



Número 75 2014

Revista cuatrimestral

Dossier

Prevenir la desnutrición

Separata

Programa de salud: higiene bucal en preescolares

Reportaje

Sanidad y beneficencia en España

Certamen FAE

Accésit del XVII Certamen de Investigación de FAE

La enfermedad de Alzheimer no se puede curar, pero sí saber cuidarla

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:

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

* OFERTA PÚBLICA DE EMPLEO

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

*ANDALUCÍA. SERVICIO ANDALUZ DE SALUD ¡¡NUEVO!!

Temario Volumen I	34 € afiliados	40 € no afiliados
Temario Volumen II	34 € afiliados	40 € no afiliados
Test	14 € afiliados	16 € no afiliados
Temario y test común	36 € afiliados	42 € no afiliados
OBRA COMPLETA	112 € afiliados	131 € no afiliados

*ARAGÓN ¡¡NUEVO!!

SALUD ARAGÓN (90 plazas)		
Temario específico. Volumen I	35 € afiliados	41 € no afiliados
Temario específico. Volumen II	35 € afiliados	41 € no afiliados
Test específico	26 € afiliados	30 € no afiliados
OBRA COMPLETA	88 € afiliados	105 € no afiliados

*CANARIAS

HOSPITAL UNIVERSITARIO (182 plazas)		
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

SERVICIO CANARIO DE SALUD (OPE 2007. 913 plazas) ¡¡NUEVO!!

Temario específico. Volumen I	26 € afiliados	30 € no afiliados
Temario específico. Volumen II	26 € afiliados	30 € no afiliados
Test específico	19 € afiliados	22 € no afiliados
OBRA COMPLETA	67 € afiliados	78 € no afiliados

*EXTREMADURA

PERSONAL ESTATUTARIO (SES) (234 plazas)		
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

PERSONAL LABORAL (JUNTA) (60 plazas) ¡¡NUEVO!!

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

*MURCIA ¡¡NUEVO!!

INSTITUTO MURCIANO DE ACCIÓN SOCIAL (IMAS)		
Temario Volumen I	34 € afiliados	40 € no afiliados
Temario Volumen II	34 € afiliados	40 € no afiliados
Test	19 € afiliados	22 € no afiliados
Temario común	30 € afiliados	35 € no afiliados
Test parte común	12 € afiliados	14 € no afiliados
OBRA COMPLETA	123 € afiliados	143 € no afiliados

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

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

BBVA ES29 0182-0945-35-0201020056

*GASTOS DE ENVÍO GRATIS, excepto Canarias, Ceuta y Melilla, que correrán por cuenta del afiliado /no afiliado

MANUAL TÉCNICO EN FARMACIA Y PARAFARMACIA

AFILIADOS

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

NO AFILIADOS

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



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

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

Editorial

Seguir los consejos que siempre nos han dado los médicos en sus consultas es ahora más fácil gracias a las aplicaciones informáticas. Todos podemos medir nuestra tensión arterial, controlar cuántos pasos damos, medir la frecuencia cardiaca e, incluso, contar las calorías que ingerimos a través del teléfono móvil.

Es como si lleváramos al médico en un bolsillo y esta posibilidad está modificando no solo los hábitos de salud sino la propia relación que se establece con el médico.

La parte positiva de este fenómeno es que el consumidor es mucho más consciente de la necesidad de seguir hábitos saludables y cuenta con la tecnología como aliada para hacer un seguimiento más adecuado de estos.

Pero, por otro lado, no todas las aplicaciones que se popularizan en las redes sociales cuentan con certificados médicos fiables o tienen detrás una institución o un experto que avale la conveniencia de los consejos aportados. Dando por buenas todas las recomendaciones o aplicaciones que encontramos en la red sin hacernos más planteamientos corremos los mismos peligros, si no más, que con la automedicación.

Además, utilizar aplicaciones informáticas relacionadas con la salud es un fenómeno en aumento. De hecho, el informe publicado recientemente por la compañía de estadísticas Flurry aportaba un dato esclarecedor: mientras que desde diciembre de 2013 a junio de 2014 el uso de las aplicaciones se ha incrementado, en general, en un 33%. Si nos fijamos únicamente en las apps relacionadas con la salud, este número crece hasta el 62%. Según otro estudio publicado en Forbes, se espera que para el año 2017 el 30% de la población estadounidense lleve algún tipo de dispositivo que monitorice su actividad.

En cualquier caso, los usuarios no debemos olvidar que cualquier aspecto relacionado con nuestra salud debe contar siempre con el aval médico y de las 70.000 aplicaciones disponibles, se debe siempre optar por aquellas que cuenten con las garantías de los expertos. ●

Noticias del Mundo Médico

El omeoprazol puede afectar a la vitamina B12  4

 Relacionan el consumo de los edulcorantes artificiales con la intolerancia a la glucosa 4

Reportaje

 Sanidad y beneficencia en España 6

La ilusión de control de los jugadores 9

Separata  Programa de salud: higiene bucal en prescolares 10

Salud virtual  14

Actividad Acreditada

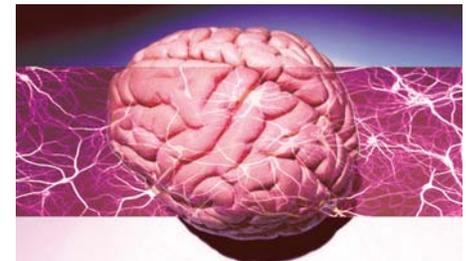
Cuidados del equipo de enfermería durante el puerperio 16



Dossier  Prevenir la desnutrición 21

Certamen FAE

Accésit del XVII Certamen de Investigación de FAE La enfermedad de Alzheimer no se puede curar, pero sí saber cuidarla 27



Ocio 38



CONSEJO EDITORIAL DE NOSOCOMIO
DIRECTORA. Dolores Martínez Márquez
REDACCIÓN. Montse García, Cristina Botello
COMITÉ CIENTÍFICO. Iván Flores García, Juan Carlos Álvarez González, 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.U. 2009.
Av. Josep Tarradellas, 20-30, 1er piso. 08029 Barcelona.
Tel. 932 000 711. Telefax: 932 091 136.



© Copyright 2014 Elsevier España, S.L.U.

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.



El omeprazol puede afectar a la vitamina B12

Los tratamientos con inhibidores de la bomba de protones, que es el nombre técnico del conocido omeprazol y otros protectores gástricos o antiulcerosos, pueden provocar déficit en la vitamina B12.

La vitamina B₁₂ está presente en los productos de origen animal y para una debida absorción es necesario un funcionamiento normal del estómago, del páncreas y del intestino delgado. La vitamina presente en los alimentos se libera gracias a la acción del ácido gástrico que permite que la vitamina se una a ciertas proteínas. Cuando se to-

man estos fármacos, el ácido del estómago se reduce, impidiendo la unión de vitaminas y proteínas lo que provoca que la vitamina no sea absorbida debidamente.

Si este déficit de vitamina se prolonga en el tiempo puede llegar a provocar problemas de demencia, daños neurológicos, anemia y otras complicaciones.

Un estudio, elaborado entre 1997 y 2011 en Estados Unidos y publicado recientemente por la revista

Journal of the American Medical Association, refleja que las personas que tomaron diariamente uno de los fármacos del grupo del omeprazol durante 2 años o más tenían un 65% más de probabilidades de tener niveles bajos de vitamina B₁₂ que aquellas personas que no habían ingerido estos fármacos durante un tiempo tan prolongado.

Desde la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (Semergen), reconocen que el principal problema es el abuso del medicamento. De hecho, el omeprazol es el segundo principio activo más prescrito en España, después del paracetamol y por encima del ibuprofeno.

Reconocen, igualmente, que el fármaco es excesivamente seguro pero debe ser utilizado cuando sea preciso en la dosis justa y durante el tiempo adecuado. ●

Relacionan el consumo de los edulcorantes artificiales con la intolerancia a la glucosa

Muchas personas utilizan edulcorantes artificiales para reducir peso e incluso prevenir la diabetes. Sin embargo, recientes estudios realizados por el doctor Eran Elinav, del Departamento de Inmunología, y el profesor Eran Segal, del Departamento de Matemática Aplicada e Informática del Ins-

tituto Weizmann en Israel, han concluido que estos edulcorantes pueden en realidad acelerar el desarrollo de la intolerancia a la glucosa (una forma de prediabetes) y de la enfermedad metabólica, al cambiar la composición y función de la población de bacterias intestinales.

En su investigación, los científicos dieron a los ratones agua mezclada con los tres edulcorantes artificiales más utilizados (sacarina, aspartano y sucralosa) y desarrollaron intolerancia a la glucosa, en comparación con otro grupo de ratones que bebieron agua o, incluso, agua de azúcar. Repetir el experimento con diferentes tipos de ratones y distintas dosis de los edulcorantes produjo los mismos resultados: estas sustancias inducen de alguna manera intolerancia a la glucosa.

Tras varias pruebas, llevaron a cabo un experimento controlado

con un grupo de voluntarios que, por lo general, no comen o beben alimentos endulzados artificialmente. No todas, pero sí muchas de estas personas empezaron a desarrollar intolerancia a la glucosa después de solo una semana de consumo de edulcorantes artificiales. La composición de su flora intestinal explicó la diferencia: los investigadores hallaron dos poblaciones diferentes de bacterias del intestino humano, una que induce intolerancia a la glucosa cuando se expone a los edulcorantes y otra sin ningún efecto en ambos sentidos.

El profesor Segal afirmaba que “los resultados resaltan la importancia de la medicina personalizada y la nutrición para nuestra salud. El análisis integrado de nuestro genoma, microbioma y hábitos alimenticios podría transformar nuestra capacidad de entender cómo los alimentos y suplementos nutricionales afectan a la salud y al riesgo de enfermedad de una persona”. Aunque se muestran prudentes al respecto consideran necesarias más investigaciones sobre el tema. ●



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 (solo territorio nacional español)

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

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

DATOS BANCARIOS

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

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

Sanidad y beneficencia en España

Las casas de socorro, las de maternidad o la asistencia domiciliaria son la base de nuestro modelo sanitario actual. La evolución que, desde el pasado siglo XIX, han experimentado las medidas de salubridad, la beneficencia y la estadística asociada a la epidemiología para mejorar la salud de los ciudadanos, ha ido conformando a lo largo de los años uno de los pilares que hoy sustentan nuestro Estado de Bienestar.

Palabras clave:

- Sanidad
- Beneficencia
- Salud ciudadana

La esperanza de vida en España a comienzos del siglo XX era de 35 años, con una tasa de mortalidad general alta –entre 30 y más de 50 muertes por mil individuos al año, un porcentaje que se mantendrá hasta finales de siglo-, consecuencia de un país pobre, con una mínima capacidad de consumo debido a los bajos salarios, con una estructura estatal débil y con un subempleo generalizado.

No obstante, en esta época la sanidad ya había sufrido un gran cambio gracias a los progresos que la medicina científica experimentó a lo largo del siglo XIX, período en el que convivieron dos movimientos –el salubrista y el estadístico– que facilitaron el acercamiento al estudio de la enfermedad como fenómeno colectivo gracias a las relacio-

nes causales establecidas a través de la observación y la cuantificación, lo que supuso un gran avance en el campo de la epidemiología.

En este sentido, la Instrucción del 23 de junio de 1813 de las Cortes Generales y Extraordinarias concedía a los ayuntamientos la máxima autoridad en materia de vigilancia de la salud de la población, incluida la estadística sanitaria: “estando a cargo de los ayuntamientos de los pueblos, la policía de salubridad y comodidad deberá cuidar de la limpieza de las calles, mercados, plazas públicas y de los hospitales, cárceles y casas de caridad o de beneficencia; velar sobre la calidad de los alimentos de toda clase; cuidar de que en cada pueblo haya un cementerio

convenientemente situado (en 1773 se establece en España la orden de construir los cementerios fuera del poblado para quitar la costumbre insalubre de enterrar en las iglesias y en 1804 Carlos IV dictó varias medidas para activar la construcción extramuros de los camposantos); cuidar asimismo de la desecación o de dar curso a las aguas estancadas o insalubres; y, por último, de remover todo lo que en el pueblo o en su término pueda alterar la salud pública o la de los ganados”.

Asimismo, la Instrucción recoge la obligación de los ayuntamientos de enviar, cada 3 meses, al Jefe Político de la provincia un informe –elaborado por el párroco– con los nacidos, casados y muertos en el pueblo, especificando sexo y edad; así como una memoria –realizada por el facultativo– con el tipo de enfermedades de las personas fallecidas.

Igualmente, los ayuntamientos debían informar al Jefe Político siempre que en el pueblo apareciera una epidemia, con el fin de que se pusieran en marcha todas las medidas correspondientes para erradicarla y “auxiliar al pueblo con los medicamentos y demás socorros que pueda necesitar”.

Profesionales sanitarios

Durante la segunda mitad del siglo XIX, la legislación presta especial atención a los profesionales sanitarios y a la salubridad urbana.

La aprobación en 1855 de la Ley del Servicio General de Sanidad



Primera Casa de Socorro en Madrid.

permite, por primera vez, la contratación de personal sanitario a los ayuntamientos. De esta manera, con el concurso y consentimiento de los vecinos, los consistorios crearon plazas de médicos, cirujanos y farmacéuticos titulares, responsables de la asistencia a la población con pocos recursos económicos. Además, los facultativos también tenían la obligación de auxiliar con sus consejos científicos a los municipios en todo lo relacionado con la política sanitaria.

Las medidas decimonónicas adoptadas en materia de sanidad, finalizaron con la Ley de Reforma Interior, de 18 de marzo de 1895, por la que ciudades con una población de 30.000 habitantes o más vieron cómo poco a poco se reformaban sus calles y se saneaban sus costumbres.

Inspecciones de sanidad

Todas estas medidas conducen a una reorganización de los servicios sanitarios en nuestro país, iniciada formalmente en 1904 con la Instrucción General de la Sanidad Pública, que desarrolla las Inspecciones de Sanidad, órganos encargados, entre otras funciones, del control de las epidemias y de los enfermos contagiosos.

Las Inspecciones provinciales fueron reglamentadas en 1912, pero no fue hasta la aprobación del reglamento de 1920 cuando se reforzó su papel y se detallaron las actividades de salud pública que debían realizar: “los inspectores provinciales de sanidad han de procurar conocer en todo momento y del modo más completo posible el estado sanitario de la provincia, tanto en lo que respecta a las deficiencias higiénicas que puedan influir en la salud pública, como, muy especialmente, en lo que se refiera a la existencia de enfermedades infecciosas”.

Dos años más tarde, en 1922, se pone en marcha la Dirección General de Sanidad, que organizó su labor sanitaria sobre la base de tres ejes: acoplar la organización médica tradicional a la organización “societaria”; promocionar la higiene



Casa de socorro de mediados del siglo xx.

rural y urbana; y continuar la lucha contra las enfermedades infecciosas, desde una concepción defensiva de la acción sanitaria (declaración, aislamiento y desinfección). En este sentido, la Dirección General asume en 1927 la gestión del Servicio Epidemiológico Central destinado a combatir las enfermedades evitables de carácter endémico o epidémico, a extirpar sus focos y a prevenir, en cuanto sea posible, la aparición de otros nuevos.

Sanidad provincial y municipal

En 1925, dentro del proceso de reforma de la Administración, se aprobaron los Reglamentos de Sanidad provincial y municipal, que permitieron la transferencia de las actividades sanitarias, normalmente relacionadas con acciones de nivel local (saneamiento básico, control de enfermos infecciosos, etc.), apoyadas técnicamente por los inspectores municipales y provinciales de Sanidad, y políticamente por los gobernadores y alcaldes.

Con el fin de garantizar este apoyo, dentro de las Inspecciones Provinciales de Sanidad se crearon los Institutos Provinciales de Higiene, que vertebraron las actividades de salud pública con un carácter estrictamente técnico, y que se constituyeron a partir de “las brigadas sanitarias –que desde 1921 reforzaban la intervención de las inspecciones–, laboratorios provinciales

Laboratorio municipal de higiene

► **La creación a finales del siglo XIX de los institutos y laboratorios municipales** incorporó nuevas estructuras al campo de la sanidad, como el Laboratorio Municipal de Higiene de la calle Bailén de Madrid, uno de los más importantes en España, y así lo refleja el artículo publicado en *Blanco y Negro* el 25 de abril de 1903 con motivo de su inauguración.

“Otro hecho muy importante de la semana y muy propio para que los extranjeros se lleven excelente idea de nuestra cultura, ha sido la inauguración del nuevo Laboratorio Municipal de Madrid, establecimiento que, en verdad, puede ser estimado como un modelo en su clase, y que revela algo que ya conocíamos los madrileños: la escrupulosidad científica y el gran talento del doctor Chicote, jefe, organizador y alma del laboratorio. Teniendo ya Madrid un tan avisado centinela de su salud, suponemos que se acabarán las adulteraciones de comestibles, y serán castigadas todas las faltas que contra la higiene se cometan”.

e institutos provinciales de higiene organizados y sostenidos por Mancomunidades municipales”. De esta manera se refundían los servicios en los Institutos de Higiene, estructurados en varias secciones: epidemiología y desinfección, análisis (clínicos, higiénicos y químicos), y vacunaciones.

Un siglo después

Los cambios sociales y culturales experimentados por la sociedad, la aparición de mejores medios de diagnóstico y prevención de las enfermedades, y los avances experimentados por la ciencia y la sanidad, son motivos más que

Beneficencia

► **Las funciones de los ayuntamientos se fueron incrementando a lo largo del siglo XIX** con nuevas normas adoptadas para garantizar la salud de los ciudadanos. Destaca en este sentido la promulgación en 1821 del Reglamento General de Beneficencia Pública, por el que las Cortes Extraordinarias establecían una Junta Municipal de Beneficencia en cada pueblo, responsable de establecer las medidas necesarias para socorrer las necesidades de la indigencia y ejecutar las órdenes sobre mendicidad establecidas por el Gobierno.



De esta manera, los municipios empiezan a gestionar las casas de maternidad, las de socorro, los hospitales de enfermos, convalecientes y locos, y la hospitalidad y el socorro domiciliario.

Las casas de maternidad se estructuraban en tres departamentos: uno para refugiar a las mujeres embarazadas y paridas, otro para la lactancia de los niños y otro para conservar y educar a estos hasta la edad de 6 años, momento en la que

pasaban a vivir en las casas de socorro, establecimientos que también se hacían cargo de los huérfanos, impedidos y pobres que no tuvieran recursos para proporcionarse el sustento diario.

Además de la primera enseñanza que se proporcionaba a los niños y niñas, las casas de socorro contaban con fábricas y talleres que se instauraban teniendo siempre en cuenta las necesidades y producciones de la provincia.

Por su parte, las juntas parroquiales de beneficencia, creadas por las juntas municipales en las poblaciones grandes, eran responsables del socorro domiciliario, atendiendo las necesidades de los indigentes de su distrito, de manera que solo era trasladado a la casa de socorro quien por ningún otro medio podía ser socorrido en la suya propia.

