días después, aconsejaron a la familia que se lo llevaran a casa, ya que no viviría mucho más y en su domicilio moriría más tranquilo.

Lo único que podía hacer Fran era mover la cabeza en respuesta a las preguntas que sus familiares le hacían. Algunas veces contestaba “sí”. Muchas otras repetía e insistía “no, no”.

El diagnóstico para la definición del estado de Fran, paciente con una enfermedad en fase avanzada/terminal fue:

- Enfermedad incurable, avanzada y progresiva.
- Pronóstico de vida corta y limitada.
- Escasa o nula posibilidad de respuesta a tratamientos específicos.

La familia decidió llevarlo a casa tras preguntarle su punto de vista a Fran.

Las prioridades de Fran eran:

- Tener los síntomas aliviados.
- Evitar una prolongación inapropiada de su situación.
- Tener una sensación de control en la toma de decisiones.
- No ser una carga.
- Estrechar los lazos de complicidad con sus seres queridos.
- No pensar en la muerte
- Disfrutar de lo que tenía.

Fran contaba con:

- Seguimiento continuado por AAPP.
- Atención al dolor, y otros síntomas físicos.
- Atención a las necesidades emocionales, sociales y espirituales.
- Cariño, cuidado y atención de sus familiares.
- Información, comunicación.
- Participación en las decisiones, obteniendo respuestas claras y honestas.
- Expresión de sus emociones.
- Continuidad asistencial a lo largo de su evolución.
- Acompañamiento las 24h del día.
- Atención integral, accesible y equitativa.
- Comunicación abierta y honesta.
- Reflexión ética.

- Trabajo en equipo interdisciplinar de toda su familia.
- Actuaciones terapéuticas basadas en las mejores evidencias disponibles.
- No discriminación en función de su edad.

La voluntad de Fran en su recuperación asombró a su familia. El siempre decía “no pasa nada” y daba ánimo y consuelo a todos. Al cabo de un año lo consiguió: podía desplazarse en silla de ruedas, hablaba con alguna dificultad y, aunque necesitaba ayuda para tragar la comida, comía con la mano izquierda. Disfrutaba de su familia, conversaba con los amigos en el parque, viajaba, hacia una vida casi normal pero, sobre todo, era feliz.

Superó y aceptó su enfermedad con dignidad, daba consejos a quienes se quejaban por pequeñeces, incluso hacia bromas con su estado. Vivió 8 años más y murió por causa de otra afección, en otro hospital, tras una enfermedad rápida. Sólo estuvo en el hospital 20 días en los que volvió a demostrar lo valiente que era. Incluso durante la intervención quirúrgica a la que tuvo que ser sometido hablaba a los cirujanos y sorprendía a todo el personal.

En definitiva, murió feliz, rodeado de sus seres queridos que, sin decir nada, sabían que algo pasaba: lo encontraban distinto, se limitaba a sonreír y apretar las manos de todos los que se acercaban a verlo.

Conclusión

Tras narrar esta historia real, de la que he vivido cada momento durante 8 años puesto que Fran era mi padre, he llegado a preguntarme si la ciencia y la tecnología son capaces de prever, prevenir o decidir cuándo está indicado aplicar los cuidados paliativos a un paciente que, debido a su enfermedad crónica, está o no preparado para abandonar la lucha por superar su estado. ●





Dossier Toxicomanías

Prólogo

Drogas, dependencia y aislamiento social

Sumario:

- Enfoque psicológico de las toxicomanías en el adolescente
- Riesgos y desafíos de la toxicomanía

La recepción y el cuidado de una persona toxicómana en los servicios sanitarios requieren un conocimiento específico de esta problemática. Una persona toxicómana puede parecer manipuladora, agresiva, violenta, delincuente... Si bien es cierto que este tipo de comportamientos son desconcertantes y de difícil manejo en el servicio de enfermería, es necesario, sin embargo, comprender lo que se esconde detrás de este tipo de reacciones para poder realizar un acompañamiento adecuado a este tipo de pacientes.

■ **La toxicomanía, que es diferente al consumo ocasional de una sustancia**, es la historia de un mal encuentro: la de una persona «de riesgo», en un momento en particular de su vida, con un producto psicoactivo. El consumo del producto le lleva a un estado secundario, que le hace olvidar o le desinhibe, que le da la impresión de ser superpoderoso. En cualquier caso, la vuelta al estado normal es dolorosa e incluso insoportable, tal y como nos cuenta un joven toxicómano: «No me soporto cuando no estoy drogado. Sin heroína, no puedo vivir». Entonces, necesita volver a tomar este producto para volver a sentir esas sensaciones. La espiral infernal de la toxicomanía se pone en marcha, y con el aumento de la necesidad ligado al fenómeno de la costumbre, necesita un aumento regular de las dosis. Rápidamente la vida del toxicómano se convierte en una obsesión: conseguir dinero para comprar su producto, consumirlo y, en cuanto el efecto decae, volver a empezar.

■ **La toxicomanía aísla a la persona de la vida social**, a menudo, lleva consigo la delincuencia, la

prostitución y a veces le expone a riesgos. Las consecuencias sobre el estado de salud pueden ser graves: riesgos importantes de contagio (absceso, septicemia, hepatitis, sida), problemas de desnutrición, alteración del estado dental con la heroína, necrosis en el tabique nasal con la cocaína, alto grado de toxicidad en el humo del cannabis (inhalación de seis a siete veces más de alquitrán y de monóxido de carbono comparado con un cigarro).

■ **La toxicomanía no lleva a un paraíso artificial sino que trae consigo el infierno a la vida cotidiana**. La clave de la toxicomanía reside ante todo en la causa de esta dependencia. La desintoxicación siempre es posible pero la recaída será inevitable si no se toma en cuenta esta causa. Es indispensable un seguimiento psicosocial en paralelo con la atención médica. Algunas toxicomanías son también secundarias, afectan a personas que padecen graves patologías psiquiátricas en situación de marginación, sin domicilio, que un día tuvieron la ocasión de consumir un tipo de droga y continúan su consumo para calmar su ansiedad.

■ **La toxicomanía es, por tanto, un problema complejo que afecta al ser humano**. Sin lugar a dudas, los Técnicos en Cuidados de Enfermería poseen todas las competencias de escucha, de paciencia y de empatía para acompañar en esta angustia, sin juzgar a nadie. ●

Corine Cordon

Formación de Técnicos en Cuidados de Enfermería/AE, Trappes, Francia

Dossier publicado por primera vez en la revista SAS, número 49



Jean-Claude Madelin

Psicología

Enfoque psicológico de las toxicomanías en el adolescente

Durante la adolescencia, el consumo de un tipo de droga puede deberse al intento por integrarse en un cierto grupo o a transgredir una prohibición. El consumo continuo conduce a la dependencia, por lo que el consumidor se encuentra inmerso en una espiral. Las acciones de prevención y de acompañamiento se vuelven indispensables.

Palabras clave:

- Adolescente
- Dependencia
- Droga
- Psicología
- Trastornos bipolares



François Soutif/Elsevier Masson SAS

La toxicomanía tiene su origen en el encuentro inicial entre una droga y un individuo y se inscribe en un vínculo crónico, permanente y adictivo en función del tipo de producto elegido y, sobre todo, de la personalidad del sujeto.

Los motivos del consumo

Al principio, y en particular en los adolescentes, los motivos de consumo parecen banales:

- **la búsqueda del bienestar inmediato**, un descanso, nuevas sensaciones sensoriales (auditivas, olfativas, visuales), e incluso una embriaguez alcohólica, cannábica...;
- **la provocación a los padres**. El tabaco es el primer eslabón, después el papel de liar y la «hierba», posteriormente con la barrita de «hachís», y más tarde llegará el cultivo de cannabis en el balcón;

- **para hacer lo que hacen sus amigos**. Para integrarse en ciertos grupos es indispensable saber liarse un porro, compartirlo con amigos durante una fiesta, a menudo mezclado con alcohol, para vivir una convivencia reconfortante donde es difícil decir que no;
- **para pedir ayuda**. «Estoy pasando un mal momento», «soy un fracaso» (afectivo, escolar...), el adolescente libera su estrés dejando a veces indicios de su consumo para que su familia comprenda que está lanzando una llamada de socorro, quiere decir «¡no me dejéis que lo haga!»;
- **mitigar cuestiones dolorosas**, el duelo, una separación familiar, temores al futuro;
- **buscar la calma emocional** (sedantes, ansiolíticos), incluso una euforia artificial que permite vivir mejor;
- **curarse uno mismo**, solo o en grupo («un psicólogo o psiquiatra no es lo que yo necesito, ¡no estoy loco!...»);
- **transgredir**, desafiar a la sociedad, a la ley; «Yo no le tengo miedo a la policía, ni a la justicia», «si hay una represión excesiva, refuerzo mi deseo, mi voluntad». El joven toxicómano busca una experiencia límite, se pone en peligro, («¡Pero si yo controlo mi consumo!»);

- **participar en una rave party;** buscar un rendimiento deportivo que sería imposible alcanzar por sus propios medios, de ahí el uso de anfetaminas, cocaína o anabólicos.

Del consumo a la dependencia

En la mayoría de los casos, el primer consumo queda en una «experiencia» que dura algunos meses gracias a varios elementos:

- **la falta de tolerancia** en el entorno del adolescente;
- **una escucha atenta, cariñosa, por parte de los padres,** de su entorno, de los profesionales (personal sanitario, médico de cabecera);
- **la resistencia** para hacer frente a las pruebas de la vida;
- **la búsqueda de una autonomía real,** basada en la libertad y la responsabilidad;
- **la capacidad de hablar, de recibir ayuda,** de actuar con voluntad y ser respetado;
- **la adquisición de habilidades sociales** y la realización personal en un ámbito gratificante.

■ **A veces, el consumo continúa** y la dependencia se agrava. El joven adquiere un hábito, la manía tóxica, la espiral adictiva, deja de comunicarse, se aísla de manera afectiva, deja los estudios, se aparta de la sociedad. Se adentra entonces en la escalada del consumo de drogas, cada vez utilizando dro-



François Soutif/Elsevier Masson SAS

La dependencia puede llevar al joven a un aislamiento afectivo importante y sus consecuencias en la salud pueden ser muy graves.

gas más duras (heroína, cocaína, LSD). En consecuencia, el consumidor se encuentra en la necesidad urgente e incesante de conseguir dinero para comprar los productos, lo que le conduce a una sucesión de delitos, tirones, robos, agresiones y sobre todo tráfico y *camelleo*.

■ **El perfil psicológico de estas personas** es más acentuado: alto grado de impulsividad, ya reconocido en la infancia, alternando fases de depresión severa con fases maníacas (trastornos bipolares), rabietas, desinhibición, violencia física y sexual, pérdida de estima o, por el contrario, paranoia. Llevado al extremo, el uso de cualquier droga, incluido el cannabis, revela y acelera el proceso de una esquizofrenia latente, de un trastorno de la personalidad grave (anorexia mental, fobia social, psicosis maniaco-depresiva).

Conclusión

La dependencia puede llevar al joven a un aislamiento afectivo importante y sus consecuencias en la salud pueden ser muy graves. De ahí la gran importancia de una prevención y una atención precoz en este tipo de casos. ●

Autor

Jean-Claude Madelin
Médico del adolescente, 60700 Fleurines, Francia
madelin.jc@orange.fr

Referencia

[1] Tuytten A. Risques et enjeux de la toxicomanie. Soins aides-soignantes 2012;49:10-4



François Soutif/Elsevier Masson SAS

Anthony Tuytten

Enfoque

Riesgos y desafíos de la toxicomanía

La toxicomanía es el consumo de productos que causan dependencia. Las drogas son sustancias psicoactivas, consumidas por los efectos psíquicos que producen. Cada producto representa un peligro específico y una serie de consecuencias graves para la salud, el psiquismo y la integración social del consumidor.

Palabras clave

- Droga
- Educación
- Prevención
- Riesgo
- Tratamiento
- Toxicomanía

Ya en la Antigüedad, algunas drogas habían sido identificadas y utilizadas en ceremonias sagradas para modificar el estado de la consciencia o como plantas medicinales. En la actualidad, se conocen las propiedades de las sustancias psicoactivas. Estas sustancias modifican el funcionamiento cerebral afectando a diferentes neurotransmisores. Tienen en común la propiedad de aumentar, directa o indirectamente, la dopamina en el cerebro, el «neurotransmisor del placer», y de activar el «circuito de la recompensa». Las sustancias psicoactivas actúan sobre la percepción, el humor y el comportamiento del consumidor. Sus efectos varían según los productos, las cantidades, la frecuencia y la duración del consumo y se ven afectadas por factores individuales.

Los diferentes tipos de consumo

■ **El uso simple** se define como un consumo cuyas consecuencias nocivas, para uno mismo o para los demás, están limitadas.

■ **El uso nocivo o abusivo** se caracteriza por un uso continuado que provoca daños somáticos, psicoafectivos o sociales, tanto para el sujeto en sí como para su entorno. Se pueden cometer repetidas

infracciones (violencia, accidentes), así como un aumento de los problemas personales o sociales, dificultades para cumplir sus obligaciones o incapacidad para no consumir el producto durante varios días.

■ **El paso de un estado al otro** se produce porque, poco a poco, el organismo se habitúa al consumo del producto. El consumidor siente que cada toma es más fuerte y la sustancia es exigida de manera imperiosa. Sin la dosis, el organismo reclama el producto, se trata del síndrome de abstinencia.

■ **Cuando el consumidor ya no puede dejar** de tomar sus dosis se instala la dependencia. El consumidor es consciente de las consecuencias negativas que conlleva el consumo. Su vida cotidiana gira en torno a la búsqueda y al consumo del producto.

Epidemiología

■ **El consumidor de drogas en Europa es principalmente varón** (74%) y la edad media es de 35,6 años para los hombres y 34,5 para las mujeres. Este grupo de población se ve marcado por la



© F. Soutif/Elsevier Masson SAS

Drogas y origen	Principio Activo Modo de Acción	Presentación	Consumo	Datos en cifras
Cannabis Planta: el cáñamo	<ul style="list-style-type: none"> Tetrahydrocannabinol (THC) Efectos neuropsíquicos de 15 a 20 minutos después de la inhalación 	<ul style="list-style-type: none"> Hierba (marihuana) Resina (hachís) Aceite 	<ul style="list-style-type: none"> Inhalación (porro) Ingestión Pipa, cigarro, papel de liar untado con aceite 	<ul style="list-style-type: none"> 12,4 millones de personas lo han probado en edades comprendidas entre 12 y 75 años, de los cuales 3,9 millones son consumidores actuales y 1,2 millones son consumidores regulares El 42,2 % de los jóvenes de 17 años lo han probado. Un gramo de hierba = 6,50 €, 1 gramo de resina = 5 €
Cocaína Extracto de la flor de coca Crack : mezcla de cocaína, bicarbonato de soda y/o amoníaco	<ul style="list-style-type: none"> Psicoestimulante 	<ul style="list-style-type: none"> Cocaína: polvo blanco inodoro Crack : piedras 	<ul style="list-style-type: none"> Cocaína: esnifado o por vía intravenosa Crack: inhalación del humo 	<ul style="list-style-type: none"> El 3,3 % de los jóvenes de 17 años han probado la cocaína De 6.000 a 10.000 consumidores de crack Precio medio de un gramo de cocaína en 2008 = 60 €
Éxtasis Producto sintético que contiene anfetaminas	<ul style="list-style-type: none"> Psicoestimulantes con MDMA (metilendioxi metanfetamina) produce efectos psicoactivos alucinógenos Algunas pastillas contienen anfetaminas y cafeína Actúa de 30 a 60 minutos tras la ingesta Duración: de 4 a 6 horas 	<ul style="list-style-type: none"> Pastillas de colores con formas y logotipos variados Cápsula Polvo y cristal Pasta Pastillas Polvo 	<ul style="list-style-type: none"> Ingestión Esnifado 	<ul style="list-style-type: none"> En 2011, el 20 % de los jóvenes de 17 años declararon haber consumido éxtasis al menos una vez Una cápsula de éxtasis = 10 €, una pastilla = 6 €
Anfetaminas "Speed", "Cristal", "Ice" o "Yaba"	<ul style="list-style-type: none"> Psicoestimulantes y anorexígenos compuestos por metanfetamina 		<ul style="list-style-type: none"> Ingestión Esnifado 	<ul style="list-style-type: none"> Consumo de anfetaminas marginal El grupo de edad de 18/34 años es el más afectado (el 2,6 % en 2010) e incluye a los jóvenes sin hogar Precio medio de un gramo = 17 €
Heroína Derivado de morfina, extracto de adormidera	<ul style="list-style-type: none"> Opiáceo potente 	<ul style="list-style-type: none"> Polvo y gránulos que se aplastan 	<ul style="list-style-type: none"> Vía intravenosa Esnifado Inhalación del humo 	<ul style="list-style-type: none"> Producto reemergente El 1,1 % de los jóvenes de 17 años la han probado Precio de un gramo = 40 € (heroína marrón), entre 60 y 75 € (heroína blanca)
LSD o ácidos. Sustancia sintética, extracto de cornezuelo de centeno	<ul style="list-style-type: none"> Alucinógeno Actúa en 30 minutos Duración: de 5 a 12 horas 	<ul style="list-style-type: none"> Papel secante Forma líquida 	<ul style="list-style-type: none"> Ingestión 	<ul style="list-style-type: none"> 90.021 soportes de LSD incautados en 2008
Hongos alucinógenos y plantas. Hongos y plantas "naturales"	<ul style="list-style-type: none"> Alucinógenos 	<ul style="list-style-type: none"> Más de 80 variedades de hongos y diferentes tipos de plantas 	<ul style="list-style-type: none"> Ingestión Esnifado 	<ul style="list-style-type: none"> 18 kg de hongos alucinógenos incautados en Francia en 2008
Ketamina Producto anestésico humano y veterinario	<ul style="list-style-type: none"> Anestésico alucinógeno Duración: de 2 a 4 horas 	<ul style="list-style-type: none"> Polvo cristalino Cápsulas Pastillas 	<ul style="list-style-type: none"> Ingestión 	<ul style="list-style-type: none"> Precio del gramo = 40 €
GHB Llamada la "droga del violador". Anestésico médico. Producto sintético, sedativo y amnésico	<ul style="list-style-type: none"> Gamahidroxibutirato Actúa de 10 a 15 minutos tras la ingesta Duración: de 1h30 a 2 horas 	<ul style="list-style-type: none"> Polvo blanco soluble Forma líquida, incolora e inodora 	<ul style="list-style-type: none"> Ingestión 	
Poppers Disolventes derivados del nitrito	<ul style="list-style-type: none"> Alucinógenos Actúa en 30 segundos Duración: 2 minutos 	<ul style="list-style-type: none"> Frasco de 15 ml que contiene un líquido volátil 	<ul style="list-style-type: none"> Inhalación 	<ul style="list-style-type: none"> Precio medio del frasco = 40 €
Colas y disolventes Productos de comercio (éter, acetona...)	<ul style="list-style-type: none"> Disolventes orgánicos volátiles o gaseosos Su modo de acción depende de las moléculas que componen el producto 	<ul style="list-style-type: none"> Quitamanchas, barnices, derivados del petróleo, aerosoles... 	<ul style="list-style-type: none"> Inhalación 	<ul style="list-style-type: none"> Su uso es marginal

Figura 1. Los diferentes tipos de droga (acción, presentación, consumos)

Drogas	Efectos esperados	Efectos reales	Riesgos	Efectos ligados al consumo regular
Cannabis	<ul style="list-style-type: none"> • Relajación y bienestar 	<ul style="list-style-type: none"> • Euforia moderada, sosiego y somnolencia • Inflamación de los vasos • Boca seca, náuseas • Aumento del apetito, del pulso • Disminución de la concentración, de la percepción visual y de los reflejos • Crisis paranoica posible 	<ul style="list-style-type: none"> • Producto mezclado con otras sustancias peligrosas • "Bad trip" con angustia, confusión, temblores, falta de aire y vómitos • Accidente en la vía pública 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para la concentración, problemas escolares con baja capacidad para memorizar y aprender • Empeoramiento de los trastornos psíquicos subyacentes • Desinterés por las actividades habituales
Cocaína Crack Éxtasis	<ul style="list-style-type: none"> • Producto de uso generalizado, presente en lugares de moda y considerado como una «vitamina» • El crack afecta a una población precaria, joven y socialmente integrada • "Sensación de flotar", euforia, bienestar • Empatía 	<ul style="list-style-type: none"> • Euforia • Sensación de gran fuerza intelectual y física • Indiferencia al dolor y al cansancio • Estado depresivo, ansiedad • Una vez pasados los síntomas: fenómeno de "bajada" con agotamiento, depresión, trastornos del sueño durante varias semanas 	<ul style="list-style-type: none"> • Producto mezclado con otras sustancias peligrosas • Accidentes cardíacos o vasculares cerebrales provocados por una subida de la hipertensión arterial • Fiebre, deshidratación • Delirios • Convulsiones • Náuseas, sudoración, dolores de cabeza, deshidratación e hipertermia frecuentes • Trastornos neuropsiquiátricos (angustia, alucinaciones), digestivos, del ritmo cardíaco; pérdida de consciencia 	<ul style="list-style-type: none"> • Dependencia física grave • Trastornos psíquicos con insomnio, pérdidas de memoria, excitación y desinhibición • Riesgo de cometer infracciones • Riesgos ligados a los diferentes modos de consumo (VIH, hepatitis B y C, endocarditis, septicemia, abscesos, necrosis en el tabique) • Adelgazamiento • Dependencia psíquica (alteración del juicio, irritabilidad, psicosis, depresión grave)
Anfetaminas	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de apetito y/o insomnio 	<ul style="list-style-type: none"> • Ilusión de ser invencible • Una vez pasado el efecto, sentimiento abatido, angustia 	<ul style="list-style-type: none"> • Crisis de tetania por contracción de los músculos • Angustia 	<ul style="list-style-type: none"> • Alteración del estado general por desnutrición y falta de sueño • Agotamiento general, nerviosismo y delirios • Existe un peligro adicional para los consumidores depresivos, cardíacos y epilépticos
Heroína	<ul style="list-style-type: none"> • Sosiego, euforia, éxtasis y más tarde somnolencia 	<ul style="list-style-type: none"> • Alteración de la consciencia • Náuseas, vértigos • Desaceleración del ritmo cardíaco 	<ul style="list-style-type: none"> • Sobredosis con pérdida de consciencia y depresión respiratoria, a menudo mortal • Tolerancia al producto en pocas semanas • Dependencia real con síndrome de abstinencia 	<ul style="list-style-type: none"> • Riesgos ligados a los diferentes modos de consumo (VIH, hepatitis B y C, endocarditis, septicemia, abscesos) • Aislamiento social • Insomnio
LSD o "ácidos", hongos alucinógenos y plantas	<ul style="list-style-type: none"> • Introspección • Desconexión con la realidad • Finalidad experimental de búsqueda interior 	<ul style="list-style-type: none"> • Modificaciones sensoriales intensas • Alucinación y pérdida del sentido de la realidad • Modificaciones sensoriales • Alucinaciones • Euforia 	<ul style="list-style-type: none"> • Alucinaciones • Sensación de malestar durante varios días • Riesgo de <i>flash-back</i> varios días o semanas después del consumo • Los mismos riesgos que el LSD con el riesgo añadido del veneno de los hongos que puede dar lugar a una intoxicación mortal 	<ul style="list-style-type: none"> • Perturbaciones psíquicas prolongadas • Consumo regular raro
Ketamina	<ul style="list-style-type: none"> • Efectos alucinógenos 	<ul style="list-style-type: none"> • Eclipse de consciencia • Pérdida de la noción del tiempo y del espacio • Pérdida de la sensibilidad corporal 	<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo de caídas y heridas, trastornos psíquicos y neurológicos • Depresión respiratoria y coma 	<ul style="list-style-type: none"> • Rápida habituación
GHB	<ul style="list-style-type: none"> • Euforia • Desinhibición 	<ul style="list-style-type: none"> • Ligera euforia • Sensación de calor y embriaguez • Capacidad de comunicación amplificada 	<ul style="list-style-type: none"> • Vértigos, náuseas, contracciones musculares o alucinaciones • Amnesia si se mezcla con alcohol • Riesgo sexual 	<ul style="list-style-type: none"> • Dependencia no establecida científicamente
Poppers Colas y disolventes	<ul style="list-style-type: none"> • Mejora en el rendimiento sexual • Euforia, sensación de embriaguez • Alucinaciones • Somnolencia 	<ul style="list-style-type: none"> • Aceleración del ritmo cardíaco • Relajación muscular, sensación de calor intenso • Efectos esperados encontrados 	<ul style="list-style-type: none"> • Náuseas, vómitos, hipotensión, dermatitis de contacto con lesiones nasales, irritaciones en la córnea, cefaleas, hipertensión intraocular, anemia y psicosis • Riesgo de pérdida de consciencia ligada al modo de consumo (asfixia, explosiones, paro cardíaco...) 	<ul style="list-style-type: none"> • Depresión • Anemia • Problemas de erección • Patologías neurológicas, lesión de órganos • Trastorno del comportamiento

Figura 2. Los diferentes tipos de droga (efectos y riesgos)



© F. Soutiff/Elsevier Masson SAS

En paralelo, los medicamentos psicotrópicos (no citados en las tablas 1 y 2) pueden ser desviados de su uso principal y convertirse en sustancias de dependencia.

Tratamientos

■ **La desintoxicación** es el estado inicial en el tratamiento a consumidores que son físicamente dependientes. Se desarrolla en centros hospitalarios o ambulatorios. Durante este periodo se intenta reducir el malestar físico y psíquico ligado a la abstinencia, tanto si la interrupción es inmediata como progresiva.