Asimismo, se establecía la hospitalidad domiciliaria, limitando en lo posible la curación de los enfermos en los hospitales a quienes no tuvieran domicilio en el pueblo en que enfermasen, a quienes padeciesen enfermedades sospechosas, y a quienes no fueran vecinos residentes en la parroquia.

No obstante, las personas enfermas que no podían ser asistidas ni curadas en sus propias casas, eran trasladadas a los hospitales públicos, habiendo hospitales en todas las capitales de provincia y en todos los pueblos en los que el gobierno lo juzgase conveniente. En estos hospitales no se incluía el de convalecencia, que estaba separado siempre que fuera posible, ni el de “locos”, que lo estaba siempre.

suficientes para derogar, casi un siglo después, la Ley de 1855.

La Ley de Bases de Sanidad de 1944 modifica el panorama sanitario introduciendo cambios tanto desde el punto de vista organizativo como profesional: se unifican servicios, se reconocen las costumbres y organizaciones sanitarias que sólo existían de hecho, se modernizan los centros, se fomenta la sanidad en el medio rural, y se estimula el trabajo del personal sanitario en su doble función, como profesionales y como investigadores.

El cambio de la Ley de Sanidad junto con la creación, en 1942, del Seguro Obligatorio de Enfermedad –dirigido a proteger a los trabajadores económicamente débiles, cuyas rentas de trabajo no excedían los límites fijados– supuso un punto de inflexión en la historia de la salud pública al disminuir progresivamente la población subsidiaria del modelo de beneficencia.

Modelo actual

A partir de los años 60, se establecen una serie de reformas que concluyen en el Sistema Nacional

de Salud, tal y como hoy lo conocemos.

Destaca en este sentido la promulgación de la Ley de Bases de la Seguridad Social de 1963, que suprimió los esquemas clásicos de previsión y seguros sociales y puso en marcha el sistema de Seguridad Social.

Unos años más tarde, en 1967, la reforma de la Administración Pública suprime los Institutos Provinciales de Sanidad, lo que disminuye la autonomía, especialmente económica, de las provincias y da lugar a una creciente centralización, que culminó diez años después con la creación del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social y las Direcciones de Salud, que formaban parte de las Delegaciones Territoriales del Ministerio.

Pero los cambios fundamentales en el ordenamiento político se produjeron con la aprobación de la Constitución de 1978, que consagró el derecho a la protección de la salud y el mandato a los poderes públicos para organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.

Un año después, como consecuencia de la reforma efectuada sobre la gestión institucional de la Seguridad Social, la Salud y el Empleo, se suprimió el Instituto Nacional de Previsión, pasando la gestión y administración de los servicios sanitarios del Sistema de Seguridad Social al Instituto Nacional de la Salud, organismo de nueva creación.

Con el derecho generalizado a la asistencia sanitaria y con la promulgación de la Ley General de Sanidad de 1986, que consagra un Sistema Nacional de Salud, nos acercamos a nuestro modelo sanitario actual, que culmina con las transferencias de las competencias en materia de sanidad a las Comunidades Autónomas –proceso que se inicia en 1981 y concluye en 2001–, y la aprobación en 2011 de la Ley General de Salud Pública, que establece el derecho a la sanidad universal para los profesionales que cotizan en sus mutualidades en lugar de en la Seguridad Social. ●

La **ilusión** de **control** de los **jugadores**

Una de las características de los jugadores compulsivos es su fuerte “ilusión de control” término con el que los psicólogos describen la tendencia a creer que podemos influir sobre ciertos acontecimientos que, en realidad, son incontrolables.

Es un fenómeno común, pero los jugadores patológicos son especialmente vulnerables a este tipo de correlación ilusoria y tienden a sobrevalorar la relación entre su comportamiento y el resultado obtenido, sobre todo, durante el juego.

Las investigadoras Helena Mátute, de la Universidad de Deusto, y Cristina Orgaz, de la Universidad Nacional a Distancia, han realizado una investigación que ha revelado que esta tendencia a sobreestimar las relaciones causa-efecto podría condicionar otros aspectos de su vida cotidiana, y no únicamente aquellos relacionados con el juego patológico.

Cien personas, la mitad de ellos jugadores patológicos en proceso de rehabilitación, participaron en un estudio a través de un sitio web. Se trataba de una situación ficticia donde los participantes debían tomar la decisión de administrar o no un medicamento cuya efectividad aún estaba siendo testada.

Batatrim, que era el nombre del fármaco en cuestión, podía ayudar a mejorar los síntomas de dolor causados por un síndrome concreto. Cada participante debía resolver 100 casos distintos de pacientes con esa enfermedad y al final del experimento se les preguntaba hasta qué punto consideraban que el medicamento era eficaz para este tratamiento.

La falsa sensación de control se genera de una manera más fácil en aquellas situaciones donde los resultados favorables son más

frecuentes. Por eso, con la intención de ubicar a los jugadores en un contexto distinto y, además, favorecer el desarrollo de la ilusión de control, el experimento fue diseñado para que la probabilidad de resultados favorables durante la prueba fuese elevada.

No obstante, y en contra de lo que solían creer los participantes, no existía ninguna relación entre la administración del medicamento y la recuperación del paciente, puesto que los resultados eran aleatorios.

El resultado de la investigación fue que la ilusión de control manifestada por los adictos al juego era significativamente mayor que la del resto. Esto no solo pone en evidencia la vulnerabilidad de los

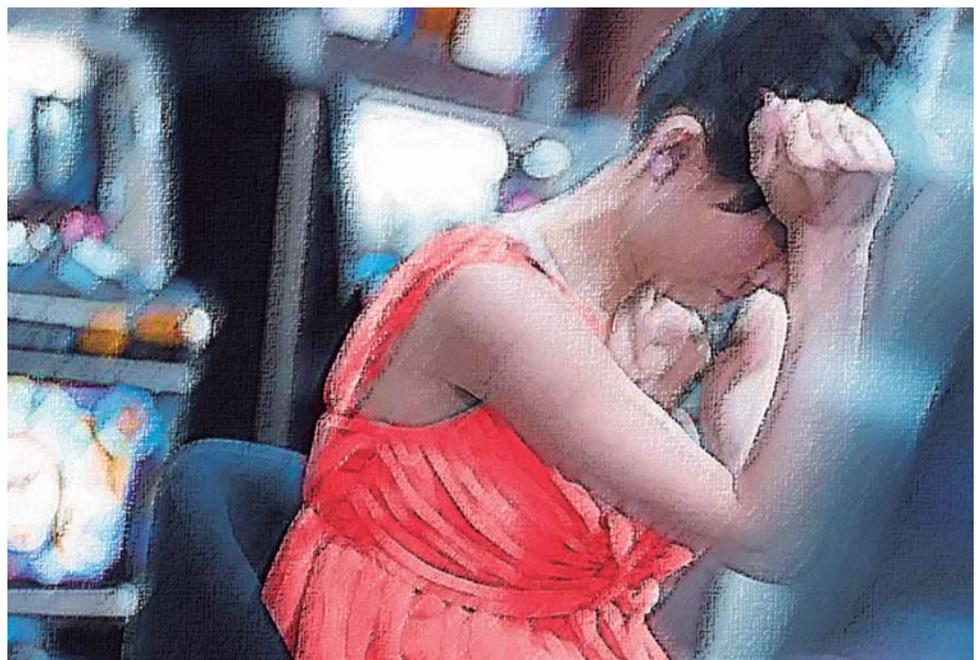
adictos al juego en aspectos hasta ahora ignorados, sino que plantea interesantes interrogantes como hasta qué punto es la ilusión de control la que impulsa a las personas a jugar o si, por el contrario, es el juego el que incita esta conducta.

Palabras clave:

- Adicción
- Ilusión de control

La falsa sensación de control se genera de una manera más fácil en aquellas situaciones donde los resultados favorables son más frecuentes.

La finalidad de este tipo de estudios es comprender mejor este fenómeno, con la intención de mejorar el tratamiento de quienes lo padecen. ●



Programa de salud: **higiene bucal** en **preescolares**

Se trata de un tema que afecta a muchas personas y se puede prevenir de manera fácil y eficaz mediante programas de prevención primaria que incentiven a las personas a hacer del lavado bucal un hábito diario (si puede ser desde pequeños).



Definición de objetivos

■ Objetivos generales

Incrementar el lavado bucal en un 80% para así disminuir la incidencia de problemas dentales en los niños que acuden a los Centros de Salud Primaria. Los Técnicos en Cuidados de Enfermería, que tengan capacidad y conocimientos profesionales en distintos ámbitos de la profesión, deben acudir a los colegios como educadores. Es importante la preparación como formadores.

■ Objetivos específicos de conocimientos

Al finalizar el programa, al menos el 80% de los niños/as mostrarán tener unos adecuados conocimientos sobre la higiene bucal.

■ Objetivos específicos de actitudes

Al finalizar las sesiones, al menos el 80% de los niños/as mostrarán una disposición favorable hacia el lavado bucal.

■ Objetivos específicos de comportamientos

Mediante la vigilancia del TCE

formador del curso, los niños/as realizarán a diario el lavado bucal.

■ Identificación de medios

- Medio verbal (mediante una charla teórica).
- Medio visual (mediante láminas educativas).

■ Identificación de métodos

- Método magistral (de la teoría a la práctica).
- Grupo de nivel de instrucción bajo, por lo que se usará el método activo.
- Habilidades del educador: mediante educación escolar y experiencias diarias.

Actividades

Transmisión del mensaje mediante la teoría elaborada que se describe a continuación.

■ Los dientes

Es una de las piezas que tenemos en la boca y que sirve para poder masticar los alimentos que comemos y para hablar bien. Además, una sonrisa bonita favorece la estética. Los niños tienen 20 piezas dentales, entre dientes y muelas, distribuidos como se observa en el dibujo.

A los 6 años aparecen 4 muelas, una en cada cuadrante de la boca, que son para siempre. Son las únicas que no vuelven a salir. Por tanto es muy importante cuidarlas bien. De pequeños se tienen dientes llamados de leche, y cuando se caen salen unos nuevos, que ya no tienen recambio. Por eso hay que cuidarlos. Son para toda la vida.

Un diente tiene diferentes partes

La parte externa o corona es la que vemos y la interna o raíz es la que no podemos ver porque está en el interior del hueso de la mandíbula. Por la parte de la corona, el esmalte es la capa más externa. Esta parte es muy dura, incluso más que los huesos. Debajo del esmalte está la dentina, que no es tan dura, y a continuación está la pulpa dentaria, que es la que nota la punzada del dolor cuando comemos alimentos fríos o calientes, dulces (golosinas) o ácidos.

Hay animales que no tienen dientes, como los pájaros, y en cambio los hay que tienen dos hileras, como los tiburones. Todo

depende de qué tipo de alimentos tomen. Así, un cocodrilo, que se pasa el día comiendo cosas grandes, necesita unos buenos dientes, en cambio una vaca o un conejo, que comen siempre hierba, no los tienen tan grandes.

Los dientes tienen diferentes formas porque tienen diferentes funciones: triturar, masticar, etc., y a la hora de comer se tienen que utilizar bien.

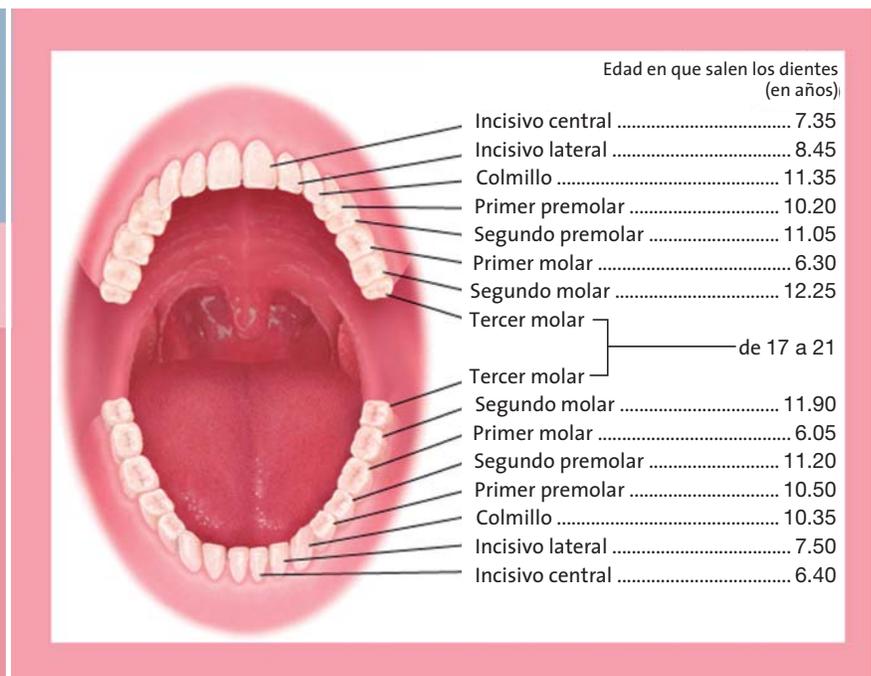
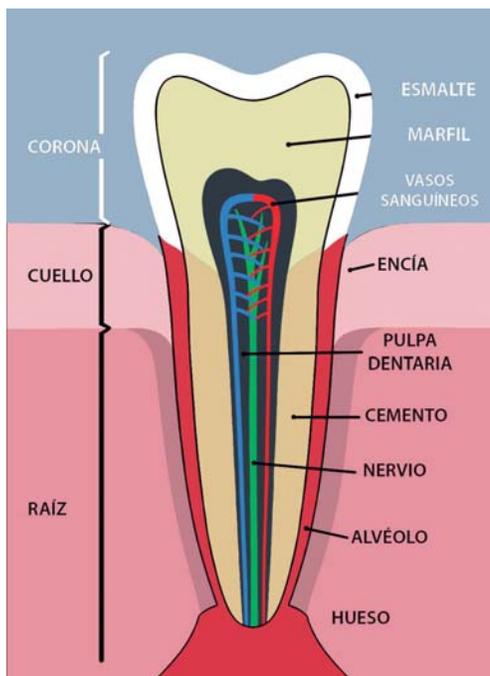
Qué es la caries

Alguna vez habremos oído decir que alguien tiene una muela picada. Eso significa que en esa muela se ha instalado la caries. La caries es una enfermedad infecciosa que, si no se cura correctamente, puede destruir todos los dientes de la boca.

Cuando comemos demasiados alimentos que tienen azúcar o alimentos muy blandos, o cuando no nos lavamos los dientes después de las comidas, las bacterias que tenemos en la boca los toman como alimento y los descomponen, produciendo ácidos que atacan directamente al esmalte de los dientes.



Estos azúcares también facilitan la formación de la placa bacteriana, que es una película que se fija sobre los dientes y que es la que facilita que aparezca la caries. Por eso hace falta lavarse los



Cuestionario para niños/as:

1) ¿Cuántas veces por día consideras que debe cepillarse los dientes una persona?

- a) Una vez.
- b) Dos veces.
- c) Tres o más veces.

2) ¿Cuál es el cepillado más importante del día?

- a) Por la mañana.
- b) Por la noche.

3) ¿Cuántos minutos dura un cepillado correcto?

- a) 20 minutos.
- b) 10 minutos.
- c) 3 minutos.

4) ¿Cuáles son los alimentos que dañan los dientes?

Caramelos y dulces

5) En relación con las golosinas el daño a los dientes está relacionado a:

- a) La cantidad.
- b) El número de veces que las comen en el día.
- c) Que suplantando alimentos que protegen.
- d) El no cepillado posterior.
- e) La consistencia dura, líquida o pegajosa.
- f) Todas las anteriores.

6) ¿Desde cuándo deben comenzar a cepillarse los dientes de los niños?:

- a) Desde que salen los dientes de leche.
- b) Desde que comienzan a comer "comida".
- c) Desde que salen los dientes definitivos.

7) ¿Hay que preocuparse por las caries en los dientes de leche?:

- a) Sí.
- b) No.

atacar los dientes y que se encuentran en la placa bacteriana. También va bien para evitar enfermedades de las encías.

- Para hacer una buena higiene dental tenemos dos aliados: cepillo y dentífrico.

Para lavarse los dientes, no se puede ir deprisa y corriendo, sino que se deben hacer una serie de acciones que, todas juntas, pueden ocupar 3 minutos. Con orden y sin dejarse ningún rincón:

- **Primero:** cepillar los dientes en movimientos verticales, empezando por la encía, desde abajo y hacia fuera, como si barriésemos. Tendremos que cepillar la parte de fuera del diente y la parte de dentro.
- **Segundo:** cepillar en forma de remolino los "sillones dentales" y las muelas que se usan para masticar. Es necesario que las fibras del cepillo penetren por todos los pliegues que hay en esta zona, para evitar que se queden ahí los restos de los alimentos, y que las bacterias puedan empezar a provocar una caries.
- **Tercero:** limpiar el cuello del diente y también el espacio entre diente y diente; para hacerlo, a veces es necesario limpiar los espacios interdientales, donde no puede llegar el cepillo. En este caso, tendremos que usar un hilo (seda dental) para pasarlo entre los dientes, o un cepillo interproximal.
- **Cuarto:** No debemos olvidar cepillar la lengua.

■ Frecuencia

- Deben lavarse los dientes cada día.
- Hay que lavarse los dientes después de cada comida.
- El cepillado de antes de ir a dormir es el más importante de todo el día, porque no se puede estar toda la noche

dientes). La caries es una enfermedad multifactorial (azúcar, bacterias, dientes), para evitarlas no hay que comer muchas golosinas, y hay que lavarse siempre los dientes después de comer.

Cómo lavarse los dientes

Los consejos para lavarse los dientes adecuadamente son:

- No tengas prisa. No corras.
- La caries es un enemigo a combatir.
- La mejor manera de hacerlo es tener siempre los dientes bien limpios, y para tenerlos bien limpios, ¿qué hace falta? Cepillarlos.
- Lavarse los dientes sirve para eliminar los restos de alimento y las bacterias que pueden





con los restos de alimentos entre los dientes.

- Si en alguna ocasión nos encontramos que no tenemos cepillo, podemos enjuagarnos con agua diversas veces y comer alguna fruta, como una manzana o una zanahoria.

■ El cepillo de dientes y el dentífrico

Es una herramienta muy importante para los dientes. El cepillo para limpiar una boca sana tiene que ser más bien blando y pequeño, y tener el mango largo para poder llegar a todos los rincones de la boca.

El dentífrico es el mejor amigo del cepillo y de los dientes. Es un producto preparado para ayudar en la limpieza. Además del cepillo, que sirve para eliminar los restos de los alimentos que pueden quedar entre los dientes y las muelas, hay que usar un dentífrico.

En la farmacia podrán recomendar el cepillo y el dentífrico más indicado, y darán las indicaciones para usarlo bien.

■ Flúor

Se trata de un elemento importante de los dentífricos, porque es el mejor agente anticaries.

- Nunca iremos a dormir sin habernos lavado los dientes.
- Nunca comeremos golosinas sin lavarnos los dientes después.

- Nunca compartiremos el cepillo con nadie. Cada cual tiene que tener el suyo.

■ Visita al dentista

Hay que acudir una vez al año. Si los niños hacen todo lo que los padres y el farmacéutico les recomiendan, seguramente no tendrán que ir a menudo al dentista. Aun así, hay que visitarlo como mínimo una vez al año porque la prevención de las enfermedades es muy importante.

■ Participación

Los niños/as se lavarán los dientes en el servicio de los colegios, en la consulta del Centro de Atención Primaria junto a la formadora, y en casa junto a los padres.

■ Materiales disponibles

- Cepillo de dientes.
- Dentífrico con flúor.
- Enjuague bucal.
- Vaso para enjuagar.
- Cuento educativo.
- Láminas para dibujar.
- Alimentos que producen caries (caramelos, dulces, etc.).

Recursos necesarios

■ Recursos materiales

- Aula del colegio y niños/as que acuden junto a los padres al Centro de Salud Primaria.

Consejos para los padres

- ▶ **Enseñar a su hijo/a los métodos de higiene bucal** apropiados es una inversión en salud que le proporcionará beneficios para toda la vida.
- ▶ **Lo primero es darle un buen ejemplo;** al cuidar usted sus propios dientes el niño/a recibirá el mensaje de que la salud bucal es algo importante.
- ▶ **Todo lo que haga de la higiene dental una tarea divertida,** como cepillarse los dientes junto con sus hijos o permitirles elegir sus propios cepillos dentales, fomenta una higiene bucal apropiada.
- ▶ **Para iniciar a los niños en la salud bucal lo mejor es dar un aire divertido,** como comprar cepillos de dientes originales, con colores o formas que les gusten a los niños, o usar canciones o juegos infantiles. De esta forma se divertirá a la vez que se cepilla los dientes.
- ▶ **No olvidemos que son NIÑOS.** Una gran idea para los padres es contarles el cuento del Ratoncito Pérez y enseñarles quiénes son los malos.

- Láminas de dibujos (buscadas por libros).
- Cuento (creado por nosotras).
- Teoría (que implantaremos los educadores).
- Utensilios como cepillos, pasta dental y vasos (que se traerán los niños de su casa).
- Servicios con grifos para realizar la parte práctica.

■ Recursos financieros

Se tendrá en cuenta que deberán usarse fotocopias de las láminas de dibujos, caramelos, fotos, etc.

Técnica de evaluación

Se realizará de forma grupal, mediante técnicas de investigación en el aula tipo cuestionario. La evaluación se realizará después de la parte teórica, así, mediante la práctica y el cuestionario, sabremos si los niños han comprendido lo explicado anteriormente. Véase un modelo de cuestionario en la página anterior. ●

Salud virtual

La evolución que experimenta la tecnología es vertiginosa: apenas hemos aprendido el manejo de una herramienta y su terminología cuando entra otra en escena. Hace solo 20 años todavía nos parecían lejanas algunas situaciones que hoy día no solo se han instalado definitivamente en nuestra forma de vivir sino que han modificado el modo de entender el mundo que nos rodea. Tanto que, en ocasiones, nos parece impensable haber vivido sin ellas. A los más jóvenes les parece mentira que Internet no haya existido siempre, pero muchos adultos también nos planteamos cómo podíamos vivir sin la red.

Palabras clave:

- e-Salud
- Telemedicina

Internet se extiende de forma galopante en todos los ámbitos: también en salud. La aplicación de la tecnología, de aplicaciones informáticas dirigidas a la salud, las redes sociales, blogs de médicos... se ha extendido de tal manera que, incluso, ha dado lugar a un término propio: e-Salud.

Con esta denominación se entiende la aplicación de las tecnologías de la información y comunicación de salud en todos aquellos aspectos que afectan al cuidado de esta, incluyendo el diagnóstico, el seguimiento de pacientes y la gestión organizativa. Incluye conceptos como la

salud móvil, las aplicaciones en salud, la telemedicina, la historia clínica electrónica, la receta digital o citas on-line, entre otros aspectos.

Cada día aparecen nuevas aplicaciones móviles que permiten que los pacientes controlen su propia salud. Se calcula que hay más de 45.000 herramientas que se pueden consultar desde tabletas, dispositivos móviles, etc.

El 26% de los españoles utiliza alguna de estas aplicaciones recomendadas por especialistas, según se desprende del último Informe Socialogues de IPSOS, llevado a cabo en 27 países de todo el mundo. Este porcentaje sitúa nuestro país a la cabeza de Europa, siendo superados únicamente por Finlandia (28%), Francia (17%), Alemania (13%) Bélgica (12%), Gran Bretaña (9%) e Italia (8%).

A nivel global, los asiáticos son los más avanzados en este aspecto. Así, el 56% de los turcos, el 49% de los indios y el 46% de los chinos afirma que utilizan aplicaciones móviles de salud y bienestar tras ser recomendadas por un especialista. En el otro extremo se encuentran países como Noruega (1%), Holanda (3%), Suecia (5%), o Japón (8%).

Internet se ha convertido en España en la principal fuente de información sanitaria hasta el punto de que el 85% de los usuarios acu-

El uso de internet para buscar temas de salud en la población general en España es del 53% y se relaciona con menor edad, sexo femenino, mayor nivel de estudios y mayor nivel de ingresos.



den primero a la Red para informarse sobre salud, según el estudio Google Health.

El 92% de los usuarios que busca información de salud utiliza los buscadores para ello y, según el estudio realizado por Google, son usados a lo largo de todo este proceso: desde la consulta de hábitos de vida saludable (92%) a la búsqueda de síntomas específicos (87%), pasando por el entendimiento del diagnóstico y tratamiento (87%).

El uso de Internet para buscar información sobre salud varía con la edad, desde el 83,5% entre los pacientes de 25 a 44 años, al 44% en el grupo de 65 a 75 años. La mayoría encontraron respuesta a sus dudas, siendo el porcentaje similar en todos los grupos.

La consulta de cuestiones sobre salud en la red provoca que el 30% de los usuarios realicen algún cambio de comportamien-

La principal razón del grupo de pacientes que declaró no haber usado Internet para buscar información sobre salud fue no tener acceso (28%). Otras razones fueron buscar información en otras fuentes (20%), desconfiar de internet (15,2%), no necesitar más información (12%), y no sentirse cómodo buscando en Internet (9,6%).

Respecto a la utilidad de Internet como herramienta sanitaria, el 54,5% considera que es buena fuente de información médica. Al 89,2% de los encuestados su médico nunca les había recomendado webs, el 76,2% usaría un sitio web recomendado por su médico y el 74% estaría dispuesto a usar el correo electrónico.

En definitiva, Internet no reemplaza la consulta con el médico, pero sí ha modificado la relación entre ambos. Un alto porcentaje de internautas hace más pregun-



Internet no reemplaza al médico ni mina su autoridad, sino que cambia el tipo de relación, aumentando la participación del paciente.

to. Los más comunes fueron: hacer más preguntas en la consulta (39,4%), cambiar sus hábitos alimentarios (39,4%), hacer más ejercicio (32,3%), y el 30,3% contestaron que seguían las recomendaciones de su médico más que antes. Además, la mayoría de los usuarios de Internet comentaron estos cambios de comportamiento de salud con su médico.

tas cuando va al médico, lo que en principio puede ser positivo pues significaría contar con un paciente más interesado en su salud y por lo tanto más participativo y autónomo, aunque por otro lado, implicaría más tiempo en consulta y algunos profesionales pueden sentirse incómodos con pacientes que requieren más explicaciones. ●

¿QUÉ DEBEMOS SABER?

1. Internet es una fuente de información muy útil sobre temas de salud y constituye una interesante herramienta complementaria de orientación para el público en general y pacientes.

2. Es conveniente mantener siempre una actitud vigilante ante la información de salud en Internet, ya que existen webs que pueden presentar mensajes confusos, curas milagrosas o verdades a medias.

3. Desconfíe de los productos infantiles o efectivos para una amplia gama de dolencias, con “ingredientes secretos” o “antiguos remedios”, así como de promociones especiales, obsequios o rebajas para la obtención de tratamientos.

4. No deben adquirirse por Internet medicamentos que requieren receta médica, recuerde que está prohibido. Para el resto de medicamentos deben seguirse las recomendaciones de las autoridades sanitarias.

5. Antes de ofrecer información personal o sobre su salud debe asegurarse de conocer y comprender adecuadamente cuál será la utilización que se realizará de sus datos.

6. Cuando visite una web con información sanitaria debería poder responder a preguntas como: ¿quiénes son los responsables de la web? ¿cuál es la fuente original de la información? ¿aparecen profesionales sanitarios identificados? ¿está actualizada? ¿quién financia la web? ¿se especifica cómo contactar con los responsables? ¿los contenidos publicitarios están claramente diferenciados?

7. Antes de realizar cualquier pago por Internet debe asegurarse que la transacción es segura y cuáles son los términos del servicio que se va a obtener.

8. Si ha sido víctima o ha detectado algún fraude en alguna web, notifíquelo a las autoridades sanitarias y/o a las asociaciones de consumidores.

9. En los sitios web que disponen de aplicaciones relacionadas con el correo electrónico, chats, foros y blogs, valore los términos de uso y las cláusulas legales que ofrecen estos servicios para conocer su utilidad y limitaciones.

10. Ante cualquier duda sobre la información obtenida en Internet y antes de tomar decisiones que puedan afectar a su salud o la de sus familiares, consulte siempre con su médico, farmacéutico, personal de enfermería u otros profesionales de la salud que le aconsejarán adecuadamente.



Cuidados del equipo de enfermería durante el puerperio

El puerperio o posparto se define como el período de 6 semanas que sigue al parto, en el que se van a producir importantes cambios y ajustes fisiológicos. Uno de los más precoces e importantes es el contacto entre padres e hijo.

SUMARIO:

Concepto de puerperio

Cambios normales en el puerperio

- Involución uterina
- Involución muscular
- Loquios
- Mamas
- Temperatura
- Orina
- Intestino
- Peso

Cuidados del equipo de enfermería en el puerperio inmediato

Cuidados del equipo de enfermería en el puerperio precoz

- Problemas en el puerperio

Concepto de puerperio

El personal sanitario deberá estar sensibilizado para este período, promoviendo los cuidados higiénicos, el mantenimiento de la lactancia materna, la detección precoz y tratamiento de las complicaciones puerperales, la recuperación física y psíquica de la mujer y, en general, todas aquellas medidas que favorezcan la adaptación armónica a la nueva situación.

Las curas enfermeras, específicas del puerperio, se inician en el paritorio, donde la mujer estará como mínimo de 50 minutos has-

ta 2 horas aproximadamente para poder iniciar el primer contacto piel con piel con su bebé y la lactancia materna. Antes de ir a la habitación asignada, se valorará a la puerpera.

La enfermera obstétrica continuará con las curas en la unidad hasta que se le dé de alta a las 24-72 horas.

El puerperio o posparto se puede dividir en:

- **Puerperio inmediato:** transcurre en las primeras 2 horas.
- **Puerperio propiamente dicho:** donde se da la involución uterina, en las primeras 24 horas.

● **Puerperio alejado:** abarca hasta los 45 días.

● **Puerperio tardío:** va más allá de los 45 días, sólo se contempla como término oficialista cuando la menstruación tarda más en aparecer y casi siempre está influido por la lactancia.

Cambios normales en el puerperio

Involución uterina

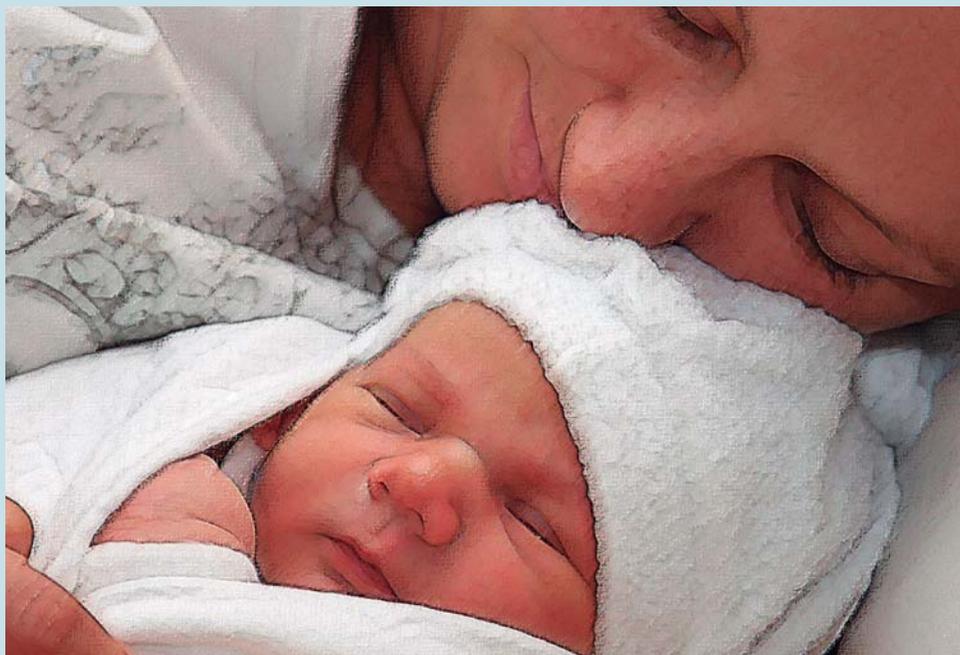
El útero, tras cumplir su función de albergue fetal, comienza a disminuir de tamaño tras el parto. Con una velocidad de un través de dedo diario.

Así pues, en un máximo de 2 semanas estará reubicado en su localización anterior al embarazo, con un volumen similar al que tenía.

En esta involución se dan procesos de contracción uterina que en ocasiones son molestos, denominados vulgarmente entuetos.

Involución muscular

Es un fenómeno parecido al de la involución uterina que se da en el aparato muscular que intervino en la gestación y parto, siendo los más llamativos los músculos abdominales. No obstante, en ocasiones, estos músculos no terminan de recuperar su tono, lo que disminuye su capacidad.





Esto, además, puede tener un efecto psicológico sobre la mujer y su pareja, pues altera su anterior figura.

La solución pasa por una serie de ejercicios pautados concretos, ideados para colaborar en la tonificación muscular y en la conservación y modelado corporal.

Evidentemente esto es más fácil cuanto mayor sea la preparación previa y mejor el estado previo de la mujer.

Los resultados que se conseguirán en una persona sin preparación previa, con la musculatura ya en mal estado antes de la gestación, y con un sobrepeso importante, nunca serán los mismos que en una mujer que previamente hubiera reunido las condiciones adecuadas.

Loquios

Son exudados de expulsión vaginal que dependerán de la herida dejada en el útero por la placenta y de otros exudados uterinos. Debemos vigilar y adiestrar a la mujer para controlar el color y olor de dichos loquios.

■ **Olor.** Tienen un olor característico, que en ningún caso deberá ser desagradable. Cualquier cambio del olor hacia uno más desagradable, pútrido, etc. será consultado para vigilar su normalidad.

■ **Color.** Variará en función de los días transcurridos desde el parto. Rojos: son los del primer y segundo día, similares a una menstruación. Rojizos: abarcan del 3º al 6º día, aclarándose con el transcurso del tiempo, y pasando del rojo al rosado. Blancos: del 5º hasta el 10º día, en franca disminución, son una secreción mucosa blanca, sin más.

Todo loquio que se alargue en el tiempo, o en alguna de las fases, y que presente cualquier color no descrito o que tenga olor, será derivado de inmediato al nivel especializado más oportuno que nos parezca.

Mamas

A diferencia del resto, en lugar de involucionar, evolucionan. Es ahora cuando esta glándula va a desarrollar la función para la

que se diseñó y para la que se ha estado preparando durante todo el embarazo. Así pues, pasará por cambios de aumento en volumen, turgencia, presión, etc.

Temperatura

En ocasiones, en el puerperio inmediato se puede elevar la temperatura corporal hasta 1 °C por el esfuerzo del trabajo del parto.

Es frecuente que el momento previo a la aparición de la leche y con su aparición, se eleve la temperatura 1 °C.

Cualquier aumento de más de 1 °C, o de un grado mantenido (con la excepción de esos dos momentos), nos hará derivar a la mujer al nivel especializado.

En este sentido, debemos asumir la responsabilidad de la vigilancia y de la educación para el autocontrol y autocuidados por parte de la mujer.

Orina

Suele aumentar el volumen, al tiempo que con la involución uterina aumenta la capacidad vesical, obligando a menos número de micciones, pero de mayor cantidad.

La razón del aumento del volumen parece ser por un incremento del filtrado al desaparecer la

compresión de la gestación, aunque hay autores que lo relacionan con la reabsorción de posibles edemas.

Intestino

El tránsito intestinal mejora por la misma causa, siendo frecuentes las diarreas posparto de corta duración sin trascendencia clínica, salvo que se prolonguen o afecten al estado general.

También puede ocurrir que se precise de un laxante por edema o hematoma perineal.

Peso

En el parto se pierde una buena cantidad de peso, que es la que corresponde al niño, a la placenta y a la bolsa de las aguas con su contenido.

La pérdida oscila entre los 5 y los 7 kg. Después, por efecto de la involución normal, deberá seguir perdiendo peso.

Se perderá de 1 a 2 kg en la primera semana y más o menos 0,5 kg/semana desde la segunda a la octava.

A esta pérdida de peso se puede colaborar con una alimentación racional (lo que no significa escasa) y con los ejercicios de recuperación del posparto.





Cuidados del equipo de enfermería en el puerperio inmediato

El equipo de enfermería acogerá a la puérpera con su hijo y acompañante.

- Comprobar que tanto la madre como el neonato llevan la pulsera identificativa.
- Comprobar que disponen del material de higiene y de cuna del recién nacido.
- El Técnico en Cuidados de Enfermería se encargará de llevar e identificar la cuna. Usará una etiqueta con los datos del recién nacido (nombre, apellidos, fecha de nacimiento, peso, tipo de lactancia y habitación).
- Valorar la historia clínica de la puérpera junto con el partograma y la hoja del recién nacido.
- Tipo de parto y hora.
- Anestesia y medicaciones administradas durante el parto.
- Episiotomía.
- Esguince vaginal.
- Grupo sanguíneo, Rh, serologías, SGB vaginal/rectal, diabetes gestacional, fiebre intraparto.
- Alergias medicamentosas, alimentarias y ambientales.
- Revisar el registro del recién nacido para valorar las curas realizadas en el paritorio: piel con piel, BMT, aspiración.
- Procurar mantener un ambiente relajado para que los padres puedan relacionarse tranquilamente con el recién nacido: eliminar el exceso de estímulos como ruidos, visitas, etc.
- Realizar y registrar la valoración enfermera según el modelo de necesidades básicas de Virginia Henderson.
- Monitorizar las constantes vitales de la puérpera y del recién nacido (TA, FC, Tª, FR) al ingreso en la unidad y posteriormente según la pauta habitual de la unidad.
- Para la toma de constantes, no tenemos que interrumpir el momento de piel con piel, excepto si las indicaciones médicas o el estado de la paciente indican otra pauta.
- La elevación de la temperatura por encima de 38 °C durante 2 días en los primeros 10 días del

posparto pueden sugerir infección puerperal o de vías urinarias, endometritis, mastitis u otra infección, y por eso se tiene que vigilar.