■ **La terapia de convalecencia** es la siguiente etapa. Ésta incluye un trabajo psicoterapéutico con un tratamiento contra la reacción depresiva provocada por la interrupción del consumo y favorece el trabajo de inserción.

El tratamiento de sustitución solo es posible en el caso de la heroína. Su objetivo es evitar los efectos físicos y psíquicos de la abstinencia y permite el acceso a ayudas psicológicas y sociales. El paciente puede elaborar un proyecto de vida (reconstruir su red familiar, afectiva y profesional). Algunas personas nunca dejarán el tratamiento de sustitución. Se trata, en este caso, de un tratamiento de mantenimiento. ●

precariedad social: un 19% vive en la calle y más de la mitad no posee domicilio fijo. No obstante, todos los perfiles sociales se ven afectados en el marco de drogas variadas. La mayoría de los consumidores de drogas son policonsumidores (drogas y medicamentos desviados).

Las drogas, efectos y peligros

El Observatorio Francés de Drogas y Toxicomanías (OFDT) y la Misión Interministerial de lucha contra la Droga y la Toxicomanía (MILDT) han catalogado los diferentes tipos de drogas y sus efectos (figuras 1 y 2). El consumo de estas sustancias mezcladas con alcohol aumenta los riesgos de morbilidad y mortalidad del consumidor.

Efectos de las sustancias psicoactivas en los neurotransmisores

Heroína

■ **Nuestro cerebro produce de forma natural neurotransmisores** que permiten regular y disminuir las percepciones dolorosas. Se trata, en particular, de las endorfinas que se fijan en los receptores opiáceos naturales. Tanto la heroína como la morfina pertenecen a la familia de los opiáceos. Imitan el funcionamiento de las endorfinas y las sustituyen en los receptores cerebrales. Por otro lado, la heroína actúa de manera indirecta sobre la secreción de dopamina.

■ **Durante un periodo de desintoxicación, el consumidor se encuentra de pronto sin protección contra el dolor:** el cerebro ya no produce o apenas produce endorfinas, ya que estas habían sido sustituidas por la heroína. A partir de este momento, se perfila un cuadro de carencia de fuerza física con intensos dolores, sudoración, temblores, agitación, insomnio. Este cuadro puede ser muy impresionante pero no conlleva riesgo vital. Tras tres o cuatro días, las endorfinas naturales empiezan a volver a su estado normal de secreción.

■ **El consumidor de heroína teme al estado de carencia de fuerza física** e intenta multiplicar sus tomas. Por otro lado, se ve obligado a aumentar sus dosis para poder sentir la sensación de placer inicial de las primeras tomas que ya no consigue experimentar. La dependencia física se agrava convirtiéndose en una dependencia psicológica. La búsqueda y el consumo de heroína se convierten en su actividad principal, lo que perjudica gravemente su vida.

Cocaína

■ **La cocaína actúa directamente aumentando la cantidad de dopamina** en las sinapsis. Posee un efecto estimulante muy fuerte, que da lugar a excitación y al aumento de la actividad cerebral. Produce un sentimiento de fuerza y conlleva una dependencia psicológica muy grave. El consumidor experimenta una gran dificultad a la hora de funcionar sin cocaína.

Éxtasis

■ **El éxtasis actúa aumentando la serotonina** (representa un papel importante como neurotransmisor en el humor, las emociones y el sueño) en las sinapsis y aumenta ligeramente la presencia de dopamina. La interrupción del consumo provoca, tras varios días, angustias y depresión. A largo plazo, el consumo de éxtasis puede dar lugar a trastornos psíquicos graves.

Corine Cordon

Autor

Anthony Tuytten, Profesional de la salud, Servicio de Recepción y Urgencias, Créteil, Francia



El AE/TCE como integrante del equipo de Enfermería en cirugía menor

La cirugía menor incluye una serie de procedimientos sencillos y de corta duración realizados sobre tejidos superficiales o estructuras fácilmente accesibles, bajo anestesia local, y tras la que no son esperables complicaciones postquirúrgicas importantes.

SUMARIO:
Recursos y materiales necesarios
Tipos de heridas
Materiales
Drenajes

Las intervenciones de cirugía menor dan respuesta a demandas frecuentes, urgentes o no, en los centros de salud de atención primaria.

Los procedimientos abordables con seguridad en Atención Primaria y destinados al tratamiento de lesiones pequeñas —en general de 5 mm—, en la piel y los tejidos subcutáneos, son los siguientes:

- **Reparación y sutura** de heridas cutáneas
- **Incisión y drenaje** de abscesos
- **Extirpación** de lesiones cutáneas
- **Cirugía** de la uña

La cirugía menor está contraindicada en:

- **Lesiones** malignas
- **Antecedentes** de cicatrización hipertrófica o queloide
- **Zonas con riesgo** de lesión de estructuras nobles (cara y cuello, ángulo mandibular, cara palmar de la muñeca, ingle, axila, etc..)

Recursos materiales necesarios

Sala de cirugía menor o sala de curas: la cirugía menor no precisa de un quirófano convencional ni de un ambiente estéril. Las dimensiones de dicha sala deberían ser al menos de 3,5 por 3,5 m,

con una camilla quirúrgica en el centro.

Además debería contar con:

- **Camilla** quirúrgica articulada, de altura regulable
- **Banqueta con ruedas**, de altura regulable
- **Lámpara articulada**, de luz fría y foco regulable
- **Mesa auxiliar** con ruedas
- **Bisturí** eléctrico
- **Material de reanimación** cardio pulmonar avanzada
- **Lavamanos** con dosificador de jabón
- **Contenedores** para residuos biocontaminados
- **Teléfono** o intercomunicador



Suturas

Algunas heridas requieren un tratamiento específico como es la sutura. De este modo, se protege la herida de agresiones externas, se aproximan los bordes para que la reepitelización sea más sencilla y mejore el aspecto estético de la cicatriz.

Las suturas son fáciles de realizar, y el material se encuentra disponible en cualquier centro, así que es una técnica que todo equipo de Enfermería debe conocer.

Sutura es cualquier hilo de material utilizado para ligar los vasos sanguíneos o aproximar los tejidos. Existen una serie de conceptos que deben aclararse antes de describir las técnicas.

Tipos de heridas

■ **Heridas limpias:** se considera limpia toda herida no infectada, con menos de 6 h de evolución (salvo en regiones específicas, como la cara, donde el periodo se puede aumentar a 12 horas).

■ **Heridas sucias:** es cualquier herida contaminada, con esfacelos, necrosis, detritus, o si han pasado más de 6-12 horas. El objetivo de una sutura es prevenir la infección que se pueda producir debido a la entrada de microorganismos a través de la piel. Para ello se usarán técnicas y materiales estériles aplicando antiséptico sobre la piel.

Un segundo objetivo es evitar lesiones mayores de los tejidos debido a la debilitación de los mismos, además de intentar favorecer la cicatrización acercando correctamente los bordes de la herida con el fin de asegurar un buen aporte sanguíneo, proporcionar nutrientes esenciales y mantener la zona seca.

La realización de la técnica de sutura consigue prevenir el sangrado, ya que se hace hemostasia, siempre dependiendo de la zona y el tamaño de la lesión.

Una vez que la sutura se ha llevado a cabo, es necesario que el estado de la herida se observe continuamente para detectar precozmente las posibles reacciones adversas que de esta técnica puedan surgir (infección, retracción del tejido, dehiscencia de puntos, queloides y otras complicaciones)

Materiales

■ **Suturas absorbibles:** son suturas digeridas por enzimas corporales durante el proceso de cicatrización. Existen zonas del cuerpo más sensibles a la hora de retirar los puntos, y aquí se usa este tipo de sutura.

- **Catgut:** fabricado a partir de intestino animal. Se emplea en los tejidos que cicatrizan rápidamente, como las membranas mucosas y el tejido subcutáneo.
- **Catgut crómico:** se emplea procesando el catgut simple con

sales crómicas. Se emplea en zonas que cicatrizan más lentamente. Causa un menor grado de reacción inflamatoria, por lo que es la sutura de elección en zonas genitales y en el ano.

● **Sintéticos (dexon, vicryl):** son muy inertes y poseen gran capacidad de estiramiento. Pueden usarse en casi todos los tejidos. El dexon tiene una absorción mínima de 15 días y máxima de 3 meses.

● **Tissucol:** aunque no es una sutura de hilo, se puede considerar como sutura absorbible. Es un pegamento sintético sellador, de fibrina de 2 componentes que ofrecen una alta concentración de fibrinógeno humano como adyuvante en el sellado del cierre de colostomías y para detener el sangrado difuso en cirugías que involucran bypass cardiopulmonar y tratamiento de heridas esplénicas.

■ **Suturas no absorbibles:** el material empleado no llega a ser afectado por las enzimas de la piel. Los más utilizados son la seda, algodón, nylon, dacron, polietileno, acero inoxidable y grapas de piel.

● **Seda:** Es la más usada, se compone de multifilamentos trenzados y constituye un elemento resistente y fácilmente manejable, que provoca una mínima reacción tisular.





- **Hilo metálico**, se usa en zonas donde se necesita una resistencia considerable y duradera, por lo que su uso es muy limitado (suturas de refuerzo, tendones, etc...)

El calibre y la resistencia a la tensión del material están estandarizados por los fabricantes. El calibre indica el diámetro, y va desde el 5 (+ grueso) hasta el 10/0 (+ fino). Los más usados para piel van desde el 2/0 al 6/0.

- **Paquetes de sutura**: todas las suturas están envueltas en 2 sobres separados. El sobre interno está estéril tanto por dentro como por fuera. Una cara del sobre externo es transparente, lo que permite una fácil inspección de los datos impresos en el sobre interno. Estos incluyen el tipo, tamaño y longitud del catgut, ti-

po y tamaño de aguja, fecha de fabricación y fecha de vencimiento. Los envases individuales vienen en paquetes de 12 ó 36 sobres por caja.

- **Espاردrapos quirúrgicos**: tipo steri-strip. Para laceraciones lineales, sin tensión, superficiales.
- **Pegamentos sintéticos**: tissucol

■ **Agujas**: son una parte esencial de las técnicas de sutura. Los hilos pueden estar montados sobre las agujas, o independientes. Hoy en día se usan más los montados. Las agujas pueden ser:

- **Dependiendo de su forma**:
 - Curvas
 - Rectas
- **Según su punta**:
 - Triangulares o traumáticas: piel
 - Cilíndricas o atraumáticas: tejidos blandos y órganos
 - Combinadas: punta triangular y resto cilíndrico.

Todas las características de las agujas vienen especificadas por símbolos en el envase.

- Cilíndricas
- ▲ Triangulares "Taper": combinadas

El resto del material a preparar para realizar una sutura y una cura de una herida quirúrgica son:

- Gasas estériles
- Compresas estériles
- Paño estéril abierto y cerrado
- Guantes estériles
- Antiséptico local
- Anestésico local (generalmente, clorhidrato de mepivacaína)
- Jeringas y agujas para la infiltración
- Pinza de disección con dientes
- Tijeras
- Sutura de seda montada sobre aguja
- Puntos de papel o aproximación (steri-strips)
- Apósitos oclusivos
- Porta-agujas: se usa para tomar y sostener agujas quirúrgicas curvas, son muy parecidos a las pinzas hemostáticas, la diferencia básica son las ramas cortas y firmes para asir una aguja, sin dañar el material de sutura.

El tamaño del porta-agujas debe ir de acuerdo con el tamaño de la aguja. Generalmente, las ramas son rectas, pero pueden ser curvas o en ángulo y los mangos pueden ser largos para facilitar la inserción de la aguja en cirugía de pelvis o de tórax.

Procedimiento de sutura

Lo primero al recibir un paciente con una herida es examinar la zona en busca de la extensión y de la posible afectación de otros órganos. Si solo se compromete la piel y no hay afectación de la movilidad, la herida será suturada por una enfermera.

■ No se suturan:

- Heridas infectadas
- Heridas contaminadas
- Heridas por mordeduras de animales

El primer paso antes de suturar es proceder a una limpieza exhaustiva de la zona. Se efectúa un rasurado en seco y se lava con suero fisiológico o antisépticos detergentes (clorhexidina, povidona yodada jabonosa).

Una vez la enfermera ha realizado la sutura, se coloca un apósito oclusivo. El apósito aísla la heri-

Materiales de sutura Monofilamento		
Polipropileno	Catgut simple	Acero
Materiales de sutura Multifilamento		
Acido poliglicólico	Poliéster	Seda



da de la contaminación exterior y al mismo tiempo absorbe los posibles exudados evitando que se acumulen sobre la piel y se conviertan en focos infecciosos. En las zonas limpias (cara y cuello) se puede dejar la herida sin apósito. Hay que explicar al paciente la precaución que debe tener con el sol, ya que produce señales antiestéticas de cicatriz.

Las grapas se emplean cada vez más en el ámbito quirúrgico porque aguantan bien las tensiones y no provocan rechazo, pero la cicatriz que dejan es antiestética. La enfermera puede usarlas en el cuero cabelludo, tras un buen rasurado de la zona, donde dan buenos resultados.

■ **Anestesia:** es un fármaco que se utiliza para bloquear la sensibilidad táctil y dolorosa de un paciente. La más usada es la mepivacaína al 1-2% con o sin vasoconstrictor (adrenalina 1:100.000).

Se administra en infiltración subcutánea perilesional (desde el exterior hacia el interior de la herida), o en forma de bloqueo nervioso (muy adecuada para los dedos, para la cara).

No se debe usar vasoconstrictor nunca para las zonas acras de la piel, como los pulpejos de los dedos o la nariz, pues puede provocar necrosis. En los dedos es mejor usar un torniquete.

■ **Complicaciones de la sutura:** la mayoría de las complicaciones derivadas de la sutura son parecidas pero dependen de la zona de la herida y de los cuidados posteriores.

- **Hemorragia intra-postoperatoria:** para evitarla debe usarse un vasoconstrictor, siempre que sea posible, o isquemia digital. Se pueden usar la ligadura de vasos, el bisturí de coagulación, etc. si fuese necesario.
- **Hematoma-seroma:** acúmulo de sangre coagulada o suero debajo de la piel. Producido por una deficiente aproximación de tejidos dejando espacios muertos bajo la capa superficial. Van a distorsionar la herida, y pueden

llegar a infectarse. Debe evitarse aproximando correctamente el tejido en toda su profundidad. Es especialmente importante considerar cuándo se debe usar una sutura intradérmica, que evita dejar huecos.

● **Infección:** ya sea en el tejido o en los bordes, puede llegar a impedir la cicatrización correcta. Se debe evitar prestando atención a la asepsia antes de proceder con la sutura.

● **Dehiscencia:** debida a una incorrecta aproximación de bordes, a la retirada precoz de los puntos o al uso de un material inadecuado (sutura demasiado fina, etc). Puede llegar a requerir una intervención quirúrgica.

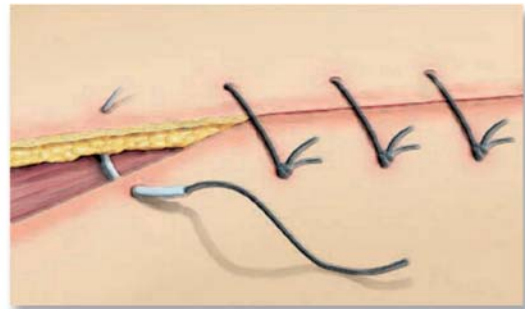
● **Granuloma:** un granuloma es una masa más o menos esférica de células inmunes que se forma cuando el sistema inmunológico intenta aislar sustancias extrañas que ha sido incapaz de eliminar. Puede producirse por una reacción del individuo con el material de sutura. Debe retirarse el material de sutura, limpiar y volver a cerrar la herida.

● **Necrosis:** debido a una excesiva tensión de los puntos que dificulta la circulación. El proceso de reepitelización requiere un adecuado aporte vascular. Es necesario desbridar, tratar como una herida sucia, y vigilar por si se agrava: infección necrotizante, necrosis de tejidos profundos, etc.

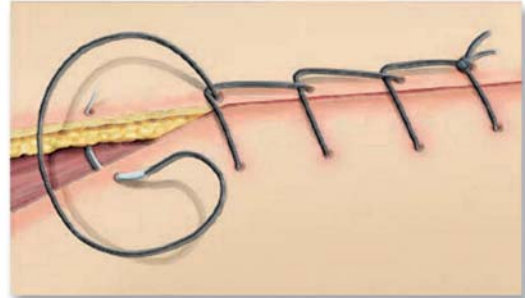
● **Hiperpigmentación:** se debe recomendar al paciente que proteja la cicatriz del sol durante al menos un año. El uso de protectores solares hará que la nueva piel no tenga una pigmentación excesiva.

● **Cicatriz hipertrófica:** prominente, pero que respeta los límites de la cicatriz. Suele ser necesaria la derivación para cirugía.

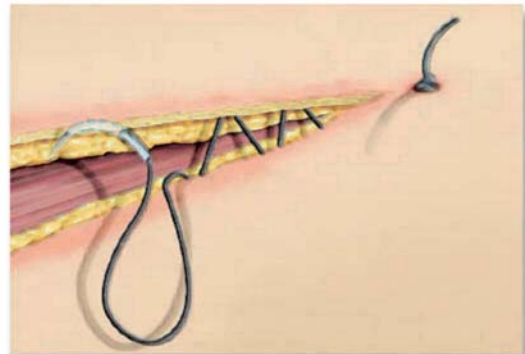
● **Cicatriz queloides:** No respeta límites. Como tratamiento paliativo están las infiltraciones con corticoides, parches de presión, etc. La piel de los varones negros es muy propensa a este tipo de cicatriz.



Sutura continua simple



Sutura continua festoneada de Reverdin



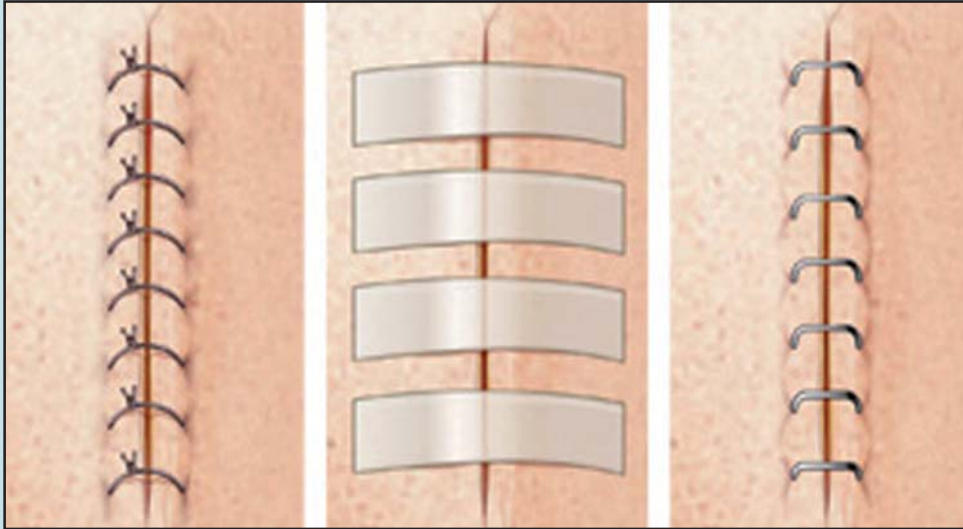
Sutura continua subdérmica

● **Isquemia:** causada por la disminución transitoria o permanente del riego sanguíneo.

■ **Errores más frecuentes**

- Incorrecta asepsia durante el proceso.
- Pinchazos accidentales por no mantener controlada la aguja





Tras la sutura

El tiempo para la retirada de los puntos depende del lugar en el que se encuentre la herida y del tipo de hilo/material empleado:

- **Cuero cabelludo:** grapas. 8-10 días.
- **Cuello-cara:** hilo fino de 4:0 - 4-6 días.
- **Tronco, extremidades:** hilo de 3:0 a 4:0 - 8-10 días.

Para retirar los puntos se usa una pinza y una hoja de bisturí.

Para retirar las grapas existe un dispositivo especial, el quitagrapas, que ejerce presión sobre el punto medio de la grapa y así los extremos salen con facilidad.

Debe recomendarse al paciente que mantenga seca y limpia la herida, y protegida del sol durante los próximos 6-12 meses.

Drenajes

Existen circunstancias en las que sustancias líquidas o gaseosas se acumulan en diferentes zonas del organismo, que éste no pueden eliminar por sí solo. Aunque el cuerpo humano dispone de un sistema recolector (el sistema linfático), encargado de recoger el líquido extravasado y devolverlo al torrente sanguíneo tras su filtración, hay ocasiones en que la cantidad de sustancias es demasiado elevada o la pérdida demasiado rápida y este sistema no es eficaz,

haciéndose necesario realizar su evacuación por otros métodos para evitar daños mayores.

Esta evacuación se realiza mediante drenajes. Los drenajes son tubos u otros elementos que nos ayudan a sacar estas sustancias, ya que dejan una abertura conectada con el exterior o con un sistema adecuado.

Las razones por las que se acumulan sustancias pueden ser accidentales o provocadas; es decir, pueden deberse a un traumatismo, un absceso o ser generadas de forma voluntaria por el personal sanitario con algún fin, en una operación, etc...

También podemos colocar un drenaje cuando necesitamos que un órgano normalmente relleno de

líquido, permanezca vacío para que los puntos se mantengan unidos y no se ejerza presión sobre ellos. Este es el caso, por ejemplo, de la vejiga, que se llena normalmente de orina, pero que tiene que mantenerse vacía para que los puntos de sutura no queden a tensión. En este caso, se colocaría un sondaje vesical.

Indicaciones de los drenajes

- **Abscesos:** para evacuar el pus que generan los tejidos y evitar un "cierre en falso".
- **Cuando se suponga** que la zona intervenida se ha infectado.
- **Lesiones traumáticas.**
- **Profilaxis de fugas** tras cirugía general: para detectar sangrados precozmente y evitar hematomas.
- **Tras cirugía radical:** si se extirpa parte de ganglios linfáticos, se altera la reabsorción.

Tipos de drenajes

Un drenaje quirúrgico es un sistema de eliminación o evacuación de colecciones serosas, hemáticas, purulentas o gaseosas, desde los diferentes órganos y/o tejidos al exterior

■ Drenaje simple:

Es aquel sobre el que no realizamos ningún tipo de acción para favorecer la salida de la sustancia acumulada. Esta sale por la presión



que ejercen los órganos adyacentes sobre ella, por la fuerza de gravedad o por la capilaridad de los drenajes usados.

- **Drenajes filiformes:** consisten en dejar la incisión abierta mediante un haz de hilos que pueden ser de nylon o algodón, y gracias a la capilaridad de éstos, el líquido saldrá al exterior. Sirve en incisiones pequeñas y con escaso líquido a drenar.

- **Drenajes con gasas:** las gasas son un material muy útil en el ámbito hospitalario: sirven como apósitos, para limpieza de heridas, y gracias a su capilaridad, para drenar colecciones líquidas. Además, es un material fácilmente modelable. Este tipo de drenajes son útiles para heridas infectadas que dejamos cicatrizar por segunda intención.

- **Drenajes con tiras de goma:** sirven los dedos de los guantes de látex estériles, con una medida determinada. Son muy usados por ser fáciles de colocar y no producen adherencias en los tejidos circundantes. Estos drenajes se colocan en un extremo de la herida, y pueden sujetarse con un punto de sutura.

- **Drenajes con tubos de goma o polietileno.** Estos drenajes pueden ser conectados al exterior a sistemas de recolección (bolsas

de diuresis) o colocados para que drenen hacia bolsas tipo colostomía. Útiles en caso de drenajes abundantes.

- **Penrose:** tubo de goma de látex que actúa por capilaridad.

- **Silastic:** tubo de silicona transparente y flexible. Se encuentra en varios calibres.

- **Tubo en T o de Kher:** usado en la cirugía de vías biliares. La parte corta queda insertada en los conductos colédoco y hepático y el mayor al exterior.

■ Drenajes de succión:

Son aquellos sobre los que ejercemos una fuerza externa para asegurar la salida de los líquidos que se encuentran acumulados. La succión puede realizarse mediante frascos de vacío o conectando el drenaje a un sistema de aspiración continua.

- **Redón** es un tipo de drenaje muy usado en cirugía, que consiste en un tubo de polivinilo con múltiples perforaciones a lo largo del tubo, que va conectado a un colector donde haremos el vacío.

Atención al paciente con drenajes

El equipo de Enfermería es el responsable de cuidar y controlar el buen funcionamiento de los drenajes, por lo que es necesario co-

nocer su sistema de funcionamiento y sus posibles complicaciones.

- **Se realizarán curas diarias de la herida,** del punto de inserción del drenaje, con técnica y material estéril.

- **Si el apósito externo se mancha,** debe cambiarse aunque no hayan pasado 24 h.

- **Vigilar la aparición de úlceras** de decúbito en los bordes de la herida por apoyo del tubo.

- **Es importante medir en cada turno la cantidad drenada** y anotar en la gráfica de enfermería.

- **Como norma general,** los drenajes deben mantenerse por debajo del nivel del paciente para que la gravedad favorezca la eliminación.

- **Vigilar en todo momento la permeabilidad del drenaje,** ¡ojo a las acodaduras!

- **Observar y comunicar** a la enfermera el aspecto del material drenado.

- **Asegurarnos, en el caso de pacientes encamados,** que el propio paciente no se apoya sobre los tubos e interfiere en el drenaje.

- **Si el paciente lleva varios drenajes,** enumerarlos.