- Valorar el estado del cordón (3v).
- Comprobar, si la tuviera, la permeabilidad de la vía periférica. Después de la primera micción, valore su retirada en función del estado de la puérpera (palidez cutánea, mareos, fiebre).
- Valorar la involución uterina y el sangrado vaginal al ingreso, a la hora y cada 8 horas durante el puerperio inmediato o con mayor frecuencia si el sangrado vaginal es abundante o el útero no está suficientemente contraído.

Para comprobar la altura y el fondo uterino, la enfermera auxiliada por el TCE, debe:

- Ponerse los guantes no estériles.
- Localizar el fondo uterino con la palma de la mano y valorar el tono, posición y altura.
- Apretar suavemente el abdomen hacia la columna y después ligeramente hacia abajo en dirección al periné hasta que se note un relieve en la palma de la mano. Al mismo tiempo, se valora el grado de contracción.
- Medir el número de dedos transversales que hay entre el ombligo y el fondo uterino:
 - El número 0 corresponde al nivel umbilical.
 - El signo positivo más un dígito corresponde al nivel supraumbilical (ejemplo: +2).
 - El signo negativo más un dígito corresponde al nivel infraumbilical (ejemplo: -2).
- Si el fondo uterino es difícil de encontrar o está blando, puede aparecer hemorragia. En este caso, aplicar un suave masaje rotatorio sobre el fondo uterino hasta que se note contraído.
- Mientras se palpe el fondo uterino, revisar el color y cantidad de los loquios de la compresa.
- Vigilar la cantidad de sangrado, observando el número de compresas utilizadas en 1 hora:

– Escaso: si es menos de una compresa.

– Moderado: si se utilizan entre 1 y 2 compresas.

– Intenso/abundante: si se utilizan más de 2 compresas.

- El flujo continuo de sangre roja o de grandes coágulos es patológico; es un indicador de hemorragia postparto que puede ser debido a atonía uterina, retención de fragmentos de placenta o coágulos.
- Explicar e instruir a la puérpera y acompañante para que hagan el masaje uterino cada 30 minutos durante las 2 primeras horas, y avisen si aumenta el sangrado (superior a una regla normal).
- Aconsejar el cambio frecuente de compresa.
- Valorar el perineo: observar si presenta suturas (por episiotomía o esguince vaginal), edemas, hematomas y hemorroides.
- La integridad de la piel dependerá del tipo de parto. Un parto instrumentado generalmente tiene más riesgos de lesiones.
- Comprobar si se ha utilizado o no anestesia regional (epidural o bloqueo raquídeo) para poder facilitar una dieta.

Si es un parto sin anestesia o anestesia local, el equipo de enfermería ofrecerá la ingesta hídrica y la dieta, que se iniciará a demanda de la puérpera.

Si el parto es con anestesia regional, el equipo de enfermería vigilará la recuperación sensitiva y motora de la zona pélvica y de las extremidades inferiores. En ambos casos se pueden seguir estos consejos:

- Ofrecer ingesta hídrica de forma inmediata y, si la tolerancia es adecuada, continuar con una dieta normal (siempre que la paciente tenga una buena involución uterina, sangrado vaginal normal y que no haya otra contraindicación).
- La dieta será normal siempre y cuando la puérpera no haya tenido diabetes gestacional. Si ha sido tratada exclusivamente con dieta no precisa más controles glucémicos. Si ha sido tratada con insulina se le realizarán controles de glucemia durante al menos 24 horas.



● aconsejar las siguientes medidas higiénicas y curas para aliviar el dolor:

- Cambiar con frecuencia de la compresa y realizar higiene del perineo con jabón neutro desde el monte de Venus hasta la zona anal. Secar la zona con una toalla mediante toques, sin arrastrar.
- Si existe sutura, enseñar a la mujer a apretar los glúteos y el perineo antes de sentarse para aliviar la tensión sobre la zona y que no se siente directamente encima de los puntos.
- Si hay edema o hematoma, proporcionar una compresa de hielo envuelta con una gasa para disminuir el edema, o una compresa con agua de Burrow durante 20 minutos.
- Administrar la medicación analgésica/antiinflamatoria pautada por el ginecólogo.
- Explicarle que la primera vez que se levante de la cama, debe estar acompañada por algún familiar y si no hay nadie, que nos avise tocando el timbre.
- Animar a la puerpera a la movilización precoz, para así prevenir complicaciones como tromboembolismos.
- Si han optado por la lactancia materna, valorar que la primera toma se haga en la planta para observar la postura, técnica y succión del recién nacido, y detectar las dificultades que puedan aparecer. Registrarlo en la valoración de la lactancia materna.
- Si han optado por la lactancia con fórmula, valorar los conocimientos y experiencia sobre lactancia artificial y realizar una educación individualizada.
- Administrar con pauta facultativa cabergolina 50 mg (2 comprimidos en una sola dosis).
- aconsejar que se ponga unos sujetadores sin aros para que no aprieten y evitar así la estimulación de los pezones.
- Ofrecer 10 cc de leche de inicio en la primera toma al recién nacido y cada 3 horas la cantidad que le toque, según su peso. El TCE llevará



el biberón cada 3 horas a la habitación y registrará la cantidad que haya tomado en la gráfica.

- Vigilar la tolerancia a la leche, rechazo al alimento, náuseas, vómitos...
- Comprobar el grupo sanguíneo de la madre.
 - Si es Rh negativo, mirar el grupo sanguíneo del recién nacido. Si este es positivo, administrarle a la madre la gammaglobulina humana anti-D, pautada por el ginecólogo, por vía intramuscular en las primeras 72 horas posparto para evitar problemas de incompatibilidades en futuras gestaciones.
 - Anotar en el registro de enfermería la administración y el número de lote de la gamma y firmar en el registro de vacunas del hospital.
- Registrar en la historia clínica todas las actividades realizadas.

Cuidados del equipo de enfermería en el puerperio precoz

- Procurar un ambiente relajado para que los padres puedan relacionarse tranquilamente con el recién nacido.
- Controlar las constantes vitales cada 12 horas.
- Preguntar a la puerpera si ha disminuido el sangrado.
- Explicar la secuencia normal en el cambio de los loquios.
- Instruir en los signos de alarma: olor a podrido de los loquios

o hemorragia intensa después de comenzar los loquios serosos.

- Explicar que pueden aparecer contracciones uterinas similares al parto (entuetos) que facilitan la involución uterina y que suelen coincidir con las tomas de lactancia materna, duran entre 2-3 días y progresivamente disminuyen. Las multiparas y los partos con oxitocina tienen más predisposición a padecerlos.
- Administrar la analgesia pautada. La episiotomía molesta especialmente entre el segundo y tercer día. La presencia de hematomas produce muchas molestias.
- Valorar la función intestinal de la puerpera. Explicar que la primera deposición puede tardar a causa de una ingesta escasa, por el dolor de la episiotomía, hemorroides, factores ambientales...
 - Si no ha hecho deposición en el momento del alta, proporcionar un laxante previa prescripción médica.
 - Recomendar una dieta rica en fibra, aumento de ingesta de líquidos y movilización precoz.
- Animar a la paciente para que haga ejercicios de Kegel para reforzar la musculatura perineal: intentar iniciar y parar la micción con la musculatura del perineo.
- Valorar el estado de los pechos a diario vigilando la aparición de grietas, ingurgitación y tensión.
 - Si tiene grietas, explicar medidas como: hidratarse los pezones con el mismo calostro antes y después de las tomas



y dejar que se seque al aire, o bien utilizar lanolina para hidratar (no se tiene que retirar de los pezones antes de las tomas). Para cicatrizar mejor, realizar cambios de posición del recién nacido durante la toma de manera que varíe la zona de compresión de la mama.

– Vigilar la técnica de succión y la postura del recién nacido.

– Si presenta ingurgitación de los pechos, informar de que pueden estar sensibles, firmes y dolorosos cuando se produce la subida de la leche alrededor del tercer día después del parto. Si la ingurgitación es intensa, tratarla ofreciendo el pecho al recién nacido frecuentemente y de forma prolongada. Hacer un masaje suave y, si fuese necesario, realizar una extracción manual y administrar analgesia pautada.

– Explicar medidas como ponerse compresas de agua caliente encima de los pechos antes de las tomas y ponerse compresas de agua fría después de las tomas.

– Vigilar la técnica de la lactancia y explicar que es muy importante continuar lactando y vaciarse bien los pechos.

– Explicar que es normal tener febrícula cuando hay ingurgitación mamaria.

– Usar sujetadores adecuados que no aprieten los pechos y no lleven aros (sujetadores de lactancia).

- Enseñar a los padres las curas básicas del neonato.

Problemas en el puerperio

La gran mayoría de las complicaciones puerperales suelen aparecer en el período de estancia hospitalaria; sin embargo, a veces pueden pasar inadvertidas o producirse en el domicilio familiar.

■ Hemorragia

La presencia de hemorragia una vez dada el alta y sin haber sangrado anteriormente puede tener dos orígenes principales:

a) La retención de productos de la concepción que necesitan ser eliminados por legrado.

b) La subinvolución uterina, en la cual el útero tiene mayor tamaño o menor consistencia de la que le correspondería y que suele asociarse con factores etiológicos, como leiomiomas, endometriosis o retención de productos.

■ Fiebre

La elevación de la temperatura por encima de 38 °C deberá ser considerada patológica. Se evaluará a la paciente en busca de infecciones respiratorias altas, mamas y abdomen, así como de terminación de orina. Se revisará el aparato genital con tacto genital y ecografía, ya que pueden presentarse complicaciones como endometritis, absceso pélvico o tromboflebitis pélvica.

■ Retención urinaria

Esta retención ocurre frecuentemente tras un parto traumático o bajo anestesia epidural. La vejiga se palpa por encima de la sínfisis y anterior al útero. Será necesaria la colocación de una sonda vesical. Si se obtienen más de 500 cc deberá dejarse la sonda durante 24 horas para que la vejiga recupere su tono normal tras la distensión.

■ Hematoma pélvico

Produce dolor severo y ocurre cerca del parto. El diagnóstico por palpación rectal o vaginal de la masa obliga a remitir a la mujer al hospital.

■ Dolor de espalda

Ocurre frecuentemente en la puerpera como consecuencia de la desacostumbrada actividad producida por el cuidado del bebé. Reposo y calor local serán suficientes para controlarlo.

■ Separación púbica

La sínfisis puede estar provista de una rara movilidad y puede haber una considerable separación entre los huesos púbicos. Esto causa do-

lor severo en la deambulación. El área es dolorosa a la palpación y el defecto puede ser palpado rápidamente. Un vendaje adhesivo o un pantalón ceñido para inmovilizar la pelvis y reposo en cama producen una recuperación rápida.

■ Mastitis

Es la infección del tejido mamario por bacterias que han penetrado en este tejido a través de las fisuras y conductos del pezón. La falta de higiene adecuada o la fisuración de la piel de los pezones en la lactancia pueden permitir que bacterias normales que viven sobre la piel (estafilococos) penetren en el tejido graso de la mama y proliferen, produciendo de esta forma un absceso que comprime los conductos de salida de la leche de la mama.

De esta forma, la mama se hace dolorosa, se pone de color rojo intenso, se produce un calor intenso en la zona y se dificulta la salida de leche.

Los síntomas de mastitis son: dolor de la mama, aumento de su tamaño, enrojecimiento y calor en la mama, posible secreción de pus por el pezón, aumento de sensibilidad en el pezón, presencia de ganglios inflamados y dolorosos en las axilas, fiebre y malestar.

El tratamiento de la mastitis se basa en:

- La aplicación de calor local mediante paños húmedos varias veces al día. Puede ser muy útil para localizar la infección y evitar su extensión.
- Se suele dar un antibiótico de amplio espectro vía oral o intramuscular.
- Extracción de la leche materna mediante un sacaleches o, si el antibiótico lo permite, manteniendo la lactancia.
- Se debe extremar la higiene de la mama.
- Si se complica puede aparecer un absceso, que requiere una incisión con aguja o con bisturí y drenaje secundario del contenido. En este caso se recomienda suspender la lactancia. ●



Dossier

Prevenir la desnutrición

Prólogo

A favor de un programa que fomente la **alimentación placentera**

Sumario:

Dossier coordinado por
Brigitte Retailleau

- A favor de un programa que fomente la alimentación placentera
- Reconocer la desnutrición
- La alimentación de una persona desnutrida
- Prevenir la desnutrición a través de la alimentación placentera

Alimentarse es una de las funciones fundamentales de la relación y de la vida social. En los últimos años han aumentado considerablemente los programas y libros de cocina, los blogs y páginas web de recetas, lo que demuestra el interés de la población por el placer de comer.

■ **Los productos alimenticios**, los gustos y los modos de preparación evolucionan muy rápidamente y llevan a nuevas prácticas alimentarias que, en ocasiones, pueden resultar muy negativas (epidemia de obesidad). La concienciación es real y las campañas para sensibilizar a la población acerca del equilibrio nutricional son muy importantes.

■ **Junto con la actividad física**, la nutrición contribuye a mantener la autonomía funcional. “A la inversa, la desnutrición está asociada a una prolongación de las hospitalizaciones y podría aumentar el riesgo de necesitar cuidados sanitarios. La prevalencia de la desnutrición en las personas mayores depende de sus condiciones de vida: del 4 al 10%, en su domicilio; del 15 al 30%, en una institución; y del 30 al 70%, durante una hospitalización”.

■ **Resulta paradójico hablar de desnutrición en países sobrealimentados**. La desnutrición puede deberse a numerosos factores: problemas de

deglución, masticación, mal estado de la dentadura, afecciones agudas debidas a una patología o regímenes restrictivos para diabéticos o de eliminación de sal. El aislamiento o el hecho de encerrarse en sí mismo son las causas de desórdenes alimentarios conocidos.

■ **Nuestras instituciones, ya sean sanitarias, sociales o médico-sociales** deben hacer grandes esfuerzos para que la alimentación placentera se tenga en cuenta y se valore. También se trata de un elemento determinante de la política medioambiental que cada establecimiento deberá adoptar: acortar los circuitos de abastecimiento, cocinar productos locales, frescos y de temporada, variar el aporte de proteínas, limitar las proteínas animales en beneficio de las vegetales, favorecer la introducción de los alimentos orgánicos... ¡Un programa completo! ●

Brigitte Retailleau
Directora
Ehpad Francoise-d'Andigné

¹ Nutrition et longévité, tous concernés : colloque du 17 avril 2014, organisé par le gérontopôle des Pays de la Loire, à Nantes.

Detección

Reconocer la desnutrición

• El estado nutricional del paciente determina su esperanza de vida • Es importante evaluar de forma precoz y sistemática el estado nutricional de los ancianos frágiles, así como el del resto de pacientes con otras patologías. • El objetivo es detectar la desnutrición desde el principio y poder tratarla de la manera más rápida y efectiva posible. • La evaluación del estado nutricional debe realizarse según una metodología precisa.

Palabras clave:

- Desnutrición
- Evaluación
- Índice de riesgo nutricional

La Organización Mundial de la Salud define la desnutrición como “el *desequilibrio entre el suministro de nutrientes y de energía y las demandas del cuerpo para que pueda garantizar el crecimiento, el mantenimiento y las actividades específicas*”. Entre las preocupaciones de salud pública, la desnutrición es un punto especialmente importante.

No siempre se inicia la desnutrición en una institución. Puede preexistir cuando la persona llega, favorecida por una enfermedad o una situación de riesgo y/o condiciones socioeconómicas desfavorables.

Evaluación del estado nutricional

El estado nutricional se evalúa en dos fases: realización de un interrogatorio y un examen clínico en profundidad.

Interrogatorio

■ La desnutrición puede ser secundaria a la aparición de una enfermedad o situaciones de riesgo como una patología maligna, la insuficiencia crónica de un órgano como el riñón, trastornos digestivos o incluso el sida. Estas situaciones, con frecuencia, están asociadas a una malnutrición proteico-energética.

■ A la inversa, la desnutrición puede ser primaria y tener como consecuencia una patología que motive la consulta.

■ Asimismo, es necesario preguntarle al paciente si ha experimentado una pérdida de peso reciente o relativamente reciente, característica de la desnutrición.

■ Además, debe tenerse en cuenta el contexto socioeconómico y psicológico del paciente, ya que puede favorecer la desnutrición, del mismo modo que el aislamiento y la pérdida de autonomía.

■ Aunque no sea específico del estado de desnutrición, deberán identificarse los signos clínicos: a través de su asociación se obtendrá orientación para el diagnóstico.

Examen clínico

El examen clínico incluye métodos antropométricos, el examen biológico y la medición del índice de riesgo nutricional (IRN).

Métodos antropométricos

■ El primer signo de desnutrición es el adelgazamiento. Por lo tanto, habrá que determinar si el paciente ha perdido peso durante los últimos meses. Para ello, se tomará nota del peso habitual (o anterior), que se comparará

con el actual. Posteriormente, se evaluará la diferencia de peso en porcentaje (porcentaje de adelgazamiento = peso habitual/peso actual x 100).

■ Una pérdida de peso del 2% en solo una semana o del 5% en un mes, o incluso del 10% en 6 meses, es un síntoma de desnutrición. Una pérdida de peso superior o igual al 10%-15% en 6 meses es un signo de desnutrición grave.

■ Así, una pérdida de peso rápida y/o importante muestra una fase dinámica de desnutrición.

■ El cálculo del índice de masa corporal (IMC) permitirá determinar el tipo de desnutrición. Se calcula dividiendo el peso (en kg) por la talla (en m) al cuadrado [1]. Una persona mayor de 70 años está desnutrida si su IMC es inferior o igual a 21; un paciente de menos de 70 años está desnutrido si su IMC es inferior a 18,5.

■ En ocasiones, la estatura del paciente presente en su historia clínica puede ser diferente de la actual debido al envejecimiento de la persona, por lo que este dato no podrá utilizarse. En los casos en los que no se indique la estatura, o bien resulte difícil de medir en un paciente que se encuentre en cama o impedido, este dato puede calcularse midiendo la altura de la pierna o del brazo [2].

Exámenes biológicos

■ **Medición de la albúmina.** La albúmina es el marcador nutricional mediante el cual, a día de hoy, se realiza la mejor apreciación biológica de desnutrición. La concentración sérica debe encontrarse entre los 35 y los 50 g/l. Un nivel inferior o igual a 35 g/l indica desnutrición, mientras que si el nivel resulta inferior o igual a 30 g/l, nos encontraríamos ante una desnutrición grave. No obstante, estos datos deben ser interpretados por un médico.