- **Usar las máximas condiciones de asepsia** al vaciar las bolsas.

- **Si la cantidad drenada es alta,** usaremos bolsas de grifo para evitar la manipulación.

Complicaciones de los drenajes:

- **Infecciones** en el punto de inserción.

- **Perforaciones** de estructuras adyacentes en el caso de drenajes rígidos.

- **Inflamación** de la zona al considerarlo el organismo como un cuerpo extraño.

- **Desgarros** y arrancamientos involuntarios

- **Falta de funcionamiento:** si está obstruido, o el colector lleno

- **Molestias** y dolor

- **Pérdida del drenaje** por mala fijación

- **Imposibilidad** de extracción. ●



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



Ictus. El tiempo es cerebro

El propósito de este artículo, ganador del Primer Premio del XVI Certamen Nacional de Investigación FAE, es informar a los TCE sobre la gravedad de un ictus, los tipos, causas, síntomas, secuelas y factores de riesgos. Explica cómo actuar ante la sospecha de un posible ictus, cuáles son las terapias para tratar y prevenir los accidentes cardiovasculares y las investigaciones y avances farmacológicos más recientes.

Esta enfermedad afecta cada año en España a entre 120.000 y 130.000 personas, lo que significa que cada 6 minutos se produce un ictus en nuestro país. Un diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado resultan primordiales para reducir las secuelas físicas, psíquicas y psicológicas de los pacientes.

En los últimos años se han logrado en Andalucía grandes avances en las medidas de actuación frente a un ataque cerebral agudo, debido a la mayor participación, compromiso y formación de los profesionales de la salud en sus diferentes áreas, que permiten dar una respuesta coordinada. Estas mejoras se han conseguido gracias al Plan Andaluz de Ataque Cerebral Agudo (PLACA), entre cuyos objetivos están:

- Informar a la población sobre los síntomas más característicos (educación sanitaria).
- Formar al personal que atiende los teléfonos de emergencia.
- Organizar dispositivos asistenciales específicos en los hospitales.

Definición, tipos y causas del ictus

Se denomina ictus a un trastorno brusco de la circulación cerebral, que altera la función de una determinada parte del cerebro. Son

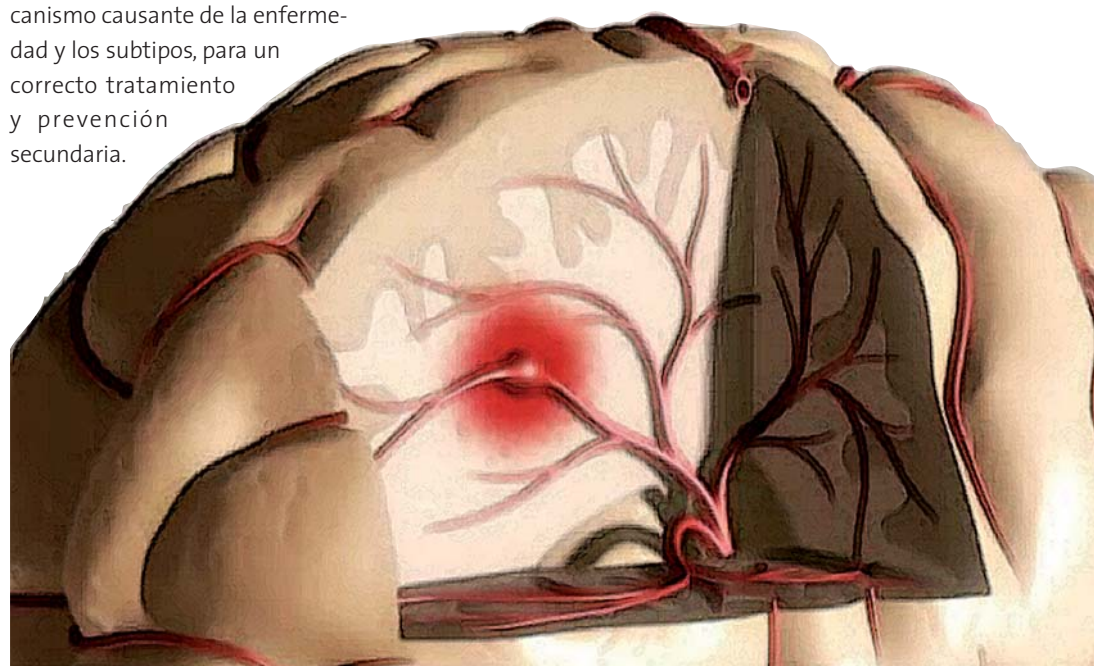
trastornos que tienen en común su presentación brusca, que suelen afectar a personas ya mayores –aunque también pueden producirse en adultos jóvenes, adolescentes y niños– y que frecuentemente son la consecuencia final de una serie de circunstancias personales, ambientales, sociales, etc., a las que denominamos factores de riesgo. Los términos accidente cerebrovascular, ataque cerebral o, menos frecuente, apoplejía son utilizados como sinónimos del término ictus (latín=golpe).

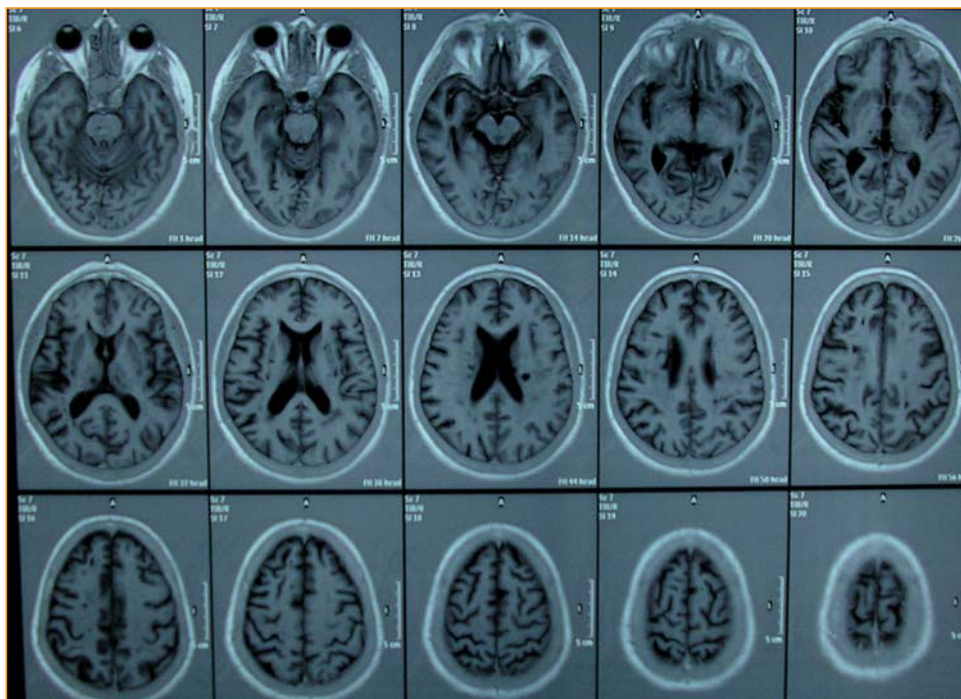
Existen dos tipos principales de ictus, según la naturaleza de la lesión: isquémicos y hemorrágicos. Es muy importante conocer el mecanismo causante de la enfermedad y los subtipos, para un correcto tratamiento y prevención secundaria.

Ictus isquémico

El 80% de los ictus son de carácter isquémico, provocados por la formación de un trombo que ocasiona una disminución importante del flujo sanguíneo que recibe nuestro cerebro. Su consecuencia final es el infarto cerebral, situación irreversible que lleva a la muerte de las células cerebrales (neuronas) afectadas por la falta de aporte de oxígeno y nutrientes transportados por la sangre.

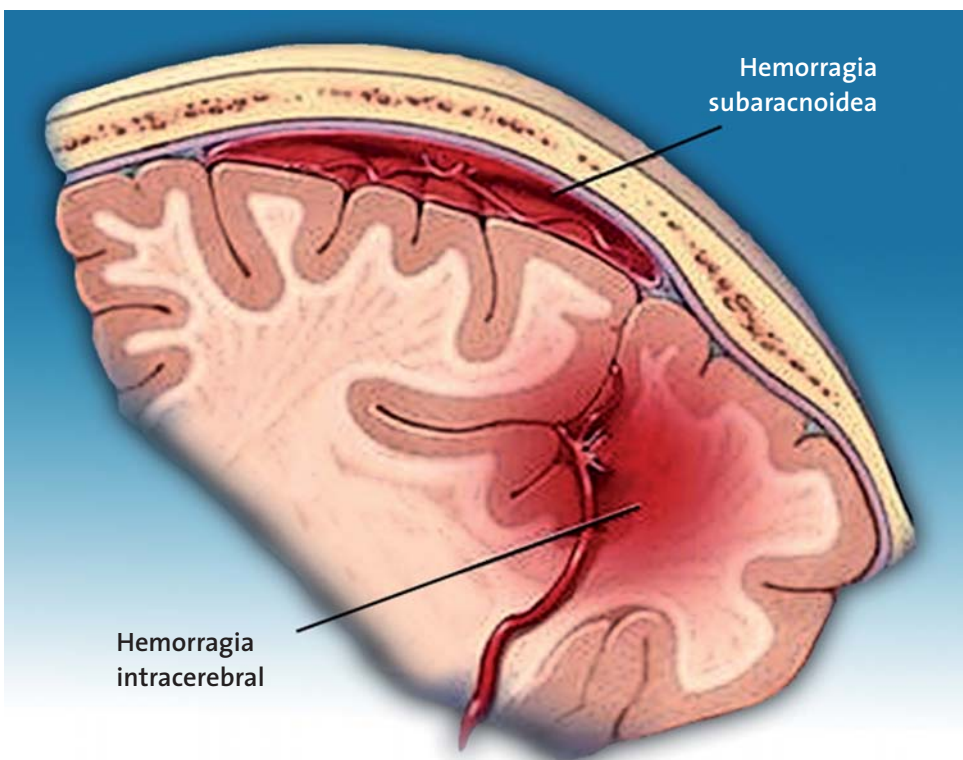
Se produce una obstrucción del paso de la sangre al cerebro, dicha obstrucción es debida, en la mayor parte de los casos, a la presencia de placas de ateromas





(depósitos de grasa), causadas por la arterioesclerosis. Las arterias se endurecen en un proceso progresivo que consiste en la acumulación de colesterol, calcio y otras grasas en las paredes de las arterias.

Ocurre cuando en ciertas zonas de las arterias el estrechamiento es más intenso y en la zona obstruida por placas de ateroma se pegan cúmulos de plaquetas, formando coágulos (trombos) que dan lugar a la trombosis cerebral.



Estos trombos pueden desprenderse de otras zonas, como el corazón, y por su tamaño llegan a arterias más pequeñas por las que no pueden pasar, las taponan totalmente y producen lo que se llama embolia cerebral (isquemia aguda).

Ictus hemorrágico

El 20% de los ictus son hemorrágicos, provocados por la rotura de una arteria o un aneurisma (dilatación localizada en un vaso sanguíneo ocasionada por una degeneración o debilitamiento de la pared vascular, adopta forma de saco o globo). Son menos frecuentes, pero su mortalidad es considerablemente mayor. Sin embargo, los supervivientes de un ictus hemorrágico suelen presentar, a medio plazo, secuelas menos graves.

- **Hemorragia intracerebral:** es el ictus hemorrágico más frecuente. Una arteria cerebral profunda se rompe y deja salir su contenido sanguíneo, que se esparce entre el tejido cerebral circundante, lo presiona y lo daña. La gravedad de este tipo de ictus reside, no sólo en el daño local, sino en el aumento de presión que origina dentro del cráneo, lo que afecta a la totalidad del encéfalo y pone en peligro la vida.

- **Hemorragia subaracnoidea:** la causa más frecuente es la rotura de un aneurisma arterial.

Por otro lado, el 30% de los pacientes pueden tener síntomas previos de aviso, de escasa duración, llamados ataques isquémicos transitorios (AIT).