■ **Dosis de prealbúmina (transferrina).** Este indicador refleja la síntesis proteica a corto plazo. Constituye un marcador significativo para el seguimiento durante una renutrición. El paciente presenta una hipotransferrinemia si su tasa es inferior o igual a 200 mg/l (los valores normales se encuentran entre 200 y 400 mg/l).

■ **Nivel de proteína C reactiva (PCR).** Si se superan los 20 mg/l, existe un síndrome inflamatorio. Por lo tanto, puede producirse un hipermetabolismo que provoque un aumento de las necesidades energéticas y un riesgo elevado de desnutrición, especialmente en los pacientes ancianos. Esta medición permite determinar el tipo de desnutrición: por carencia de aportes, por hipermetabolismo o mixta.

■ **Las mediciones más específicas de micronutrientes (oligoelementos y/o vitaminas) también pueden realizarse en función del contexto clínico.**

Medición del índice de riesgo nutricional

■ **Entre las diferentes escalas, el índice de riesgo nutricional.** Se calcula de la siguiente manera: $(1,519 \times \text{albúmina en g/l}) + [41,7 \times (\text{peso actual/peso habitual})]$.

■ **Un nivel superior a 97,5 no indica desnutrición;** entre 83,5 y 97,5 indica una desnutrición moderada. Si es inferior a 83,5, la desnutrición es grave.

Otros elementos

En una persona anciana son indispensables tres etapas para diagnosticar un estado de desnutrición. No obstante, deberán tenerse en cuenta otros factores, especialmente el modo de vida, la autonomía y la alimentación.

■ **La encuesta alimentaria** permite evaluar de forma precisa la alimentación (cuadro 1).

■ **Es importante conocer las situaciones de riesgo más específicas de los ancianos,** como las alteraciones de deglución, las enfermedades neurológicas (como el Parkinson), las alteraciones del humor con un síndrome depresivo, el Alzheimer y las alteraciones bucodentales que suponen una disminución significativa del aporte alimentario diario.

■ **Entre las alteraciones bucodentales se encuentra la sequedad bucal (xerostomía),** debido a



© F. Soutif/Elsevier-Masson SAS

la disminución de la producción de saliva, a la alteración del gusto (disgeusia) o a una pérdida parcial del gusto (hipogeusia), a alteraciones de la masticación, a un mal estado dental, a un aparato dental mal adaptado y/o a una candidiasis orofaríngea. Poner remedio a estas alteraciones permite aumentar la ingesta alimentaria. ●

BIBLIOGRAFÍA

- [1] www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/IMC/doc/IMCAd.pdf
 [2] www.denutrition-geriatrie.com/mesures-clinobiologiques/examens-cliniques/anthropometrie-taille.htm

Obesidad y desnutrición

Un paciente con un IMC elevado puede presentar desnutrición. De hecho, el exceso de grasa, una ascitis importante o los edemas pueden falsear el estado nutricional del paciente. Por eso, los criterios de IMC no pueden diagnosticar sistemáticamente un estado de desnutrición en un paciente que se encuentre desnutrido.

CUADRO 1

La evaluación de la ingesta alimentaria

La encuesta alimentaria permite detectar un riesgo de desnutrición. El método de referencia es una evaluación prospectiva. La nutricionista completa una tabla de supervisión alimentaria con el paciente y la persona que le ayuda a comer, en su caso, y calcula los aportes diarios y los compara con los aportes nutricionales aconsejados (ANA). En un adulto, las necesidades son de 30 a 40 calorías por día y las necesidades de proteínas de entre 1,2 y 1,5 g/kg al día.

Atención

La alimentación de una persona desnutrida

• La desnutrición constituye un verdadero reto para la salud pública. El Técnico en Cuidados de Enfermería desempeña un papel fundamental en la prevención y el cuidado de la persona. • Si se pone en marcha un plan de renutrición, deberá privilegiarse la alimentación placentera.

Palabras clave

- Técnico en Cuidados de Enfermería
- Alimentación placentera
- Desnutrición
- Renutrición

Para prevenir la desnutrición, especialmente en los centros geriátricos, el Técnico en Cuidados de Enfermería puede intervenir a diferentes niveles.

Estimular el apetito

El Técnico en Cuidados de Enfermería contribuye a estimular el apetito de la persona a través de:

- La presentación del plato, incluida para la alimentación de textura modificada (mezclada, picada, en puré);
- Utilización de especias, condimentos y hierbas aromáticas para estimular las percepciones;
- Acompañamiento de salsas ligeras para adaptar la textura de los alimentos al gusto de la persona.

■ **Dar prioridad a productos ricos en energía y/o proteínas y adaptarlos a los gustos de la persona.**

Se enriquece la alimentación con diferentes productos básicos (leche entera concentrada, queso rallado, huevo, nata, mantequilla...).

■ **Es necesario evitar administrar medicamentos** (especialmente en gel) antes de las comidas. Resulta preferible administrarlos al final o después de cada comida.

■ **Los suplementos alimenticios orales** se consumen durante las comidas (con, al menos, dos horas de diferencia).

Favorecer un entorno agradable

En un centro geriátrico, el personal deberá:

- Favorecer la ingesta de alimentos en un espacio colectivo, ya que el aislamiento es un factor de pérdida de apetito;
- Instalar a las personas en salas espaciosas, sin ruidos, bien iluminadas y con decoración agradable. Los sitios en la mesa se distribuirán en función de las afinidades;
- Respetar que las personas muy dependientes tengan el espacio suficiente para facilitar una instalación adecuada. Esta organización facilita la atención y ayuda a las personas en dificultades, fomentando su capacidad para acercarse solos el cubierto a la boca;
- Mantener las preparaciones calientes (baño maría, platos calientes) o disponer de un horno microondas para que el plato tenga la temperatura deseada por la persona;
- Controlar la limpieza del residente y del material (silla de ruedas, por ejemplo) antes y después de la comida;
- Precisar las pautas para recibir a las familias durante las comidas.

Ayuda a las comidas

■ **Los horarios y la duración de las comidas** son regulares y se respetan: 4 comidas al día durante un tiempo mínimo de 30 minutos. Evitar que el ayuno nocturno supere las 12 horas.

■ **Encontrar alternativas para los residentes muy dependientes**, los que se niegan a comer, o los deambulantes: fraccionamiento de las comidas, alimentos, etc.

■ **Disponer de alimentos alternativos**: yogures, queso fresco, compota, etc.

■ **Organizar una ayuda a la alimentación** (técnica y/o humana) pidiendo la colaboración de los familiares.

■ **Contar con las ayudas técnicas adecuadas**: vaso con muesca para la nariz, cubiertos adaptados, pajitas, plato antideslizante...

■ **Señalar las modificaciones del apetito y de los aportes alimentarios** que representan de manera evidente señales de alarma.

Conclusión

La formación del personal y la implementación de protocolos complementarios a las comidas son herramientas sobre las que se apoyan los equipos para mejorar la calidad nutricional ofrecida a la persona. ●

Proyecto de equipo

Prevenir la desnutrición a través de la **alimentación placentera**

- En ocasiones, los ancianos que han perdido sus puntos de referencia experimentan dificultades para comer.
- Los alimentos que se les ofrecen deben responder a sus necesidades sensoriales y aportar los nutrientes necesarios.
- Comiendo con las manos, los ancianos con dificultad para utilizar los cubiertos recuperan el placer de comer, sin que esto se considere una regresión.

La pérdida de apetito en el anciano es a la vez una causa y una consecuencia que agrava la desnutrición. La sensación de hambre y/o sed desaparece, por lo que el papel de los cuidadores consistirá en despertar el apetito a través de una cocina placentera y sabrosa, que estimule los sentidos y reavive la memoria.

El momento de comer no es solamente un cuidado de nutrición, sino también un momento social y de referencia fundamental de la vida en la institución. Preparar este momento de convivencia y de autonomía permite mejorar los aportes nutritivos.

La estimulación sensorial

■ **El gusto, en un sentido amplio,** implica los cinco sentidos. La sensación de placer es diferente para cada persona, en función de sus vivencias y de su cultura. El gusto, en sentido estricto, se ve modificado por los diferentes tratamientos, las enfermedades y la deshidratación. Su percepción puede verse modificada por la temperatura del plato: no comer alimentos calientes puede ser una causa de anorexia.

■ **Los ancianos se encuentran con frecuencia atraídos por los alimentos dulces.** Estos pacientes aprecian los platos en los que se mez-

clan los sabores dulces y salados: cerdo al caramelo, pato con melocotón, conejo con ciruelas, morcilla con manzana... La percepción de la sal es con frecuencia la que se ve más modificada, por lo tanto, supone un error proponer una alimentación poco salada o sin sal y colocar la sal en la mesa: el paciente anciano no sabrá dosificar a su gusto.

■ **El olfato es primordial para reconocer los alimentos** y la sensación de placer. Con frecuencia se ve perturbado, especialmente en el caso de las enfermedades como el Alzheimer.

■ **La vista es el sentido más importante para el placer alimentario en el anciano:** reconocimiento del alimento por su forma, color o presentación apetecible. Deben favorecerse los colores vivos (rojo, amarillo, verde) y evitarse el gris y el marrón. No hay que mezclar los alimentos, sobre todo la carne picada y el puré. Si las texturas deben modificarse, los colores y la elección del recipiente es primordial: vasitos, cuencos... Algunos equipos han probado con platos de color azul vivo y han aumentado la ración. Un pequeño toque de ketchup, rojo y azucarado, puede hacer que un plato principal sea diferente, así como un poco de sirope de fresa en un postre demasiado pálido.

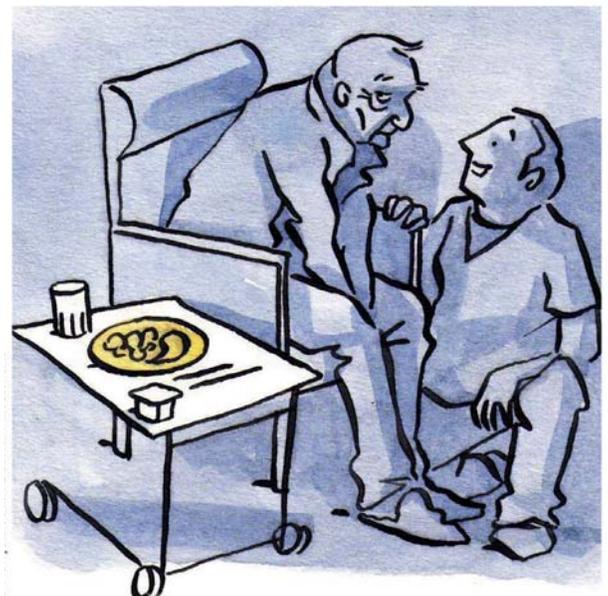
■ **Una textura difícil puede provocar un rechazo total:** deberán evitarse los alimentos secos, duros, demasiado líquidos o demasiado blandos en favor de los tiernos, untuosos o que se deshacen. Aunque se trate de un alimento triturado, es posible alternar texturas espesas con las gelificadas y las compotas.

■ **Es importante que los ancianos puedan identificar platos que guarden en la memoria,** por lo tanto, a la hora de seleccionar los menús, estaremos atentos para encontrar tradiciones culturales y regionales, y para utilizar términos que todos conozcan: “natillas”, “puré de guisantes”.

Palabras clave

- Desnutrición
- Comer con las manos
- Ancianos
- Placer
- Sentidos
- Textura

LISBETH BAUDRY
Enfermera
Equipo móvil de geriatría
Centre hospitalier
Roland-



CUADRO 1

¿Qué ofrecer a los ancianos que no quieren consumir carne o pescado durante la noche?

- Enriquecimiento a base de productos lácteos: recetas con queso, leche concentrada no azucarada en lugar de leche normal y/o nata, adición de leche en polvo a las sopas, purés, preparaciones mezcladas y lácteos.
- Los huevos tienen una composición ideal de aminoácidos. Pueden utilizarse en numerosas recetas, tanto saladas como dulces (natillas de huevo, flan de huevo, crema pastelera...)
- Las proteínas vegetales, aunque menos equilibradas en aminoácidos, tampoco deben obviarse. Las legumbres secas son las más ricas. Los guisantes secos, los garbanzos y las lentejas son especialmente buenas para la elaboración de sopas y de purés.

La densidad nutricional

El objetivo nutricional será aportar un máximo de energía global y de proteínas, pero también de micronutrientes (minerales, vitaminas) con un volumen mínimo. Para ello, seleccionaremos cuidadosamente los alimentos y las preparaciones y podremos utilizar ingredientes para enriquecerlos. En contraposición a una idea muy extendida, la cena debe ser lo suficientemente abundante y el tiempo de ayuno nocturno, en raras ocasiones, deberá ser inferior a las 12 horas (cuadro 1). En caso de que el anciano se despierte durante la noche, se le deberán ofrecer productos lácteos y galletas.

Comer con las manos

Comer con las manos es una técnica inspirada en el *finger food* que se utiliza para los canapés. Comer con las manos tiene como objetivo permitir a las personas dependientes y que no reconocen o que no pueden manejar sus cubiertos alimentarse con los dedos.

Estas técnicas son cada vez más numerosas y la evaluación de los aportes nutricionales ha revelado un aumento del consumo de energía y proteínas.

■ **Permite reencontrar la autonomía y el placer**, garantizando un aporte nutricional suficientemente rico y equilibrado. Los alimentos se presentan en pequeñas raciones que es posible consumir incluso desplazándose.

■ **Antes de su colocación**, es fundamental un tiempo para la presentación y la explicación, con el objetivo de que esta técnica no se considere una regresión, ni un atentado a la dignidad de las personas.

■ **Los protocolos de higiene** deberán estar previstos, sobre todo el lavado de manos de los residentes y el control de las temperaturas.

■ **Las frutas y verduras**, crudas o cocinadas, se presentarán en función de la dieta recomendada a ese paciente.

■ **La carne y el pescado se cortarán en trozos**; las versiones picadas o mezcladas se presentarán en bolitas, panecillos o en flanes horneados. Se podrán utilizar lonchas de jamón enrolladas, mini morcillas o salchichas, buñuelos de bacalao, palitos de surimi, etc.

■ **Los quesos se presentarán en bastoncitos**, en el caso de quesos frescos.

■ **El pan ocupará un lugar importante en esta alimentación**, como tartaletas o tostadas de pan de miga en las que se puedan untar diferentes alimentos.

■ **Las macedonias, yogures y zumos** de frutas podrán servirse en una taza y podrán beberse con una pajita.

■ **Las salsas se presentarán a un lado** para que la persona pueda untar los diferentes bocados si así lo desea, o en su defecto se colocarán en el fondo del plato antes de presentar los alimentos, pero nunca cubrirán los alimentos.

Conclusión

El objetivo sigue siendo que el paciente anciano obtenga la energía y las proteínas suficientes. Las nociones clásicas de equilibrio nutricional son secundarias. El equipo se concentrará en la buena convivencia, el mantenimiento máximo de la autonomía y la estimulación sensorial e intelectual. ●



La enfermedad de Alzheimer no se puede curar, **pero sí saber cuidarla**

La enfermedad de Alzheimer (EA) es la forma más común de la demencia. Demencia es un término general para describir la pérdida de memoria y otras habilidades intelectuales, es tan severa que interfiere con la vida cotidiana del individuo. La EA representa el 60-80% de los casos de la demencia.

Pretendemos concienciar al TCE/AE perteneciente a cualquier área hospitalaria y a los TCE/AE que desarrollan su trabajo en geriátricos de la importancia de tener conocimientos sobre la EA y cómo debemos actuar en la atención y cuidados con estos pacientes.

LA EA es una enfermedad cerebral que causa problemas con la memoria, la forma de pensar y el carácter o la manera de comportarse. Un total de 1,5 millones de personas la padecerá en España en 2050 a consecuencia del progresivo envejecimiento de la población, según la Sociedad Española de Neurología (SEN), quien además señala que esta demencia es padecida en la actualidad por 36 millones de personas en el mundo y por unas 800.000 en España.

METODOLOGÍA

Funcionamiento del cerebro y cómo la enfermedad de Alzheimer le afecta

Nuestro cerebro es el órgano más poderoso del cuerpo, pero solo pesa alrededor de 1,5 kg. Su textura parece dura.

El cerebro consta de tres partes principales:

1. El **encéfalo** llena la mayoría del cráneo. Es el centro de coordinación de actividades sensoriales e intelectuales como la memoria y la resolución de problemas. También controla el movimiento del cuerpo.
2. El **cerebelo** es la parte posterior del cerebro, bajo el encéfalo. Controla la coordinación y el balance.
3. El **tronco cerebral** está debajo de su encéfalo y en frente del cerebelo. Conecta el cerebro a la columna vertebral y controla funciones automáticas como la res-

piración, la digestión, la frecuencia cardíaca y la presión arterial.

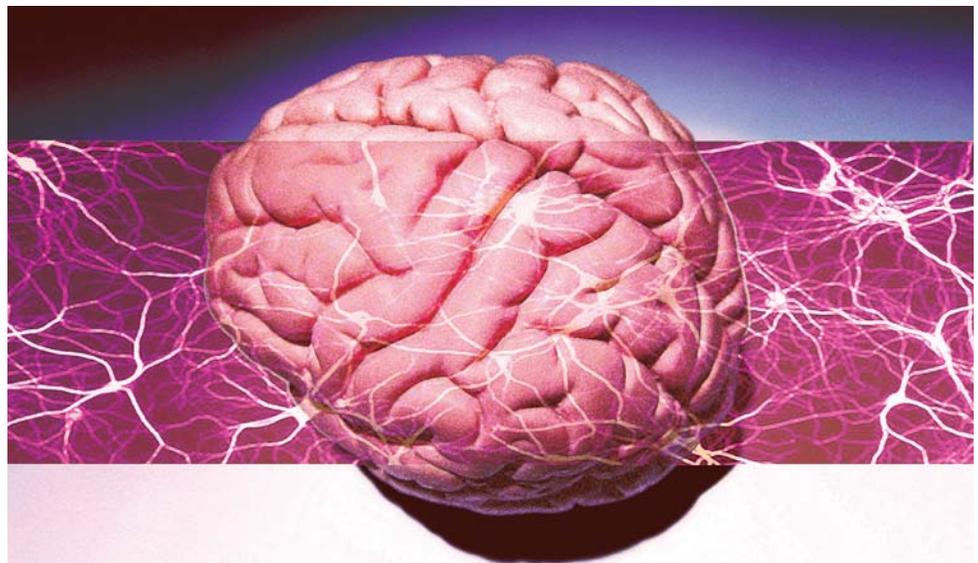
Líneas de suministro

El cerebro es alimentado por una de las redes de vasos sanguíneos

más importantes de nuestro cuerpo. Con cada latido del corazón, **las arterias** llevan cerca del 20-25% de la sangre al cerebro, donde billones de células usan un 20% del oxígeno que lleva la sangre. Cuando esta-

Palabras clave:

- Enfermedad de Alzheimer
- Pérdida de memoria



mos pensando mucho, es posible que nuestro cerebro use hasta el 50% del oxígeno. **La red entera de vasos** incluye venas y capilares junto con las arterias.