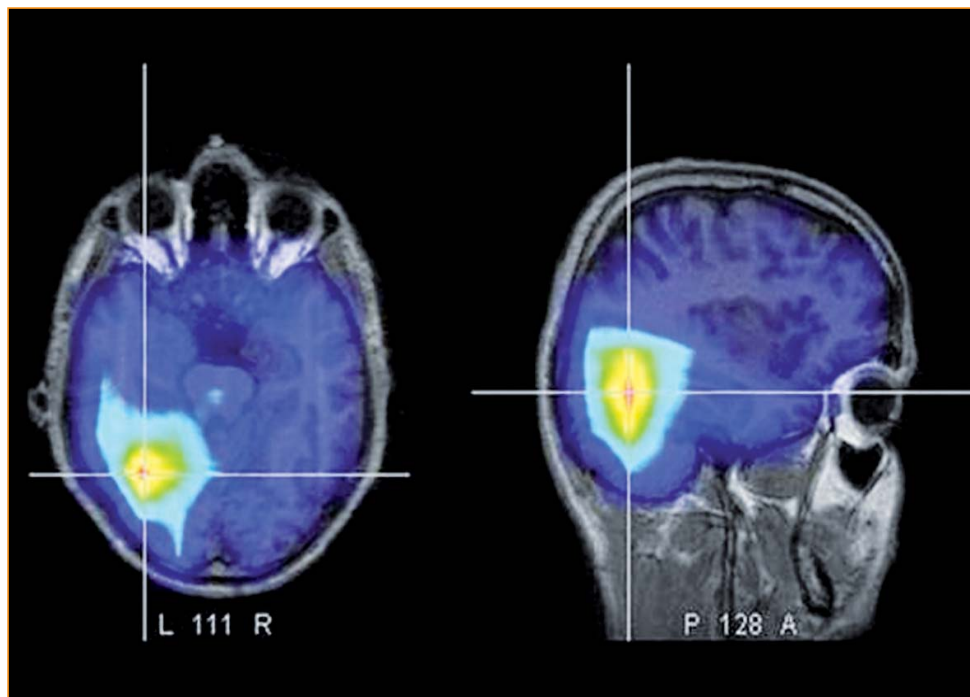
Un accidente isquémico transitorio está causado por la interrupción temporal del riego sanguíneo a un área del cerebro, pero es diferente al infarto cerebral, pues no provoca la muerte del tejido. Sin embargo, un tercio de los pacientes que lo han sufrido, presenta-

rán un ictus establecido durante el siguiente año si no se toman las medidas adecuadas.

Síntomas

Los síntomas de un accidente cerebrovascular (ACV) dependen de la parte de cerebro que esté lesionada. En algunos casos, es posible que las personas ni siquiera se den cuenta de que lo sufrieron. Generalmente, aparece de forma repentina. Ser capaz de detectar uno o más de los síntomas de un ACV y de actuar con rapidez al identificarlo puede ayudarle a usted o a cualquier persona con la que usted se encuentre:

- Debilidad o parálisis de un brazo, una pierna, o un lado de la cara (incluye desviación de la boca hacia un lado) o cualquier parte del cuerpo.
- Entumecimiento, hormigueo o disminución de la sensibilidad.
- Cambios en la visión, especialmente en un solo ojo.
- Lenguaje mal articulado, incapacidad para hablar o entender el lenguaje, dificultades para escribir o leer.
- Dificultad para deglutir o babeo.
- Pérdida de la memoria.
- Vértigo (sensación anormal de movimiento).
- Pérdida del equilibrio o la coordinación, caídas inexplicables.
- Cambios en la personalidad.
- Cambios en el estado anímico (depresión, apatía).
- Somnolencia, letargo o pérdida del conocimiento.
- Movimientos incontrolables de los ojos o párpados caídos.
- Dolores de cabeza severos sin motivos aparentes.
- Si se presenta uno o más de estos síntomas y su duración es menor a 24 horas, se puede tratar de un accidente isquémico



transitorio (AIT), el cual es una pérdida temporal de la función cerebral y un signo de advertencia de un posible ACV futuro. Si sospecha usted que alguien está experimentando cualquiera de estos síntomas indicadores de un accidente cerebrovascular, ¡no espere!

Secuelas

Aunque el accidente cerebrovascular es una enfermedad cerebral, puede afectar a todo el cuerpo. Algunas de las incapacidades que pueden resultar son: parálisis, déficits cognoscitivos, problemas del habla, dificultades emocionales, problemas de la vida diaria y dolor.

- **Parálisis:** una incapacidad común que resulta de un accidente cerebrovascular es la parálisis en un lado del cuerpo, llamada hemiplejía. Una incapacidad relacionada que no es tan debilitante como la parálisis es la debilidad de un lado del cuerpo o hemiparesis. La parálisis o la debilidad puede afectar sólo a la cara, un brazo, o

una pierna, o puede afectar a todo un lado del cuerpo y a la cara. Una persona que sufre un accidente cerebrovascular en el hemisferio izquierdo del cerebro presentará parálisis del lado derecho. A la inversa, una persona que sufre un accidente cerebrovascular en el hemisferio derecho del cerebro presentará déficit en el lado izquierdo del cuerpo. El paciente también podrá presentar problemas con las actividades diarias más simples, tales como caminar, vestirse, comer y utilizar el cuarto de baño. Los déficits motores pueden resultar del daño de la corteza motora en los lóbulos frontales del cerebro o del daño de las partes inferiores del cerebro, tales como el cerebelo, que controla el equilibrio y la coordinación. Algunos pacientes también presentan problemas en comer y tragar, llamados disfagia.

- **Déficits cognoscitivos:** puede ocasionar problemas de razonamiento, conciencia, atención, aprendizaje, juicio y memoria. Si los problemas cognoscitivos son

severos, el paciente puede tener apraxia, agnosia o “descuido”. En el contexto de un accidente cerebrovascular, “descuido de conciencia” significa que un paciente no tiene conocimiento de un lado de su cuerpo o un lado del campo visual y no es consciente del déficit. El paciente puede no ser consciente de lo que le rodea y al mismo tiempo no darse cuenta de los déficits mentales resultantes.

- **Déficits de lenguaje:** los pacientes tienen a menudo problemas en comprender o formar frases. El déficit de comprensión del lenguaje se llama afasia. El problema para hablar o formar palabras se llama disartria. Los problemas del lenguaje surgen generalmente cuando están dañados los lóbulos temporales y parietales izquierdos del cerebro.

- **Déficits emocionales:** un accidente cerebrovascular puede conducir a problemas emocionales. Los pacientes pueden tener dificultad en controlar sus emociones o pueden expresar emociones inapropiadas en ciertas situaciones. Una incapacidad común que ocurre en muchos pacientes que han sufrido un accidente cerebrovascular es la depresión. La depresión puede ser más que una tristeza general resultante del incidente del ACV. Es un problema de comportamiento clínico que puede dificultar la recuperación y la rehabilitación, y puede incluso conducir al suicidio. La depresión posterior al accidente cerebrovascular se trata como cualquier depresión, con antidepresivos y mediante la terapia.

- **Dolor:** los pacientes pueden experimentar dolor, entumecimiento incómodo o sensaciones extrañas. Esas sensaciones pueden deberse a muchos factores, entre ellos, daño de las regiones sensoriales del cerebro, articulaciones

inflexibles o una extremidad incapacitada.

- Un tipo poco común de dolor es el dolor central de accidente cerebrovascular o síndrome de dolor central. El síndrome de dolor central resulta del daño a un área del cerebro llamada tálamo. El dolor es una mezcla de sensaciones, entre las que figuran las de calor y frío, ardor, hormigueo, falta de sensación, punzadas agudas y dolor intenso subyacente. A menudo es peor en las extremidades —las manos y los pies— y aumenta con el movimiento y los cambios de temperatura, en especial las temperaturas frías. Puesto que la mayoría de los medicamentos contra el dolor proporcionan poco alivio de estas sensaciones, existen muy pocos tratamientos o terapias para combatir el síndrome de dolor central.

Factores de riesgo

Algunas personas están sometidas a un riesgo mayor de sufrir un accidente cerebrovascular que otras. Entre los factores de riesgo imposibles de modificar figuran la edad, la raza, el sexo, y un historial de accidentes cerebrovasculares en la familia. En cambio, otros factores de riesgo de accidente cerebrovascular, tales como la HTA o el tabaco, pueden ser modificados o controlados por la persona sometida a dicho riesgo.

Los factores de riesgo más importantes en los accidentes cerebrovasculares son: hipertensión, enfermedad cardíaca, ictus previo, diabetes y tabaquismo. Otros factores incluyen el elevado consumo de alcohol, valores elevados de colesterol en la sangre, consumo de drogas ilícitas y condiciones congénitas, especialmente anomalías vasculares. Las personas con más de un factor de riesgo tienen lo que se conoce como una “amplificación del riesgo”. Esto

significa que los factores de riesgo múltiples aumentan sus efectos destructivos y crean un riesgo general mayor que el efecto acumulativo simple de los factores de riesgo individuales.

Las investigaciones realizadas en estas últimas décadas han demostrado que los anticonceptivos orales de dosis elevada, utilizados entre 1960 y 1970, aumentaban el riesgo de accidente cerebrovascular en las mujeres. Afortunadamente, los anticonceptivos orales con dosis elevadas de estrógeno se han dejado de utilizar y han sido sustituidos por anticonceptivos orales más seguros y eficaces con dosis más bajas de estrógeno.

Es un mito que el accidente cerebrovascular ocurra sólo en los adultos. En realidad ocurre en todos los grupos de edades, desde los fetos dentro del vientre materno hasta las personas de 100 años. Es cierto, no obstante, que las personas mayores tienen un riesgo más elevado que la población en general y que el riesgo aumenta con la edad. A partir de 55 años, por cada década aumentada, el riesgo se duplica, y dos terceras partes de todos los accidentes cerebrovasculares ocurren en personas mayores de 65 años.

El riesgo de morir debido a un accidente cerebrovascular de las personas mayores de 65 años es 7 veces superior al de la población en general. Y la incidencia va aumentando proporcionalmente con el incremento de la población de edad avanzada.

Algunos factores de riesgo relacionados se aplican sólo a las mujeres. Figuran principalmente entre éstos el embarazo, el parto y la menopausia. Estos factores de riesgo están vinculados con las fluctuaciones hormonales y los cambios que afectan a las mujeres en diferentes etapas de la vida.

Protocolo y activación del Código Ictus

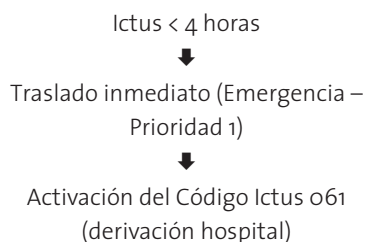
Condiciones para el traslado inmediato: ¿qué vigilar? y ¿qué hacer?

Siempre que sea posible, durante el traslado se deberá:

- Mantener el protocolo ABC (mantener la vía aérea permeable, mantenimiento de la respiración y mantenimiento de la circulación).
- Control de las constantes vitales (cada 15 min y a la llegada): temperatura corporal, tensión arterial, pulso y saturación de oxígeno en la sangre (SpO₂)
- Realizar glucemia capilar.
- Si está disponible un coagulómetro, comprobar INR < 1,5.
- Realizar analítica que incluya hemograma, bioquímica y coagulación.
- Colocación de una vía venosa periférica de 3 pasos (poner el brazo no parético).
- Suero salino de mantenimiento. **No administrar sueros glucosados** (salvo hipoglucemia).
- Obtener un ECG impreso de 12 derivaciones.
- Monitorización del ritmo cardíaco.
- No realizar sondajes (excepto presencia de globo vesical).
- No administrar ningún tipo de fármaco anticoagulantes como la heparina, ya sea endovenosa o subcutánea.
- No dar ningún medicamento antiplaquetario como el ácido acetilsalicílico (o Aspirina), ni hipotensores.

Existen terapias eficaces para tratar el ACV que deben administrarse en un hospital, tras un diagnóstico diferencial correcto, pero pierden su eficacia si no se administran en las primeras 3 h (< 4 h), después de que aparecen los síntomas, es la denominada “ven-

tana terapéutica”, recogida en el Código Ictus



¿Cuándo activar el Código Ictus?

La activación del Código Ictus en el medio extrahospitalario se realizará por medio de la llamada al Centro de Coordinador de Urgencias y Emergencias o61.

El Código Ictus Extrahospitalario es un sistema que permite la rápida identificación, notificación y traslado de los pacientes con ictus agudo a los hospitales de referencia preparados para realizar la trombolisis del ictus, si es isquémico u otro tratamiento específico.

- Ictus < 4 horas
- Paciente < 80 años, independiente en AVD (Actividades de Vida Diaria).
- Síntomas focales (Escala Cincinnati).

Debilidad facial: un lado de la cara no se mueve tan bien como el otro al sonreír o al enseñar los dientes.

Caída del brazo: un brazo no se mueve o cae en comparación del otro, al elevar ambos brazos.

Trastornos del lenguaje: el paciente no pronuncia las palabras de forma adecuada, utiliza palabras inapropiadas o no puede hablar.

- Confirmar hora de inicio de los síntomas.
- Identificar signos de ictus y criterios de trombolisis.
- Transporte con prioridad absoluta (Emergencia/Prioridad 1)
- Alerta al Equipo de Ictus (o61)
- Protocolo de traslado.

¿Cuándo no activar el Código Ictus?

- Ictus < 4 horas con criterios de exclusión.
- Ictus 6-24 horas.

Terapias para tratar y prevenir el ACV

Las terapias para tratar el accidente cerebrovascular incluyen medicamentos, cirugía y rehabilitación. Nos centraremos en la medicación y la rehabilitación.