La corteza cerebral: “Arrugas del pensamiento”

La superficie arrugada del cerebro es una capa externa especializada del encéfalo llamada la corteza. Los científicos han hecho un “mapa” de la corteza al identificar algunas áreas fuertemente relacionadas a ciertas funciones.

Regiones específicas de la corteza

- Se encargan de dirigir los órganos de los sentidos, como la vista, el oído y el olfato.
- Generan pensamientos, resuelven problemas y hacen planes.
- Forman y almacenan recuerdos.
- Controlan movimientos voluntarios.

El lado izquierdo del cerebro/ el lado derecho del cerebro

Nuestro cerebro está dividido en dos mitades, una del lado izquierdo y una del lado derecho. Los expertos no están seguros de la diferencia entre las funciones de los dos lados, excepto que:

- El lado izquierdo controla el movimiento del lado derecho del cuerpo.
- El lado derecho controla el movimiento del lado izquierdo del cuerpo.
- En la mayoría de las personas, el área que controla el lenguaje está principalmente en el lado izquierdo.

El bosque de neuronas

El trabajo real de nuestro cerebro está llevado a cabo por células individuales. El cerebro de un adulto contiene alrededor de 100 billones de neuronas, con ramas que se conectan en más de 100 trillones de puntos.

Los científicos le pusieron el nombre de “bosque de neuronas” a esta red densa y expandida, y estas señales que pasan por el bos-

que de neuronas forman la base de los recuerdos, los pensamientos y los sentimientos. La EA destruye las neuronas.

Las células mandan señales y las señales que forman recuerdos y pensamientos se mueven por una neurona individual como una minúscula carga eléctrica.

Las neuronas se conectan de una a otra por medio de sinapsis. Cuando una carga eléctrica llega a la sinapsis, puede provocar la transmisión de minúsculos impulsos químicos llamados neuroreguladores. Estos son transmitidos a través de la sinapsis, llevando señales a otras células. Los científicos han identificado docenas de estos neuroreguladores.

La EA interrumpe no solamente la manera en que las cargas eléctricas viajan entre las células sino también la actividad de los neuroreguladores.

Existen 100 billones de neuronas, 100 trillones de sinapsis, docenas de neuroreguladores. Esta “fuerza en números” provee la materia prima de nuestro cerebro. Con el tiempo, nuestras experiencias crean modelos del tipo y la fuerza de las señales. Estos modelos de actividad explican cómo a nivel celular nuestros cerebros codifican nuestros pensamientos, memorias, habilidades y una idea de quienes somos.

La enfermedad de Alzheimer cambia todo el cerebro

La EA causa la muerte de neuronas y la pérdida de tejido en todo el cerebro. Con el tiempo, el cerebro se encoje dramáticamente, afectando casi todas sus funciones.

En el cerebro de la persona con EA:

- La corteza se encoje, dañando las áreas del cerebro usadas para pensar, planear y recordar.
- El encogimiento es especialmente severo en el hipocampo, un área de la corteza que ejerce un papel clave en la formación de nuevos recuerdos.
- Los ventrículos (espacios llenos de líquido dentro del cerebro) se vuelven más grandes.

También se pueden ver los efectos terribles de la EA cuando se observa tejido cerebral a través de un microscopio:

- El tejido cerebral de una persona con EA tiene muchas menos neuronas y sinapsis que un cerebro sano.
- Las placas, grupos anormales de fragmentos de proteína, se acumulan entre neuronas.
- Las neuronas dañadas y muertas presentan **marañas**, las cuales están hechas de fibras retorcidas de otra proteína.

Los científicos no están completamente seguros de qué causa la muerte de células y la pérdida de tejido en el cerebro con EA, pero los primeros sospechosos son las placas y las marañas.

Las placas se forman cuando pedazos de una proteína llamada beta-amiloidea se agrupan. La beta-amiloidea proviene de una proteína más grande que se encuentra en la membrana grasosa que rodea a las neuronas. La beta-amiloidea es químicamente “pegajosa” y se acumula en las placas de forma gradual.

La forma más dañina de la beta-amiloidea puede presentarse cuando se forman pedazos pequeños en vez de placas en sí. Los pequeños grupos pueden bloquear las señales de célula a célula en las sinapsis. Pueden también activar las células del sistema inmune, que provocan inflamación y devoran células incapacitadas.

Las marañas destruyen un sistema vital de transporte celular hecho de proteínas. En las áreas sanas, el sistema de transporte se organiza en fibras paralelas, de forma parecida a las vías del tren. Moléculas de nutrientes, partes de células y otras materias claves se transportan mediante estas “vías”. Una proteína llamada **tau** ayuda a mantener las vías derechas.

A medida que la EA progresa, las placas y las marañas tienden a propagarse por la corteza de una forma predecible. La rapidez de la progresión de la enfermedad varía considerablemente. Las personas que padecen EA viven un promedio

de 8 años, pero algunas pueden vivir hasta 20. El ciclo de la enfermedad depende en parte de la edad de la persona en el momento del diagnóstico, de la existencia de otras condiciones médicas, y de los cuidados y terapias que reciba el paciente.

- **EA temprana:** los cambios pueden empezar 20 años o más antes del diagnóstico.
- **Las etapas tempranas o moderadas de la EA:** generalmente duran de 2 a 10 años.
- **EA severa o tardía:** puede durar de 1 a 5 años.

Etapas más tempranas

En las etapas más tempranas de la EA, antes de que los síntomas puedan ser detectados por pruebas actuales, las placas y las marañas empiezan a formarse en las áreas del cerebro que son para:

- Aprender y recordar.
- Pensar y planear.

Etapas leves o moderadas

En las etapas leves o moderadas de la EA, las regiones del cerebro que son importantes para la memoria y para poder pensar y planear desarrollan más placas y marañas de las que estuvieron presentes en las etapas tempranas. Esto desemboca en problemas de la memoria o del pensamiento tan serios que pueden interferir con el trabajo o la vida social. Las personas en esta etapa pueden sentirse confundidas y tener problemas al manejar el dinero, expresarse y organizar sus pensamientos. Muchas personas con EA son diagnosticadas durante estas etapas.

Las placas y las marañas también se propagan a áreas del cerebro que se usan para:

- Hablar y comprender el habla.
- Entender la posición de su cuerpo en relación con los objetos a su alrededor.

Con el progreso de la enfermedad, los individuos afectados pueden experimentar cambios de personalidad y de comportamiento y tener dificultad en reconocer a sus amigos y familiares.

Etapa avanzada

En la etapa avanzada de la EA, la mayoría de la corteza está seriamente dañada. El cerebro se encoge dramáticamente debido a la muerte de un gran número de células. Las personas que la padecen pierden su habilidad de comunicarse, reconocer a su familia y a sus seres queridos y de cuidarse de sí mismo.

Diagnóstico temprano de la enfermedad de Alzheimer

Debemos controlarnos y observarnos, ya que con un diagnóstico temprano, una persona

En general, el 70% de las personas entre 65 y 90 años que sufren esta enfermedad son mujeres. Debido a que un 70% de aquellas personas que padecen de EA viven en sus hogares, el impacto de esta enfermedad se extiende a millones de familiares, amigos y cuidadores. Por tanto, se necesita tener una buena formación para poder cuidar al paciente y también para saber cuidarse el mismo.

El EA empeora al pasar el tiempo. Aunque existen muchos síntomas, la mayoría de las personas experimentan pérdida de memoria severa que afecta a las actividades diarias y a la habilidad de disfrutar de



puede obtener los beneficios de los tratamientos disponibles. Los tratamientos para la EA pueden aliviar algunos de los síntomas y pueden ayudar a la persona a mantener un nivel de funcionamiento durante más tiempo. También puede aumentar las posibilidades de participar en ensayos clínicos cuyos resultados pueden avanzar la investigación y el conocimiento de esta enfermedad.

actividades con las que la persona lo hacía anteriormente.

Otros síntomas son confusión, desorientación en lugares conocidos, colocación de objetos fuera de lugar, y problemas con el habla y/o la escritura.

El EA causa cambios cerebrales que pueden cambiar la forma en que una persona actúa. Algunos individuos se ponen ansiosos o agresivos, otros repiten ciertas preguntas o gestos, muchos pueden

malinterpretar lo que ven y lo que oyen; por lo que es muy importante entender que la persona no está actuando de esta forma a propósito ni está tratando de molestar al familiar, cuidador, etc.

Los comportamientos difíciles pueden interferir con la vida diaria (dormir) y pueden llevar a la frustración y a la tensión. El secreto de enfrentar los comportamientos difíciles es:

- 1) Determinar cuáles son las causas.
- 2) Tener paciencia, responder con calma y apoyar a la persona.
- 3) Encontrar formas para prevenir que los comportamientos sucedan.

Agresión: El comportamiento agresivo puede ser verbal (gritos, ofensas) o físico (pegar, empujar). Puede ocurrir de pronto, sin ninguna razón aparente, o pueden ser causa de una situación frustrante. Cualquiera que sea el caso, es importante tratar de entender qué puede estar causando que la persona esté enojada o disgustada. Las causas del comportamiento agresivo pueden ser cosas como problemas médicos, un ambiente bullicioso o dolor.

Deambular: Es común que las personas con demencia deambulen o se pierdan. Generalmente, al deambular, ellos tienen un propósito en mente o una meta como encontrar algún objeto perdido, tratar de cumplir con una tarea de un trabajo que tuvieron anteriormente o “querer ir a casa” aunque estén en casa. Aún así, deambular puede ser peligroso y puede terminar en alguna lesión e, incluso, la muerte.

Ansiedad y agitación: Puede que la persona se sienta ansiosa y agitada, o esté inquieta y tenga que moverse y caminar. La persona puede sentirse incómoda o enojada en ciertos lugares o con ciertos detalles. Puede que se le pegue a un cuidador específico para que le dé atención y le guíe.

Confusión: Puede que la persona no reconozca a la gente, lugares o cosas con las que está familiarizada.

Puede que la persona olvide las relaciones que tiene con otros, les llame por otro nombre o esté confundida sobre dónde está su casa. A la persona también se le puede olvidar para qué sirven ciertos artículos comunes como una pluma o un tenedor.

Alucinaciones: Cuando las personas con EA tienen alucinaciones, ven, oyen, huelen, prueban y sienten algo que no está ahí. La persona puede ver la cara de un viejo amigo en la cortina u oír a gente hablando. Si la alucinación no causa problemas, se debe ignorar. Sin embargo, si esto sucede continuamente, se debe visitar al doctor para que determine si hay alguna otra causa física.

Repetición: La persona con EA puede repetir lo mismo frecuentemente, como la misma palabra, una pregunta o la misma actividad. En la mayoría de los casos, la persona está buscando calmarse, sentirse seguro y la familiaridad. El paciente a veces se pasea de un lado a otro o deshace algo que ya estaba terminado. Estas acciones raramente son perjudiciales para la persona, pero pueden ser muy estresantes para el cuidador.

Síndrome vespertino y problemas con el sueño: El paciente puede experimentar períodos de mayor confusión, ansiedad y agitación al caer la tarde, que pueden continuar por la noche. Esto se llama *sundowning* o síndrome vespertino, también conocido como “agitación vespéral”. Los expertos no saben qué lo causa, pero hay ciertos factores que contribuyen a este comportamiento son el cansancio al final del día o una necesidad de dormir menor de lo que es común en adultos mayores.

Sospecha: La pérdida de memoria y la confusión pueden causar que una persona con EA perciba las cosas de una manera nueva o inusual. Los individuos pueden sospechar de la gente de su alrededor y hasta acusar a otros de robarles, de serles infieles e, incluso, de comportarse de forma inapropiada. Algunas veces, hasta

puede malinterpretar lo que ellos ven y oyen.

La mitad de los casos de EA en todo el mundo están asociados a siete factores de riesgo que podrían prevenirse. Tabaco, sedentarismo, escasa actividad mental, hipertensión, diabetes, obesidad y depresión.

Según una revisión de estudios publicada en *Lancet Neurology*, reducir esta lista en torno a un 25% podría evitar unos tres millones de afectados.

Otros factores de riesgo

La edad, el historial familiar y la genética son factores de riesgo que no podemos cambiar. Sin embargo, ahora los estudios científicos están dando pistas sobre otros factores de riesgo que sí se pueden controlar. Aparentemente hay un vínculo fuerte entre el futuro riesgo de desarrollar EA y las lesiones serias en la cabeza o el cerebro. Es importante proteger su cabeza abrochándole el cinturón de seguridad en un automóvil, usando un casco cuando participe en deportes, y tomando medidas en su casa para evitar caídas.

Muchos estudios muestran una conexión entre la salud del cerebro y la salud del corazón. El riesgo de desarrollar EA o la demencia vascular parece aumentar con muchas condiciones que dañan al corazón y a los vasos sanguíneos. Estas condiciones incluyen enfermedades del corazón, diabetes, derrames cerebrales, presión alta y colesterol alto.

Se debe trabajar con el médico para monitorizar la salud de su corazón y mantener bajo control cualquier problema que surja.

Estudios de los tejidos cerebrales ofrecen más evidencias de la conexión entre el corazón y el cerebro. Los resultados de estos estudios indican que las placas y marañas tienen más probabilidad de causar los síntomas de la EA si la persona también ha sufrido un derrame cerebral o dañen a los vasos sanguíneos del cerebro.

Durante los años 60 y 70, surgió la posibilidad de que el aluminio pudiera causar la EA. Esta sospecha causó preocupación sobre la exposición diaria al aluminio a través de fuentes como ollas para cocinar, papel de aluminio, latas de bebidas, antiácidos y desodorantes. Desde entonces, los estudios no han confirmado que el aluminio sea una causa. Hoy en día muy pocos expertos creen que las fuentes de aluminio de uso diario sean una amenaza.

¿Cómo saber si es enfermedad de Alzheimer?

A menudo, la gente con pérdida de memoria u otras posibles señales de advertencia no se dan cuenta del problema. Por lo mismo, también pueden resistirse a buscar información sobre sus síntomas o ayuda para ellos. Las señales pueden ser más obvias para los familiares o los amigos de la persona afectada.

El primer paso es encontrar un médico de confianza, aunque diversos tipos de médicos pueden diagnosticar y tratar los síntomas de la pérdida de memoria o la EA. Los médicos generales a menudo supervisan el proceso diagnóstico; en muchos casos, el médico puede enviar al paciente a un especialista como un neurólogo, que se especializa en las enfermedades del cerebro y el sistema nervioso, un psiquiatra que se especializa en los trastornos médicos que afectan el humor o la manera en que trabaja la mente, un psicólogo, entrenado en las maneras especiales de hacer pruebas de la memoria y de otras funciones mentales.

No hay una sola prueba que demuestre que una persona tiene EA. El examen médico y las pruebas médicas están diseñadas para evaluar la salud en general e identificar cualquier condición que pudiera afectar al buen funcionamiento de la memoria.

Los expertos estiman que un médico cualificado puede diagnosticar una EA con un 90% de certeza.

Los médicos casi siempre pueden determinar si una persona tiene demencia, pero a veces es difícil determinar la causa exacta.

Los pasos del diagnóstico incluyen:

1. *Entender el problema:* Es posible que el médico pregunte sobre:

- Los tipos de síntomas que ha tenido la persona.
- Cuándo empezaron los síntomas.
- Con qué frecuencia apartecen.
- Si los síntomas han empeorado.

2. *Repasar el historial médico:* El médico entrevistará a la persona y a las personas más cercanas

3. *Evaluar el humor y el estado mental:* Las pruebas del estado mental evalúan la memoria, la capacidad de resolver problemas simples y otras habilidades del pensamiento. Estas pruebas dan una indicación general sobre si la persona es consciente de sus síntomas, sabe la fecha, la hora y dónde está, si puede recordar una lista breve de palabras, seguir instrucciones y hacer cálculos fáciles.

¿Es hereditaria la enfermedad de Alzheimer?

Raramente (alrededor de un 10%), la enfermedad es familiar, en cuyo caso la posibilidad de



para recoger información sobre enfermedades mentales y físicas actuales o del pasado. Es de ayuda traer una lista de todos los medicamentos que la persona toma. El médico también preguntará sobre otras condiciones médicas claves que afectan a otros miembros de la familia. Es especialmente de interés si otros familiares padecen o han padecido EA u otros trastornos relacionados.

que un hijo sea portador de la alteración genética que provoca la enfermedad es del 50%. En los casos restantes –la inmensa mayoría–, aunque existen algunos factores genéticos que pueden asociarse a un mayor riesgo de padecerla, la enfermedad se considera esporádica, es decir, de aparición independiente a la existencia o no de casos en la misma familia.

Se puede prevenir la EA 20 años antes de los síntomas. Estudios presentados en la Conferencia Internacional de la Asociación de Alzheimer en París revelan que la EA se puede prevenir. En este sentido, los científicos recuerdan que la EA heredada podría detectarse hasta 20 años antes de que la enfermedad se manifieste.

Ensayos clínicos con marcadores biológicos (fiables en el 80-85% de los casos) y los resultados de una resonancia magnética nuclear indican que se puede predecir la enfermedad años antes de desarrollarla. Pero según afirma el investigador Selmés, en la práctica clínica esto no sirve de nada si no tenemos tratamiento curativo o preventivo. La última novedad es que el equipo de Randall Bateman está trabajando con afectados de EA hereditaria (1%). Se sabe que estas formas de la enfermedad modifican los genes y se espera que se encuentre algo sobre el mecanismo de acción que ayude a avanzar en la prevención de la EA esporádica.

Severidad de la demencia

Escala global de deterioro (Reisberg).

- Normal, I. - II.
- Demencia leve, III.
- Demencia moderada, IV. - V. ABVD. - AIVD.
- Demencia severa, VI. - VII.

¿Cómo evoluciona un paciente con enfermedad de Alzheimer?

Por lo general se describen tres fases:

- 1º Fase inicial (dura de 3 a 4 años).
- 2º Fase intermedia (suele durar de 2 a 3 años).
- 3º Fase terminal (suele durar de 2 a 3 años).

Etapas de la enfermedad

La EA empeora con el tiempo. Los expertos han definido unas “etapas” para describir cómo las habilidades de una persona cambian a medida que avanza la enferme-

dad. Es importante recordar que las etapas son guías generales y que los síntomas varían mucho. Cada individuo es único, pero aquí se describe lo que le ocurre a la mayoría. Las personas que padecen EA viven un promedio de 4-8 años después de su diagnóstico, pero algunas personas viven hasta 20 años con la enfermedad.

Las siete etapas se basan en un sistema desarrollado por Barry Reisberg, M.D., director del Centro de Investigación de Demencia y Envejecimiento Silberstein de la Escuela de Medicina de la Universidad de Nueva York.

Primera etapa: ausencia de daño cognitivo y función normal

La persona no experimenta problemas de la memoria y no hay síntomas evidentes para los profesionales médicos durante las consultas.

Segunda etapa: disminución cognitiva muy leve

Pueden ser los cambios normales provocados por el envejecimiento o pueden ser las primeras señales de la EA. El individuo nota ciertos fallos de memoria como olvidar palabras conocidas o el lugar donde se colocan objetos de uso diario. Sin embargo, estos problemas no son evidentes durante los exámenes médicos, ni tampoco resultan aparentes para los amigos, familiares o compañeros de trabajo.

Tercera etapa: disminución cognitiva leve

La etapa temprana de la EA puede ser diagnosticada en algunos individuos que presentan estos síntomas, pero no en todos.

Los amigos, familiares o compañeros de trabajo comienzan a notar deficiencias. Los problemas de memoria o de concentración pueden medirse por medio de una entrevista médica detallada. Algunas dificultades comunes en esta tercera etapa son:

- Dificultad notable de encontrar la palabra o el nombre adecuado.

- Capacidad reducida para recordar nombres al ser presentado a nuevas personas.
- Mayor dificultad al desempeñar tareas sociales o laborales.
- Poca retención de lo que uno lee.
- Pérdida o extravío de un objeto.
- Mayor dificultad para planificar y organizar.

Cuarta etapa: disminución cognitiva moderada

Etapa leve o temprana de la EA. Una entrevista médica cuidadosa debería poder detectar deficiencias claras en las siguientes áreas:

- Falta de memoria de acontecimientos recientes.
- Dificultad para realizar cálculos mentales complejos (p. ej., contar desde 100 hacia atrás de 7 en 7).
- Mayor dificultad al realizar tareas complejas, tales como planificar una comida para invitados, pagar las cuentas o administrar las finanzas.
- Olvido de la historia personal.
- Estar de humor variable o apartado, sobre todo en situaciones que representan un desafío social o mental.

Quinta etapa: disminución cognitiva moderadamente severa

Etapa moderada o media de la EA. Las lagunas de memoria y déficit en la función cognitiva son notables y las personas empiezan a necesitar asistencia con las actividades cotidianas. En esta etapa, los individuos que padecen EA pueden:

- Ser incapaces de recordar su domicilio actual, su número telefónico o el nombre de la escuela o colegio al cual asistieron.
- Confundirse respecto al lugar donde están o el día de la semana.
- Presentar dificultades para realizar cálculos matemáticos menos complicados en forma

mental (p. ej., contar hacia atrás desde 40 restando de 4 en 4).

- Necesitar ayuda para seleccionar una vestimenta adecuada para la época del año o para la ocasión.
- Por lo general, aún recuerda detalles significativos sobre sí mismos y sus familiares.
- Por lo general, aún no requiere ayuda para alimentarse o utilizar el baño.

Sexta etapa: disminución cognitiva severa

Etapa moderadamente severa o media de la EA. Los problemas de la memoria siguen agravándose, pueden producirse cambios considerables en la personalidad y los individuos afectados por la enfermedad necesitan considerable ayuda en las actividades de la vida cotidiana.

En esta etapa, el individuo puede:

- Perder conciencia de las experiencias y hechos recientes y de su entorno.
- Tener dificultad en recordar su historia personal, aunque por lo general recuerda su propio nombre.
- Olvidar ocasionalmente el nombre de su pareja o de la principal persona que lo cuida, pero, generalmente, puede distinguir las caras conocidas de las desconocidas.
- Requerir ayuda para vestirse en forma apropiada y cuando está sin supervisión, cometer errores tales como ponerse el pijama sobre la ropa o los zapatos en los pies equivocados.
- Sufrir una alteración del ciclo normal del sueño durmiendo durante el día y volviéndose inquieto durante la noche.
- Requerir ayuda para manejar asuntos vinculados con el uso del baño (por ejemplo: tirar de la cadena, limpiarse o deshacerse del papel higiénico de forma correcta).
- Aumenta la cantidad de episodios de incontinencia urinaria o fecal.

- Experimentar cambios significativos de la personalidad y el comportamiento, incluyendo celos y creencias falsas (p. ej., creer que la persona que lo cuida es un impostor) o conductas repetitivas y compulsivas, tales como retorcer las manos o romper papeles.
- Tener una tendencia a deambular y extraviarse.

Séptima etapa: disminución cognitiva muy severa:

En la última etapa de esta enfermedad los individuos pierden la capacidad de responder a su entorno, de hablar y, eventualmente,

¿Cuántos años puede vivir un paciente con enfermedad de Alzheimer?

La rapidez con la cual empeora esta enfermedad es diferente para cada persona. Si la EA se presenta súbitamente, es más probable que empeore con rapidez. Los pacientes con frecuencia mueren antes de lo normal, aunque pueden vivir entre 3 y 20 años después del diagnóstico. La última fase de la enfermedad puede durar desde unos meses hasta varios años. Durante ese tiempo, el paciente se torna totalmente inválido. La muerte, por lo general, ocurre por una infección o una insuficiencia orgánica. La ex-



de controlar sus movimientos. Es posible que todavía pronuncien palabras o frases. Las personas en esta etapa necesitan ayuda con la mayoría de su cuidado personal diario, incluyendo comer y hacer sus necesidades. Pueden perder la capacidad de sonreír, de sentarse sin apoyo y de sostenerse la cabeza. Los reflejos se vuelven anormales y los músculos rígidos. También se ve afectada la capacidad de tragar.

pectativa de vida está disminuida, sobre todo, en las formas de inicio precoz (antes de los 60 años).

¿Qué tratamiento existe para la demencia?

El tratamiento puede ser farmacológico y no farmacológico.

¿Qué medicamentos pueden utilizarse?

Ningún tratamiento puede detener la EA. En las fases tempranas

y media de la enfermedad, medicamentos como tacrina, donepezil, rivastigmina o galantamina pueden prevenir el empeoramiento de algunos síntomas durante un tiempo limitado. También algunas medicinas pueden ayudar a controlar conductas sintomáticas como el insomnio, la agitación, el deambular, la ansiedad y la depresión. El tratamiento de estos síntomas frecuentemente

haloperidol, la risperidona y la quetiapina. Generalmente, se administran en dosis muy bajas, debido al riesgo de efectos secundarios, que incluyen un mayor riesgo de muerte.

Algunas personas creen que ciertas vitaminas y hierbas pueden ayudar a prevenir o retrasar la EA. No existen datos concluyentes que indiquen que tomar folato (vitamina B₉), vitamina B₁₂ y vitamina E prevenga

Hoy en día no hay ninguna manera de detener la muerte de las células cerebrales, pero tratamientos con y sin medicamentos pueden ayudar con los síntomas cognitivos y de comportamiento.

Un plan de cuidado para un paciente con EA comprende: considerar opciones de tratamiento apropiadas, hacer un seguimiento de la efectividad del tratamiento a medida que progresa la enfermedad, cambiar de planteamiento y explorar alternativas a medida que sea necesario, respetando los objetivos de tratamiento y la tolerancia para el riesgo del individuo y de la familia.

Demencia severa o avanzada

Vamos a centrarnos en la última fase de esta enfermedad que es la que más complicaciones presenta, además de un gran empeoramiento de los síntomas. La enfermedad conlleva un deterioro de masa muscular, perdiéndose la movilidad, lo que lleva al enfermo a un estado de encamamiento a la incapacidad de alimentarse a sí mismo y a la incontinencia; en aquellos casos en que la muerte no ha llegado aún por causas externas, se producen infecciones por úlceras, neumonía o cuadros febriles, por ejemplo.

El lenguaje se torna severamente desorganizado, llegándose a perder completamente; a pesar de ello, se conserva la capacidad de recibir y enviar señales emocionales. Los enfermos en esta fase no podrán andar, ni comer por sí solos: en la mayoría de los casos, son alimentados a través de sonda nasogástrica y no controlan los esfínteres, por lo que, requerirán constante supervisión y cuidados, quedando así completamente dependientes. Puede aún estar presente cierta agresividad, aunque es más frecuente ver extrema apatía y agotamiento, que aparezcan las úlceras por presión a causa de la poca movilidad, úlceras que sue-



hace que los pacientes se sientan más cómodos y facilita su cuidado para las personas que los atienden.

Los medicamentos para la EA abarcan:

- Donepezil, rivastigmina y galantamina. Los efectos secundarios abarcan malestar estomacal, diarrea, vómitos, calambres musculares y fatiga.
- La memantina. Los posibles efectos secundarios incluyen agitación o ansiedad.

Se pueden requerir otros medicamentos para controlar comportamientos agresivos, agitados o peligrosos. Algunos ejemplos son el

la EA o disminuya la enfermedad una vez que esta se presenta.

Manejo de la demencia

La EA cambia la vida no solamente de la persona diagnosticada, sino también de las personas cercanas a él o ella. No hay una cura para esta enfermedad, pero sí hay tratamientos disponibles que pueden aliviar algunos de los síntomas. Los resultados de los estudios científicos indican que las personas que aprovechan el tratamiento, cuidado y opciones de apoyo disponibles pueden mejorar la calidad de vida.

len empeorar a pasos agigantados a pesar de los buenos cuidados, siendo estas algunas de las causas que adelantan la muerte del paciente con EA.

Plan de actuación

Por todo lo expuesto, afirmamos y aseguramos que el manejo de la demencia requiere aproximación individualizada y multidimensional, que incluye el uso de tratamientos y herramientas somáticas, psiquiátricas, psicoterapéuticas y psicosociales.

Estos enfermos han de tener siempre afecto a su alrededor; por tanto, los cuidadores, los profesionales sanitarios, en este caso los TCE debemos formarnos al más alto, nivel de asistencia, ya que tener un paciente a nuestro cargo con esta enfermedad supone una carga emocional añadida.

Los cuidadores españoles somos los más insatisfechos con la información recibida (2,7 sobre una escala de 5). El 78% hubiera deseado obtener mayor información sobre los servicios disponibles: en la actualidad tenemos más facilidad para adquirir estos conocimientos. Por ello debemos establecer un protocolo y aplicar la táctica de los diez NUNCAS que todo cuidador, los TCE y todo el personal sanitario, debemos respetar ante los pacientes que presenten EA:

- 1- NUNCA discutas con el enfermo, ponte de acuerdo con él.
- 2- NUNCA trates de razonar con él, distrae su atención.
- 3- NUNCA le avergüences, ensálzalo.
- 4- NUNCA trates de darle lecciones, serénalo.
- 5- NUNCA le pidas que recuerde, rememórale las cosas y los hechos.
- 6- NUNCA le digas “ya te dije”, repítelo cuantas veces haga falta.
- 7- NUNCA le digas “tú no puedes”, dile “haz lo que puedas”
- 8- NUNCA le exijas u ordenes, pregúntale o enséñale.
- 9- NUNCA condesciendas, dale ánimos o ruégale.

Decálogo de un paciente con alzheimer

- **Sé paciente conmigo:** Recuerda, soy la víctima indefensa de una enfermedad orgánica del cerebro que está fuera de mi control.
- **Háblame:** Aun cuando no siempre te pueda contestar, puedo escuchar tu voz y a veces entiendo tus palabras.
- **Sé tierno conmigo:** Pues cada día de mi vida es una larga y desesperada batalla, tu ternura puede ser el evento más especial de mi vida.
- **Considera mis sentimientos:** Porque aún están vivos dentro de mí.
- **Trátame con dignidad y respeto:** Al igual que con gusto te hubiera tratado a ti, si hubieses sido el enfermo.
- **Recuerda mi pasado:** Porque yo antes fui una persona joven y sana, vibrante, llena de vida, amor y risa, con habilidades e inteligencia.
- **Recuerda mi presente:** Soy una persona miedosa, un esposo, esposa, madre, hermano/a, amigo... que extraña mucho su hogar y su familia.
- **Recuerda mi futuro:** Aunque a ti te parezca oscuro, siempre estoy lleno de esperanzas en el mañana.

10- NUNCA fuerces, refuerza la situación, y NUNCA hables de él como si no estuviera presente.

Existen talleres educativos, conducidos por TCE que ofrecen a los participantes que acuden de distintos colectivos –TCE y cuidadores asistenciales, tanto en domicilios como en geriátricos– información práctica sobre temas como ser cuidador, la salud cerebral, la enfermedad y cómo vivir con la demencia. Estamos comprobando

que respetando los 10 NUNCA se ha conseguido captar más la atención de estos pacientes y, a su vez, lograr que colaboren en nuestra actuación y cuidados.

Cuando nos hacemos cargo de pacientes con esta enfermedad, debemos tener presente cómo quieren que se les trate; para ello debemos recordar cómo quería ser tratado.

Resultados de la investigación

Después de 2 años impartiendo cursos y talleres de formación sobre los cuidados a pacientes con EA, los cuidadores nos indican que los pacientes han experimentado un buen cambio en su comportamiento, consiguiendo captar su atención y colaborando en la medida de sus posibilidades, con lo que la evolución de estos enfermos es muy satisfactoria.

Podemos asegurar que el buen trato a estos pacientes, basado en la humanización de los cuidados y una buena formación por parte de los TCE, cuidadores asistenciales y familiares, son los dos puntos clave para conseguir una buena calidad asistencial. ●

Bibliografía

- Alzheimer's Association National Office 225 N. Michigan Ave., Fl. 17, Chicago, IL 60601
- La enfermedad de Alzheimer en el año 2000. Rev Panam Salud Pública. 2001, vol.10, n.4.
- Donoso S, Archibaldo, Behrens P. Rev. Med, Chile. 2005, vol.133, n.4.
- De la Vega R, Zambrano A. Alzheimer [en línea]. Circunvalación del Hipocampo, abril 2011 [Consulta: 20 marzo 2013]. Disponible en: <http://www.hipocampo.org/alzheimer.asp>
- Aisen PS, Schneider LS, Sano M, Diaz-Arrastia R, van Dyck CH, et al. High-dose B vitamin supplementation and cognitive decline in Alzheimer's disease: a randomized controlled trial. JAMA. 2008;300:1774-83.
- DeKosky ST, Kaufer DI, Hamilton RL, Wolk DA, Lopez OL. The dementias. In: Bradley WG, Daroff RB, Fenichel GM, Jankovic J, eds. Bradley: Neurology in Clinical Practice, 5ª ed. Filadelfia: Butterworth-Heinemann Elsevier; 2008. Chap 70.
- DeKosky ST, Williamson JD, Fitzpatrick AL, Kronmal RA, Ives DG, Saxton JA, et al. Ginkgo biloba for prevention of dementia: a randomized controlled trial. JAMA. 2008;300:2253-62.
- Ser Cuidador: sercuidador@cruzroja.es
http://www.sercuidador.org/pdf/guia_recursos.pdf

PROGRAMA DE FORMACIÓN A DISTANCIA 2014



PROGRAMA DE FORMACIÓN A DISTANCIA 2014 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° _____ Esc.: _____ Letra _____ Piso: _____ C.P. _____

Localidad _____ Provincia _____

Tlf.: _____ Móvil _____ E-mail _____

Afiliado SAE: Sí No N° Afiliación _____

Marque con "X" el código de la actividad deseada

DE001 Anatomía, movilización y traslado del paciente con traumatismos para Téc. en Emergencias Sanitarias (40 h.- 4,6 créditos) **45 € afil. - 70 € no afil.**

MATRÍCULA: Abierta y permanente (durante el curso académico) **LÍMITE ALUMNOS:** 100 (por edición)

Forma de pago: Mediante ingreso o transferencia a favor de "FAE" en el Banco Popular. C/C N° ES95 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 2014 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° _____ Esc.: _____ Letra _____ Piso _____ C.P. _____

Localidad _____ Provincia _____

Tlf.: _____ Móvil _____ E-mail _____

Afiliado SAE: Sí No N° Afiliación _____

Marque con "X" el/los código/s de la/s actividad/es deseada/s

- DF001** Estudio farmacológico en enfermedades infecciosas: bacterianas, víricas, micóticas y parasitarias para técnicos (65 h.- 6,8 créditos) **57 € afil.- 81 € no afil.**
- DF002** Los antihistamínicos y sus usos. Dispensación de medicamentos de especial control e intoxicaciones para técnicos (50 h.- 4,2 créditos) **51 € afil.- 75 € no afil.**
- DF003** Medicamentos genéricos, biológicos y biotecnológicos para técnicos (40 h.- 6,2 créditos) **45 € afil.- 70 € no afil.**
- DF004** Operaciones básicas de laboratorio farmacéutico y formulación magistral para técnicos (50 h.- 4,1 créditos) **51 € afil.- 75 € no afil.**
- DF005** Principios básicos de Farmacología para Técnicos de Farmacia (40 h.- 3,4 créditos) **45 € afil.- 70 € no afil.**
- DF006** Conocimientos básicos del medicamento, proceso L.A.D.M.E. y vías de administración para técnicos (80 h.- 4 créditos) **69 € afil.- 93 € no afil.**

DBF01 Bloque FARMACIA Y LABORATORIO PARA TÉCNICOS EN FARMACIA (170 h.- 11,5 créditos) **145 € afil.- 210 € no afil.**

Compuesto por tres cursos: "Conocimientos básicos del medicamento, proceso L.A.D.M.E. y vías de administración para técnicos", "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:** 100 (por edición)

Forma de pago: Mediante ingreso o transferencia a favor de "FAE" en el Banco Popular. C/C N° ES95 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 2014 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° _____ Esc.: _____ Letra _____ Piso: _____ C.P. _____

Localidad _____ Provincia _____

Tlf.: _____ Móvil _____ E-mail _____

Afiliado SAE: Sí No N° Afiliación _____

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

- DB002** Bloque de ATENCIÓN DE ENFERMERÍA ANTE EL MALTRATO (130 h.- 11 créditos) **125 € afil.- 180 € no afil.**
- DB003** Bloque de CUIDADOS PEDIÁTRICOS (107 h.- 8,8 créditos) **90 € afil.- 130 € no afil.**
- DB004** Bloque de TÉCNICAS HOSPITALARIAS (160 h.- 15,4 créditos) **140 € afil.- 195 € no afil.**
- DB005** Bloque EL TCE/AE EN HOSPITALIZACIÓN (84 h.- 9,8 créditos) **85 € afil.- 120 € no afil.**
- DB006** Bloque FARMACIA Y LABORATORIO PARA TCE/AE (170 h.- 12,8 créditos) **145 € afil.- 210 € no afil.**

MATRÍCULA: Abierta y permanente (durante el curso académico) **LÍMITE ALUMNOS:** 100 (por edición)

Forma de pago: Mediante ingreso o transferencia a favor de "FAE" en el Banco Popular. C/C N° ES95 0075-0079-51-0601414663.

No se admitirá boletín alguno que no esté debidamente cumplimentado. El pago debe hacerse a nombre del titular del curso.