Medicamentos

La terapia con medicamentos o fármacos es el tratamiento más común para el accidente ACV. Los





tipos más populares de medicamentos utilizados para prevenir o tratarlo son los agentes antitrombóticos, trombolíticos (fibrinólisis) y neuroprotectores.

Los agentes antitrombóticos (anticoagulantes y antiplaquetarios) evitan la formación de coágulos de sangre que pueden quedar alojados en una arteria cerebral y que ocasionan accidentes cerebrovasculares, actúan reduciendo la actividad de las plaquetas, que son las células sanguíneas que intervienen en la coagulación de la sangre. Estos medicamentos solo reducen el riesgo de accidente cerebrovascular isquémico.

El medicamento más ampliamente conocido y utilizado como antiplaquetario es el ácido acetilsalicílico (*Adiro*), impide que las células sanguíneas llamadas plaquetas se amontonen y formen coágulos.

Y los anticoagulantes disminuyen la formación de coágulos sanguíneos en las arterias y venas. Entre los anticoagulantes más comúnmente utilizados figuran la warfarina (*Aldocumar*), el acenocumarol (*sintrom*) y la heparina.

Los estudios clínicos demostraron que el ácido acetilsalicílico (también conocido como *Aspirina*) era eficaz para la prevención de un segundo accidente cerebrovascular, pero la mayoría de los pacientes con factores adicionales de riesgo, obtienen mejores resultados con la terapia a base de warfarina (tratamientos cortos) o sintrom (tratamientos largos).

Los agentes trombolíticos o fibrinolíticos (trombolisis o fibrinólisis) se utilizan para tratar un ACV isquémico agudo en el momento en que éste se está produciendo, ocasionado por un bloqueo arterial. Estos medicamentos detienen el ACV disolviendo el coágulo de sangre que está bloqueando el flujo de la sangre al cerebro. Puede ser eficaz si se administra vía intravenosa dentro de las primeras 3 h de la aparición de los síntomas del ACV, pero debería utilizarse sólo después de que un médico ha confirmado que el paciente ha sufrido un ACV isquémico. Los agentes trombolíticos pueden aumentar la hemorragia y por tanto han de utilizarse sólo después de una evaluación cuidadosa del paciente. Los neuroprotectores son medicamentos que protegen el cerebro contra lesión secundaria ocasionada por un accidente cerebrovascular.

Rehabilitación

La rehabilitación busca minimizar los déficits o discapacidades experimentadas por el paciente que ha sufrido un ictus y facilitar su reintegración social.

El objetivo fundamental es ayudar al paciente a adaptarse a sus déficits y no a librarse de ellos ya que, en la mayoría de los casos, la lesión neurológica se recupera en todo o en parte espontáneamente en un período de tiempo variable, o no se recupera nunca; todo depende de la gravedad del ictus.

La recuperación funcional es mayor en el 1.º mes, se mantiene hasta el 3.º mes, es menor entre el 3.º y 6.º mes y experimenta cambios progresivamente menores entre el 6.º y el 12.º mes. Por regla general, se establece que, a partir del 6.º mes, se produce la estabilización del cuadro. El lenguaje y el equilibrio pueden seguir mejorando hasta transcurridos 2 años.

Los programas de rehabilitación consisten fundamentalmente en la aplicación de determinadas técnicas de terapia física, terapia ocupacional y de logopedia, según el tipo y grado de discapacidad, que se pueden utilizar aisladamente o en combinación.

El accidente cerebrovascular es la primera causa de incapacitación grave en los adultos. La incapacitación producida es devastadora para el paciente y para su familia.

● **Terapia física o fisioterapia:** es la piedra angular del proceso de rehabilitación. Un fisioterapeuta utiliza el adiestramiento, los ejercicios y la manipulación física del cuerpo del paciente con la intención de restaurar el movimiento, el equilibrio y la coordinación. El objetivo de la terapia física es lograr que el paciente que sufre un ACV vuelva a aprender actividades motoras simples, tales como caminar, sentarse, ponerse de pie, acostarse, y el proceso de cambiar de un tipo de movimiento a otro.

● **Terapia ocupacional:** la terapia ocupacional también incluye ejercicios y adiestramiento para ayudar a los pacientes a volver a aprender actividades cotidianas, tales como comer, beber y tragar, vestirse, bañarse, cocinar, leer y escribir, y el cuidado personal. El objetivo de la terapia ocupacional es ayudar al paciente a volver a ser independiente o a alcanzar el nivel más elevado posible de independencia.

● **Terapia del habla:** ayuda a los pacientes que sufren un ACV a volver a aprender el lenguaje y la dicción o aprender otras formas de comunicación. La terapia del habla es apropiada para los pacientes que no tienen déficit cognitivo o de pensamiento, pero que tienen problemas en comprender las palabras habladas y/o escritas, o problemas en cómo formar frases. Se fomenta en los pacientes a ayudarse a sí mismos trabajando por mejorar las destrezas del lenguaje, encontrar otras formas posibles de comunicación y adquirir otras aptitudes para hacerle frente a la frustración de no ser capaz de comunicarse plenamente. Con tiempo y paciencia, una persona que sobrevive a un accidente cerebrovascular debería poder recuperar algunas de las capacidades del lenguaje y del habla y, a veces, todas ellas.

● **Ayuda psicológica o psiquiátrica:** durante el proceso de rehabilitación, los problemas psicológicos, tales como la depresión, la ansiedad, la frustración y el coraje, son comunes. La terapia del habla, junto con medicación apropiada, puede ayudar a aliviar algunos de los problemas mentales y emocionales. También es beneficioso que los miembros de la familia del paciente reciban ayuda psicológica.

Investigaciones recientes

Un nuevo anticoagulante podría ser una alternativa viable a la warfarina, que ha sido el estándar durante décadas. En una investigación presentada en noviembre de 2010, los investigadores informaron que el rivaroxaban resultó ser tan efectivo como la warfarina y posiblemente superior. También redujo el riesgo de eventos de sangrado graves, uno de los efectos secundarios más preocupantes de la warfarina.

En el ensayo más reciente, que los científicos aseguraron que era el más grande de su tipo, participaron investigadores de 45 países, 1.215 centros médicos y 14.269 pacientes que ya habían sufrido un ACV o que tenían factores de riesgo de tenerlo. Los participantes, que tenían una media de edad de 73 años, fueron asignados al azar para recibir rivaroxaban o warfarina. Cuando se analizaron únicamente los pacientes que llegaron al final del ensayo, los que habían sido tratados con rivaroxaban mostraron un 21% menos de riesgo de ACV y de un émbolo.

Existe, por tanto, una nueva generación de anticoagulantes orales como dabigatrán, rivaroxaban y apaxiban que, aunque están disponibles desde noviembre de 2011 en España, la mayoría de los médicos no se los recetan a los pacientes debido al elevado precio del medicamento, ya que el nuevo anticoagulante tiene un precio de 63 € mensuales frente a los 3 € del utilizado hasta ahora.

Por otro lado, otra investigación aún más reciente ha revelado que el antidepresivo Prozac (fluoxetina) mejora la movilidad después de un ictus.

Un estudio publicado en la revista *The Lancet Neurology* muestra cómo el fármaco puede convertirse en una gran ayuda para recuperar a personas que han sufrido recientemente un ictus o un infarto cerebral. Probado en 118 pacientes en Francia con problemas de movilidad entre moderados y severos, el medicamento mejoró la parálisis ocasionada por el ictus, al tiempo que reducía los síntomas depresivos, habituales en estos enfermos.

No es la primera vez que se piensa en el antidepresivo como posible tratamiento contra el ictus (infarto o hemorragia cerebral). Otros estudios anteriores,

más pequeños, ya habían apuntado en este sentido, pero esta investigación es la mayor realizada hasta la fecha.

Aunque aún serán necesarios otros trabajos para llevarlo a las consultas, el fármaco podría cambiar la práctica clínica del ictus, la mayor causa de discapacidad en adultos, al comportarse como un medicamento dual, pensado para tratar los dos efectos secundarios más comunes tras un accidente cerebrovascular: la depresión y los problemas de movilidad. Además de tratar la depresión, la fluoxetina también se usa ocasionalmente en el alcoholismo, el trastorno por déficit de atención, ciertos trastornos del sueño, migrañas, estrés post-traumático, algunas fobias... A esta larga lista se pueden sumar miles de pacientes que intentan recuperarse de un ictus. ●

Bibliografía

- (NINDS). National Institute of Neurological Disorders and Stroke (2000). *Accidente cerebrovascular: Esperanza en la investigación*. Disponible en: http://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/accidente_cerebrovascular.htm.
- (NINDS). National Institute of Neurological Disorders and Stroke (2003). *Conozca qué son los ataques o derrames cerebrales. Conozca las señales*. Disponible en http://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/ataque_cerebral.htm
- Díez Tejedor E, Fuentes B, Gil Núñez AC, Gil Peralta A, Matías Guiu J, por el comité ad hoc del Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la SEN. *Guía para el tratamiento preventivo de la isquemia cerebral*. En: Díez Tejedor, editor. *Guía para el diagnóstico y tratamiento del ictus*. Guías oficiales de la Sociedad Española de Neurología. Barcelona: Prous Science; 2006:133-183.
- Enfermedad vascular cerebral. Áreas Asistenciales*. Clínica Universidad de Navarra. Noviembre, 2010.
- Cada seis minutos se produce un accidente cerebrovascular en España. *III Jornadas Nacionales de Ictus en Atención Primaria*. Publicación Médica de Neurología, con el respaldo de la Sociedad Española de Neurología (SEN). *Accidente cerebrovascular*. Tuotromédico.com. Julio, 2010.
- Plan de atención al ataque cerebral en Andalucía". Plan PLACA. Consejería de Salud, 2007. Junta de Andalucía. www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal_7
- ACV, ayuda para familiares. www.acvayudarnos.blogdiario.com/
- Guía para cuidados de pacientes con Ictus. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Servicio de Neurología. Murcia, 1999.

La **Cronicidad** es **el reto** del Siglo XXI

Según la última Encuesta Europea de Salud, más del 45,6% de la población española mayor de 16 años sufre, al menos, un proceso crónico. Un porcentaje elevado que ha llevado al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en colaboración con las Comunidades Autónomas, a poner en marcha la “Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud”.

Con este proyecto, que nace en octubre de 2012 y se estructura en 20 objetivos y 101 recomendaciones, el Ministerio quiere reorientar el modelo sanitario para mejorar la atención que reciben los enfermos y disminuir la aparición de las patologías (un 80% de las consultas de Atención Primaria están relacionadas con enfermedades crónicas). Además, el documento se convierte en un elemento de cohesión que permitirá que los ciudadanos reciban la misma atención en todo el territorio nacional.

La estrategia va dirigida a pacientes de todas las edades, poniendo especial interés en la infancia y adolescencia como períodos críticos para el desarrollo y la adopción de estilos de vida saludables. No obstante, también subraya la

importancia de fomentar actuaciones encaminadas a lograr un envejecimiento activo y saludable.

Para ello, además de incrementar la responsabilidad de los gestores y profesionales, es fundamental concienciar a los ciudadanos sobre la importancia de cuidar su

e igualdad de trato, e invertir en investigación e innovación.

Para cumplir estos objetivos, el Ministerio ha puesto en marcha una serie de acciones que van desde un Proyecto de Estratificación de la Población —establecer subgrupos con diferentes necesi-

La estrategia va dirigida a pacientes de todas las edades, poniendo especial interés en la infancia y adolescencia como períodos críticos para el desarrollo y la adopción de estilos de vida saludables.

salud. En este sentido, los objetivos de la estrategia están orientados a promocionar la salud, prevenir las condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico, dar continuidad asistencial, reorientar la atención sanitaria, conseguir la equidad en salud

dades de atención— hasta un Sistema de Indicadores para realizar el seguimiento, en el futuro, de la atención a los pacientes con enfermedades crónicas, pasando por la creación de una Red de Escuelas de Salud para Ciudadanos a través de la cual se desarrollarán los ins-



trumentos que mejoren la capacitación en salud y autogestión de la enfermedad de los pacientes, o por el desarrollo de un Proyecto de Mejora del Abordaje del Dolor Crónico orientado a mejorar la calidad de vida.

Este incuestionable avance de las enfermedades crónicas y la adopción de medidas que frenen su prevalencia, como la estrategia puesta en marcha por el Ministerio de Sanidad, han llevado a la Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería (FAE), a estructurar el XXIV Congreso Nacional para Técnicos en Cuidados de Enfermería (TCE) en torno a la "Atención y Cuidados del TCE al Paciente Crónico".

En esta ocasión, la cita tendrá lugar en San Sebastián los próximos 17, 18 y 19 de abril. La elección del escenario por parte de FAE no ha sido aleatoria, pues el Gobierno del País Vasco trabaja desde el pasado 2010 en la "Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi".

Con este documento, encaminado a organizar un sistema de salud digno para los enfermos crónicos, Osakidetza quiere cambiar las políticas sociales y el concepto que actualmente existe del envejecimiento.