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

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

Nombre y apellidos _____

N.I.F. _____ Domicilio _____

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

Provincia _____ Tlf.: _____ Móvil _____

Email _____

Afiliado SAE: Sí No Nº Afiliación _____

Marque con "X" el/los código/s de la/s actividad/es deseada/s

- D0001** Actuación del AE/TCE en la unidad de urgencias pediátricas (100 h.- 8,9 créditos) **99 € afil.- 129 € no afil.**
- D0002** Actuación del AE/TCE en servicios especiales. Urgencias: traumatismos y quemados (80 h.- 8,2 créditos) **69 € afil.- 93 € no afil.**
- D0003** El paciente ostomizado. Cuidados y técnicas del AE/TCE (70 h.- 8,7 créditos) **65 € afil.- 88 € no afil.**
- D0004** Anatomía y movilización de pacientes para AE/TCE (21 h.- 3,4 créditos) **FORMATO CD 25 € afil.- 34 € no afil.**
- D0005** Atención y cuidados del TCE/AE durante el proceso de duelo (21 h.- 2,1 créditos) **25 € afil.- 34 € no afil. ¡¡NUEVO!!**
- D0006** Atención del AE/TCE al paciente con alteraciones mentales (67 h.- 6,4 créditos) **57 € afil.- 81 € no afil.**
- D0007** Atención del equipo de enfermería ante enfermedades inmigrantes por la globalización. Cuidados del AE/TCE (50 h.- 4,6 créditos) **51 € afil.- 75 € no afil.**
- D0008** Conocimientos básicos del medicamento, proceso L.A.D.M.E. y vías de administración para técnicos (80 h.- 4 créditos) **69 € afil.- 93 € no afil.**
- D0009** Atención y cuidados del TCE/AE al paciente trasplantado (65 h.- 3,7 créditos) **57 € afil.- 81 € no afil. ¡¡NUEVO!!**
- D0010** Cuidados del AE/TCE al paciente con patología digestiva (65 h.- 7,5 créditos) **57 € afil.- 81 € no afil.**
- D0011** Técnicas y cuidados del AE/TCE en ginecología y obstetricia. Módulo: cuidados para la salud de la mujer (70 h.- 6,4 créditos) **65 € afil.- 88 € no afil.**
- D0012** Cuidados del AE/TCE en la alimentación del paciente oncológico (21 h.- 3,2 créditos) **FORMATO CD 25 € afil.- 34 € no afil.**
- D0013** Cuidados, prevención y curas de la piel. Atención del AE/TCE en las úlceras por presión (50 h.- 5,1 créditos) **51 € afil.- 75 € no afil. ¡¡NUEVO!!**
- D0014** Cuidados del equipo de enfermería ante el maltrato a los ancianos (40 h.- 3,6 créditos) **45 € afil.- 70 € no afil.**
- D0015** Cuidados del equipo de enfermería ante el maltrato de género (40 h.- 3,5 créditos) **45 € afil.- 70 € no afil.**
- D0016** Cuidados del equipo de enfermería ante el maltrato infantil (50 h.- 3,9 créditos) **51 € afil.- 75 € no afil.**
- D0017** Cuidados del equipo de enfermería en el control de las enfermedades nosocomiales. Cuidados del técnico (60 h.- 5,6 créditos) **57 € afil.- 81 € no afil.**
- D0018** Cuidados del AE/TCE al paciente infeccioso (21 h.- 1,9 créditos) **FORMATO CD 25 € afil.- 34 € no afil.**
- D0019** Cuidados del AE/TCE en la unidad de urología (50 h.- 4 créditos) **51 € afil.- 75 € no afil.**
- D0020** Cuidados del TCE/AE en los trastornos de la regulación de la temperatura en pediatría (21 h.- 2,7 créditos) **FORMATO CD 25 € afil.- 34 € no afil.**
- D0021** Cuidados intensivos para AE/TCE (40 h.- 3,4 créditos) **45 € afil.- 70 € no afil.**
- D0022** Cuidados materno infantiles para AE/TCE (65 h.- 4,4 créditos) **57 € afil.- 81 € no afil.**
- D0023** Cuidados y atención del AE/TCE al paciente neurológico. Módulo I (50 h.- 6,3 créditos) **51 € afil.- 75 € no afil.**
- D0024** Cuidados y atención del AE/TCE al paciente neurológico. Módulo II: patologías (50 h.- 4,6 créditos) **51 € afil.- 75 € no afil.**
- D0025** Cuidados y técnicas del AE/TCE en servicios especiales: obstetricia y ginecología. Módulo control fetal (21 h.- 3,2 créditos) **FORMATO CD 25 € afil.- 34 € no afil.**
- D0026** Cuidados y técnicas del AE/TCE en pruebas diagnósticas para laboratorio (50 h.- 4,3 créditos) **51 € afil.- 75 € no afil.**
- D0027** Cuidados y técnicas para AE/TCE en atención especializada (50 h.- 5,8 créditos) **51 € afil.- 75 € no afil.**
- D0028** El AE/TCE en cuidados y complicaciones de los accesos vasculares en pacientes dializados (21 h.- 2,4 créditos) **FORMATO CD 25 € afil.- 34 € no afil.**
- D0029** El AE/TCE en ginecología, obstetricia y neonatos. El parto y los cuidados del neonato (40 h.- 4,9 créditos) **45 € afil.- 70 € no afil.**
- D0030** El AE/TCE en la prevención y cuidados de las úlceras por presión (65 h.- 5,5 créditos) **57 € afil.- 81 € no afil.**
- D0031** El AE/TCE ante las necesidades de alimentación y nutrición del paciente (21 h.- 2,3 créditos) **FORMATO CD 25 € afil.- 34 € no afil.**
- D0032** El AE/TCE en el servicio de diálisis. Cuidados, técnicas y atención al paciente dializado (65 h.- 5,4 créditos) **57 € afil.- 81 € no afil.**
- D0033** El AE/TCE en servicios especiales. Módulo 2. Urgencias cardiorrespiratorias (65 h.- 4,5 créditos) **57 € afil.- 81 € no afil.**
- D0034** El AE/TCE en servicios especiales: área quirúrgica (50 h.- 6,3 créditos) **51 € afil.- 75 € no afil.**
- D0035** El equipo de enfermería y la dispensación de medicamentos. Cuidados del TCE/AE (40 h.- 4,7 créditos) **45 € afil.- 70 € no afil.**
- D0036** El paciente oncológico. Técnicas y cuidados del AE/TCE (50 h.- 5,6 créditos) **51 € afil.- 75 € no afil.**
- D0037** El AE/TCE en servicios especiales: urgencias urológicas (70 h.- 3,7 créditos) **65 € afil.- 88 € no afil.**
- D0038** Técnicas, cuidados y atención de personas mayores. Cuidados geriátricos (100 h.- 7,5 créditos) **99 € afil.- 129 € no afil. ¡¡NUEVO!!**
- D0039** Infecciones respiratorias pediátricas. Cuidados del TCE/AE (21 h.- 1,7 créditos) **FORMATO CD 25 € afil.- 34 € afil.**
- D0040** Los antihistamínicos y sus usos. Dispensación de medicamentos de especial control e intoxicaciones para técnicos (50 h.- 4,2 créditos) **51 € afil.- 75 € no afil.**
- D0041** Cuidados del AE/TCE en pacientes con apnea del sueño (21 h.- 1,1 créditos) **FORMATO CD 25 € afil.- 34 € no afil. ¡¡NUEVO!!**
- D0042** Medicamentos genéricos, biológicos y biotecnológicos para técnicos (40 h.- 6,2 créditos) **45 € afil.- 70 € no afil.**
- D0043** El equipo de enfermería en la atención ante el Alzheimer y otras demencias. Cuidados del TCE/AE (70 h.- 3,7 créditos) **65 € afil.- 88 € no afil. ¡¡NUEVO!!**
- D0044** Oncología pediátrica para AE/TCE (70 h.- 5,4 créditos) **65 € afil.- 88 € no afil.**
- D0045** Operaciones básicas de laboratorio farmacéutico y formulación magistral para técnicos (50 h.- 4,1 créditos) **51 € afil.- 75 € no afil.**
- D0046** Anorexia y Bulimia: trastornos de la conducta alimentaria. Atención y cuidados del TCE (40 h.- 5,1 créditos) **45 € afil.- 70 € no afil. ¡¡NUEVO!!**
- D0048** Técnicas de desinfección y esterilización para AE/TCE (21 h.- 2,2 créditos) **FORMATO CD 25 € afil.- 34 € no afil.**
- D0049** Técnicas y cuidados del AE/TCE ante las enfermedades cardíacas. Módulo I. Electrocardiografía básica (21 h.- 2,9 créditos) **FORMATO CD 25 € afil.- 34 € no afil.**
- D0055** Estudio farmacológico en enfermedades infecciosas: bacterianas, víricas, micóticas y parasitarias para técnicos (65 h.- 6,8 créditos) **57 € afil.- 81 € no afil.**

MATRÍCULA: Abierta y permanente (durante el curso académico) **LÍMITE ALUMNOS:** 100 (por edición) **Forma de pago:** Mediante ingreso o transferencia a favor de "FAE" en el Banco Popular. C/C Nº ES95 0075-0079-51-0601414663.

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

► Lectura

Tiempos y costumbres

- **Autor:** Alberto de Frutos
- **Editorial:** Autores premiados (Sevilla, 2014)
- **Páginas:** 168
- **Precio:** 11 euros

Alberto de Frutos multiplica las patas de la araña y nos presenta en *Tiempos y costumbres* 16 historias, premiadas en diferentes certámenes literarios, que tejen las entrañas de los sueños, del amor, de la fantasía, de la nostalgia y de la historia.

A través de un minúsculo momento de la vida de cada uno de los protagonistas que conviven en estas páginas, comprobamos cómo los nervios

de Santiago cuando conoce a sus suegros en "Cucurrucucú, paloma"; la alegría de A. cuando, después de mucho empeño y esfuerzo, consigue recuperar los soldaditos de plomo saqueados de su galería tras la guerra en "Los apuros de un pequeño museo"; o los tejemanejes de que se sirve cualquier niño para conseguir lo que quiere, en este caso, que sus padres cambien las rutinarias vacaciones en Niza por un espectacular viaje en el Transiberiano, existen en cada uno de nosotros.

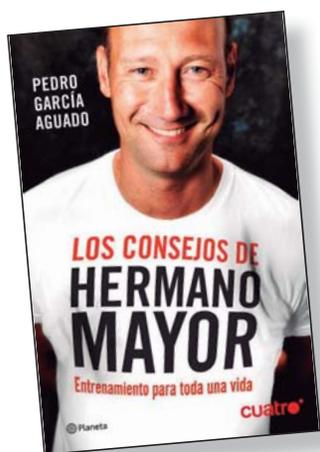
En *La Soledad dejó de ser perfecta* y *Familias Estructuradas*, De Frutos ya nos daba una lección de cómo debe ser el relato breve y nos permitía acercarnos a pequeñas joyas en las que, durante unos minutos, compartíamos los anhelos, las ilusiones y las decepciones de un puñado de desconocidos.

Con esta nueva obra, la lección vuelve a repetirse, como lo hacen las costumbres a lo largo de los tiempos.

Los consejos de Hermano Mayor. Entrenamiento para toda una vida

- **Autor:** Pedro García Aguado
- **Editorial:** Planeta
- **Páginas:** 200
- **Precio:** 14,90 euros

Pedro García Aguado, coach del programa de televisión *Hermano Mayor*, recoge en *Los consejos de Hermano Mayor. Entrenamiento para toda una vida* la experiencia de las siete temporadas que el programa lleva en antena.



Gracias a la práctica adquirida tras muchas intervenciones en hogares con adolescentes conflictivos, el equipo de *Hermano Mayor* ha desarrollado una metodología con la que consiguen que se produzca el acercamiento necesario para que se pueda disfrutar de una sana convivencia entre los miembros de una familia.

En cualquier caso, el consejo más importante del libro es no rendirse nunca para alcanzar los objetivos planteados de reeducar al adolescente problemático, restablecer la convivencia saludable o alcanzar un

estado de razonable bienestar familiar para todos los miembros del hogar, devolver la autoridad a los padres para que puedan ser los guías de sus hijos y, por último, dejar sentadas unas pautas concretas para que la nueva situación en la familia se mantenga.

Goyo, Vanesa, Unai o Rubén son los nombres ficticios de los testimonios que se presentan para desvelar las claves del método de *Hermano Mayor*.

► Teatro

Ángel Corella y Ara Malikian (A+A)

- **Lugar:** Teatros del Canal (Madrid)
- **Fecha:** del 18 de diciembre de 2004 al 4 de enero de 2015
- **Más información:** www.teatros canal.com

Los Teatros del Canal traen a sus tablas un espectáculo cargado de fuerza y encanto de la mano de dos de los artistas con mayor proyección internacional: el bailarín y coreógrafo Ángel Corella y el violinista y concertista Ara Malikian, quienes, arropados por las primeras figuras del Barcelona Ballet y los músicos de La Orquesta en el Tejado, harán vibrar al espectador con piezas de Chaikovski, Pärt, Glass y del propio Malikian.

Corella y Malikian integran



plenamente orquesta y danza contemporánea, llenando el espacio de matices clásicos, sofisticados, refinados e impactantes.

El resultado, un espectáculo original, divertido y lleno de sugestión que ofrece una visión extraordinariamente animada de la música y la danza, que no dejará indiferente a nadie, ni al público amante de la música clásica ni a las nuevas generaciones de espectadores.

► Exposición

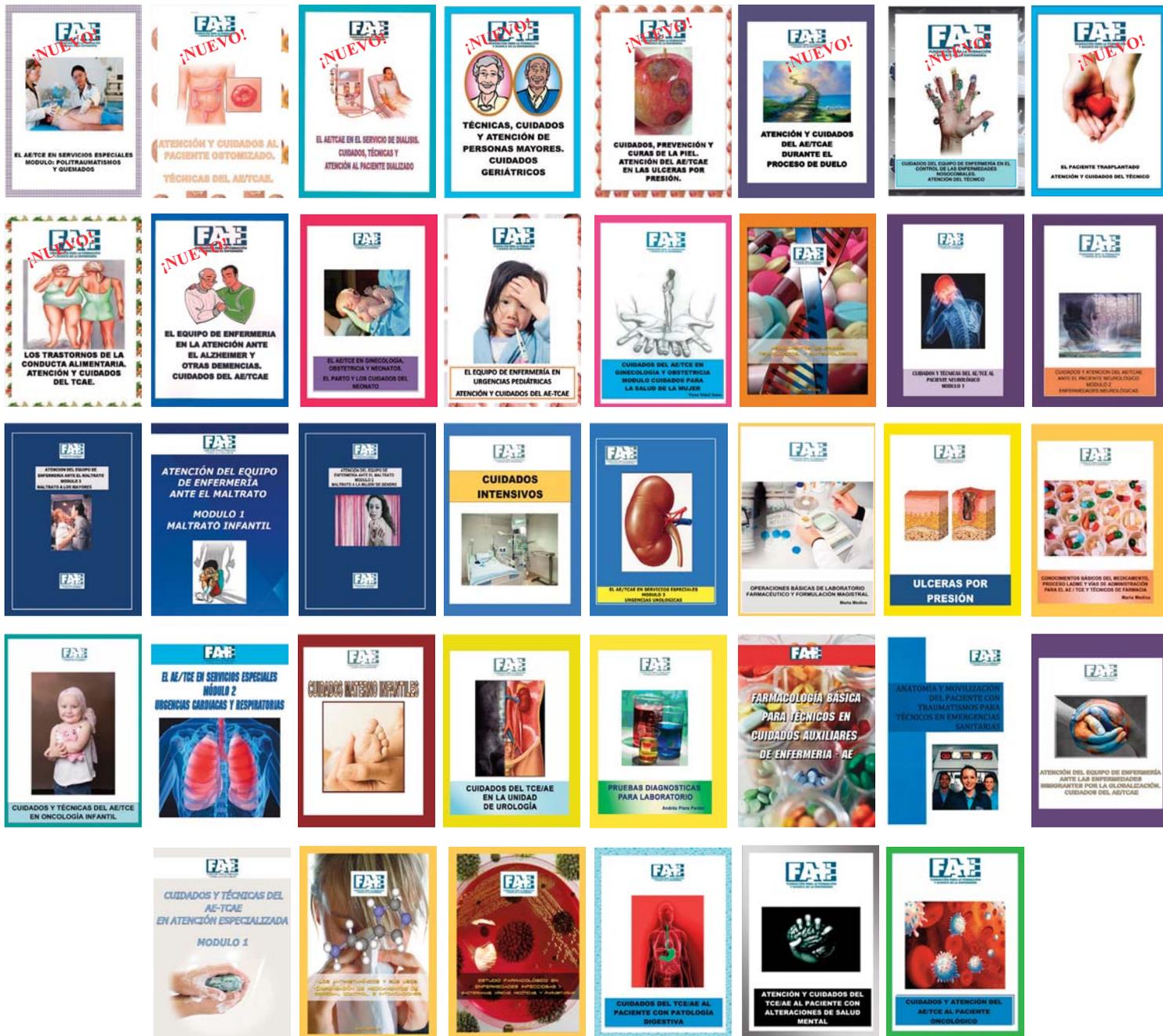
Casas y Rusiñol, dos visiones modernistas

- **Lugar:** Museo Carmen Thyssen (Málaga)
- **Fecha:** del 14 de noviembre de 2014 al 1 de marzo de 2015
- **Precio:** entrada general 6 €. Consultar descuentos
- **Más información:** www.carmenthysssenmalaga.org/es

El Museo Carmen Thyssen de Málaga reúne de nuevo a quienes fueron amigos íntimos durante toda su vida, compañeros de profesión y protagonistas comunes de numerosas exposiciones, los catalanes Ramón Casas y Santiago Rusiñol. La retrospectiva recorre los ámbitos que compartieron -la amistad, escenarios artísticos como París y Cataluña, su aportación al modernismo o su faceta como cartelistas- y aquellos que los distinguieron y que señalan su obra de manera individual.

La muestra permitirá al visitante constatar cómo ambos artistas renovaron el panorama pictórico de su tiempo con cada una de las pinceladas que dibujan sus obras, introduciendo así la modernidad que daría lugar a la vanguardia del siglo XX. ●

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



¡¡CON LA COMPRA DE TRES LIBROS, DISTINTOS O IGUALES, TE REGALAMOS UN PENDRIVE PERSONALIZADO!!

CUIDADOS Y ATENCIÓN DEL TCE/AE AL PACIENTE NEUROLÓGICO. MÓDULOS I Y II

*PRECIO: AFILIADOS: 25 € / NO AFILIADOS: 35 €

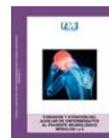
Los pedidos se harán a través del e-mail pedidos@fundacionfae.org o del fax 91 521 53 83

TÉCNICAS Y CUIDADOS DEL TCE ANTE EL MALTRATO

*PRECIO: AFILIADOS: 35 € / NO AFILIADOS: 45 €

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

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



REVISTA



COLOR
ESPERANZA

Revista de la Fundación Blas Méndez Ponce Ayuda al Niño Oncológico
Número 10 • septiembre 2014



Mercadillo solidario

del 5 al 14 de diciembre
c\ Pio Baroja nº10

Todos los beneficios irán destinados
a la Fundación Blas Méndez Ponce

FUNDACIÓN



BLAS MÉNDEZ PONCE