Para obtener buenos resultados, el gobierno vasco está implementando una serie de acciones encaminadas a conseguir una mayor inversión en tecnologías de la información, a educar a los pacientes a gestionar su enfermedad, a promover una medicina mejor, basada en la evidencia, y a

La elección del escenario por parte de FAE no ha sido aleatoria, pues el Gobierno del País Vasco trabaja desde el pasado 2010 en la "Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi".

integrar los cuidados de atención primaria, hospitalaria y servicios sociales.

Todo ello contribuirá a un cambio en el sistema sanitario que se centre tanto en curar como en cuidar, ofreciendo así continuidad en los cuidados a lo largo de la vida del paciente crónico.



En el marco del XXIV Congreso Nacional de Técnicos en Cuidados de Enfermería, los congresistas tendrán la oportunidad de ampliar y actualizar sus conocimientos en torno a las patologías crónicas y la atención de los pacientes que tienen que convivir con una, o varias, de estas enfermedades. ●

* OFERTA PÚBLICA DE EMPLEO

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

MADRID (1.300 plazas)

ARAGÓN

EXTREMADURA

CANARIAS



*MADRID (1.300 plazas)

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

*ARAGÓN

SALUD ARAGÓN	85 € afiliados	100 € 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 de envío, teléfono y obra solicitada. Asimismo, se debe adjuntar el justificante de pago, que previamente se realizará en el número de cuenta del BBVA 0182-0945-35-0201020056

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



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 _____ N° _____ Piso _____ Letra _____ Esc.: _____ C.P. _____

Localidad _____ Provincia _____

Tlf.: _____ Móvil _____ E-mail _____

Afiliado SAE: Sí No N° Afiliación _____

Marque con "X" la actividad deseada

AFILIADO 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 _____ N° _____ Piso _____ Letra _____ Esc.: _____ C.P. _____

Localidad _____ Provincia _____

Tlf.: _____ Móvil _____ E-mail _____

Afiliado SAE: Sí No N° Afiliación _____

Marque con "X" la actividad deseada

AFILIADO 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 para técnicos (50 h.- 3,5 créditos) 51€ 75€

Los antihistamínicos y sus usos. Dispensación de medicamentos de especial control e intoxicaciones para técnicos (50 h.- solicitada acreditación) 51€ 75€

Medicamentos genéricos, biológicos y biotecnológicos para técnicos (40 h.- solicitada acreditación) 45 € 70€

Bloque FARMACIA Y LABORATORIO PARA TÉCNICOS EN FARMACIA (190 h.- 12 créditos) 180€ 259€

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

MATRÍCULA: Abierta y permanente (durante el curso académico) LÍMITE ALUMNOS: 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 _____ N° _____ Piso _____ Letra _____ Esc.: _____ C.P. _____

Localidad _____ Provincia _____

Tlf.: _____ Móvil _____ E-mail _____

Afiliado SAE: Sí No N° Afiliación _____

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

AFILIADO NO AFILIADO

Bloque de ATENCIÓN DE ENFERMERÍA ANTE EL MALTRATO (150 h.- 11,10 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 _____
 N° _____ Piso _____ Letra _____ Esc.: _____ C.P. _____ Localidad _____
 Provincia _____ Tlf.: _____ Móvil _____
 Email _____
 Afiliado SAE: Sí No N° Afiliación _____

Marque con "X" la actividad o actividades deseadas	AFILIADO A SAE	NO AFILIADO
<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"/> Anatomía y movilización de pacientes para AE/TCE (20 h.- 2,2 créditos) FORMATO CD	25 €	34 €
<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.- 3 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 AE/TCE ante la globalización de las enfermedades (50 h.- 3,5 créditos)	51 €	75 €
<input type="checkbox"/> Cuidados del AE/TCE en ginecología y obstetricia. Módulo: cuidados para la salud de la mujer (70 h.- solicitada acreditación)	65 €	88 €
<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"/> Cuidados del TCE/AE al paciente infeccioso (20 h.- 2,2 créditos) FORMATO CD	25 €	34 €
<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"/> Cuidados y técnicas en servicios especiales: unidad de obstetricia y ginecología. Módulo Control Fetal (20 h.- 3,2 créditos) FORMATO CD	25 €	34 €
<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 cuidados y complicaciones de los accesos vasculares en pacientes dializados (20h.- 2,4 créditos) FORMATO CD	25 €	34 €
<input type="checkbox"/> El AE/TCE ginecología, obstetricia y neonatos. El parto y los cuidados del neonato (40 h.- solicitada acreditación)	45 €	70 €
<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"/> 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"/> El paciente oncológico. Técnicas y cuidados del AE/TCE (50 h.- solicitada acreditación)	51 €	75 €
<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"/> Los antihistamínicos y sus usos. Dispensación de medicamentos de especial control e intoxicaciones para técnicos (50 h.- solicitada acreditación)	51 €	75 €
<input type="checkbox"/> Medicamentos genéricos, biológicos y biotecnológicos para técnicos (40 h.- solicitada acreditación)	45 €	70 €
<input type="checkbox"/> Oncología pediátrica para AE/TCE (70h.- 6,6 créditos)	65 €	88 €
<input type="checkbox"/> Operaciones básicas de laboratorio farmacéutico y formulación magistral para técnicos (50 h.- 3,5 créditos)	51 €	75 €
<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 €

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

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

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

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

➤ **Exposición**

Seducidos por el arte. Pasado y presente de la fotografía

- **Lugar:** CaixaForum de Barcelona
- **Fecha:** del 22 de febrero al 19 de mayo de 2013
- **Más información:** <http://obrasocial.lacaixa.es>

Durante los próximos meses, el público tendrá la oportunidad de visitar la exposición "Seducidos por el arte. Pasado y presente de la fotografía", que acoge CaixaForum de Barcelona.

Organizada en colaboración con la National Gallery de Londres, la muestra presenta la relación entre los grandes maestros de la historia del arte, la fotografía de mediados del siglo XIX y el trabajo de fotógrafos contemporáneos.

En este sentido, a través de géneros como el retrato, el bodegón o el paisaje, la exposición aúna la historia del arte como motor de innovación de la fotografía del s. XIX y los orígenes de la fotografía como catalizadores del trabajo de fotógrafos contemporáneos.



El visitante tendrá la oportunidad de conocer fotografías y videos creados especialmente para la exposición y que no han sido antes mostrados al público. Innovaciones que convivirán durante unos meses con obras de

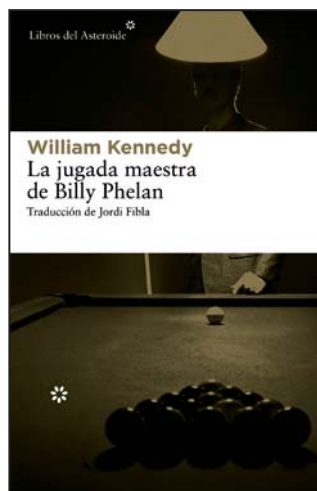
Gainsborough, Ingres, Vernet, Richard Learoyd, Julia Margaret Cameron o Roger Fenton, entre otros.

➤ **Lectura**

La jugada maestra de Billy Phelan

- **Autor:** William Kennedy
- **Editorial:** Libros del Asteroide
- **Precio:** 21,95

La jugada maestra de Billy Phelan, escrita en 1978 por William Kennedy, es una de las obras maestras del ciclo que el autor dedica a su ciudad natal, Albany.



Con la energía verbal que le caracteriza, Kennedy narra las complicaciones a las que tendrá que hacer frente Billy Phelan, un habitual de la noche de Albany, aficionado al póquer y al billar, cuando lo relacionan con el secuestro del hijo de Bindy McCall, el mafioso de la ciudad.

Al verse enredado en el secuestro del hijo de McCall, Phelan, junto con Martin Daugherty, periodista y amigo, revolverán las entrañas de Albany, sacando a la luz las turbias relaciones que existen en el poder.

Esta es la tercera novela de Kennedy que publica Libros

del Asteroide, tras *Roscoe, negocios de amor y guerra* en 2008, y *Tallo de Hierro* en 2011, recuperando a uno de los autores estadounidenses más importantes del s. XX.

➤ **Teatro**

El malentendido

- **Reparto:** Cayetana Guillén Cuervo, Julieta Serrano y Ernesto Arias.
- **Género:** Tragedia
- **Representaciones:** del 2 al 5 de mayo de 2013
- **Lugar:** Teatro Lope de Vega de Sevilla
- **Precios:** de 4 a 21 euros

La emigración, la soledad, el sufrimiento y la condena son los temas que el Premio Nobel Albert Camus recoge en esta tragedia moderna, que, el que fue director de la Compañía Nacional de Teatro Clásico, Eduardo Vasco, trae ahora a las tablas del Teatro Lope de Vega de Sevilla.

Este ambicioso montaje retrata la vida de Jan, un joven emigrante que regresa a casa, tras dos décadas fuera, haciéndose pasar por un cliente de la pensión que regentan su madre y su hermana con la intención de dejarles toda su fortuna.



➤ **Publicaciones**

Varios

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

La Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería trabaja para ofrecer a los Técnicos en Cuidados de Enfermería una amplia oferta formativa, que les permita actualizar y/o complementar sus conocimientos y poder así crecer profesionalmente.

En este sentido, la línea editorial de FAE se ha visto incrementada recientemente con cinco nuevos títulos: "Cuidados y atención del AE/TCE al paciente oncológico", "Cuidados del AE/TCE en ginecología y obstetricia. Módulo Cuidados para la salud de la mujer", "El AE/TCE en ginecología, obstetricia y neonatos. El parto y los cuidados del neonato", "Los antihistamínicos y sus usos. Dispensación de medicamentos de especial control e intoxicaciones" y "Medicamentos genéricos, tecnológicos y biotecnológicos".

Asimismo, FAE también ofrece publicaciones para Técnicos en Farmacia y Técnicos en Emergencias. La última publicación en este sentido ha sido "Anatomía y movilización del paciente con traumatismos para técnicos en emergencias sanitarias".

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



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 €)



Manual
TÉCNICO EN FARMACIA
Y PARAFARMACIA

¡¡NUEVO!! 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 €)



XVII Certamen Nacional de Investigación

Dirigido a
Técnicos en Cuidados de Enfermería / Auxiliares de Enfermería



- 1 El Certamen FAE consta de un primer premio dotado con una inscripción al Congreso Nacional de FAE, un accésit de 150 € y una mención especial que recibirá una matrícula gratuita a un curso de formación a distancia* de no más de 65 horas (los premios están sujetos a las retenciones legalmente establecidas). Está dirigido a Técnicos en Cuidados de Enfermería / Auxiliares de Enfermería, tanto a los que desarrollan activamente su labor profesional en cualquiera de los ámbitos de la sanidad, como a los que encontrándose en posesión de la titulación, no la ejercen en la actualidad.
- 2 Participarán en el concurso todos aquellos trabajos remitidos al correo electrónico divulgacion@fundacionfae.org, de los que se requieren sean originales, novedosos, inéditos y que estén relacionados con la temática propia de la sanidad o la salud. Deberán ir acompañados en una hoja aparte de los datos personales de todos los autores; nombre, apellidos y DNI, así como también la dirección y el teléfono de al menos uno de ellos. Quedarán fuera de concurso los temas premiados en los años anteriores ver en (www.fundacionfae.org y www.sindicatosae.com).
- 3 Se valorarán los aspectos científicos y técnicos de los trabajos, así como su interés social y profesional, y la labor investigadora desarrollada en los mismos.
- 4 Los trabajos deberán presentarse en tamaño DIN A-4, mecanografiados a una cara a doble espacio, en castellano y con margen lateral, superior e inferior, con páginas numeradas. Irán precedidos de un resumen de no más de quince líneas en el que se exponga el planteamiento general del trabajo. La bibliografía debe incluir invariablemente el nombre del autor, título del libro, editorial, fecha y lugar de publicación. Se podrán presentar los trabajos acompañados de soporte documental, fotografías, diapositivas y vídeos que realcen la presentación de los mismos.
- 5 El premio tendrá periodicidad anual y ámbito nacional. La fecha límite de presentación de trabajos será el 31 de marzo de 2013.
- 6 El tribunal estará compuesto por cinco miembros: dos destacados profesionales del mundo sanitario, dos miembros de FAE y un representante nombrado por el patrocinador.
- 7 El premio se entregará el 12 de mayo, Día Internacional de la Enfermería, siendo inapelable la decisión del tribunal, que puede declarar desierto el premio. Su adjudicación se comunicará directamente a los interesados, haciéndose público a través de los medios de comunicación que FAE considere oportunos.
- 8 Los trabajos remitidos no serán devueltos y pasarán a ser propiedad de FAE, que se reserva el derecho de su inserción en las publicaciones que estime convenientes, respetando la autoría de los mismos.
- 9 No podrán optar al premio FAE los miembros del Patronato y del Comité Científico de Nosocomio.
- 10 La participación en el premio supone la aceptación de las bases.