



Número 77 2015

Revista cuatrimestral

Dossier

El aseo, el ser humano en el corazón de los cuidados

Separata

Tracción pélvica continua

XXVI Congreso Nacional

Los Profesionales Técnicos abordan los nuevos retos sanitarios en Ceuta

Certamen FAE

¿Y por qué no? Influencia del cambio de drenajes en la aparición de seromas en artroplastias totales de cadera y rodilla

PROGRAMA DE FORMACIÓN A DISTANCIA 2015



PROGRAMA DE FORMACIÓN A DISTANCIA 2015 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 2015 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 2015 PARA TÉCNICOS EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA

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.- 12,9 créditos) **145 € afil.- 210 € no afil. ¡¡MODIFICADO CON UN CURSO NUEVO!!**

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".

OFERTAS PÚBLICAS DE EMPLEO. Si quieres información sobre temarios para preparar las OPEs, ponte en contacto con FAE a través del correo electrónico **pedidos@fundacionfae.org**

Editorial

La obtención de nuevos conocimientos y su aplicación es la base del avance en las técnicas y los tratamientos en el ámbito sanitario, en donde la investigación juega un papel protagonista en la mejora de la salud y el bienestar de los pacientes.

La indagación es fundamental en todos los ámbitos laborales para conseguir un pleno desarrollo profesional, buscar soluciones a los problemas que surjan y ampliar las posibilidades de respuesta cotejando datos y experimentando.

En el ámbito sanitario, donde los profesionales trabajamos en equipos multidisciplinares, todos debemos aportar nuestros conocimientos y experiencias para mejorar la atención y dotar de calidad los cuidados; por ello, todos los profesionales, independientemente de nuestra categoría, debemos realizar tanto trabajos de investigación como estudios que nos permitan enriquecer aquellos aspectos que aún sean susceptibles de mejora.

Desde la Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería somos conscientes de la importancia de la investigación. Por ello, llevamos años fomentando la labor investigadora de los Técnicos en Cuidados de Enfermería, siendo esta cabecera, NOSOCOMIO, la única que recoge los trabajos que en este ámbito realizan estos profesionales.

Ahora hemos abierto nuestro calendario formativo al resto de profesionales técnicos, de manera que tanto los Técnicos en Cuidados de Enfermería como los Técnicos en Farmacia o los Técnicos en Emergencias Sanitarias, encuentran en estas páginas un espacio para difundir sus estudios y trabajos de investigación. ●

Noticias del Mundo Médico

Cómo afrontar el Jet lag 5
Tecnología Wearable 6



I Congreso Nacional

I Congreso Nacional de Técnicos en Farmacia y Parafarmacia 7



Separata

Tracción pélvica continua 10



XXVI Congreso Nacional

Los profesionales Técnicos han abordado los nuevos retos sanitarios en Ceuta 13

Dossier

El aseo, el ser humano en el corazón de los cuidados 19



Actividad Acreditada

El trastorno bipolar 26



Certamen FAE

¿Y por qué no? Influencia del cambio de drenajes en la aparición de seromas en artroplastias totales de cadera y rodilla 31

Ocio 38



CONSEJO EDITORIAL DE NOSOCOMIO
DIRECTORA. Dolores Martínez Márquez
REDACCIÓN. Montse García García, Cristina Botello Martín
COMITÉ CIENTÍFICO. Iván Flores García, Jorge Santurio Sánchez
FORMACIÓN. Daniel Torres Rodríguez

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. 2015.
Av. Josep Tarradellas, 20-30, 1er piso. 08029 Barcelona.
Tel. 932 000 711. Telefax: 932 091 136.

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. Diríjase 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.

Normas de publicación



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

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

Normas para realizar la actividad acreditada

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

Para registrarse en el sistema

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



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

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

BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN NOSOCOMIO Revista del Técnico en Cuidados de Enfermería

DATOS PERSONALES

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

DATOS BANCARIOS

Apellidos _____ Nombre _____
 NIF _____
 Banco _____ Caja de Ahorros _____
 Dirección _____
 Localidad _____ Código Postal _____ Provincia _____
 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

Cómo afrontar el Jet lag

Los viajes en avión, que a menudo en estas fechas son preludeo del descanso vacacional, en ocasiones tienen como primera consecuencia el malestar.

El jet lag se padece cuando se cruzan múltiples zonas horarias. En estas ocasiones se puede alterar nuestro reloj corporal interno y los ritmos circadianos que controlan dicho reloj aproximadamente cada 24 horas. El organismo ha de adaptarse al nuevo cambio horario, lo que afecta al ciclo vigilia-sueño, nuestra temperatura corporal y nuestro ciclo hormonal.

Si viajamos hacia el Este por cada meridiano que se atraviesa se añade una hora más a nuestro horario de salida. En este caso, cuando en nuestro lugar de destino sea de noche no tendremos sueño, puesto que nuestro reloj interno nos indica que, supuestamente, es de día. Si, por el contrario, viajamos hacia el Oeste se resta una hora por cada meridiano que se atraviesa. En este caso, tendremos sueño durante el día en el lugar de destino, ya que nuestro reloj interno nos indicará que supuestamente es de noche.

Si la diferencia de horario es grande respecto al lugar de origen (6 horas de diferencia aproximadamente) precisaremos de 2 a 3 días para adaptarnos al cambio de temperatura y varias semanas para la adaptación de los ritmos hormonales, siendo el desorden más fastidioso el ritmo del sueño.

Los efectos serán menores si viajamos hacia el Este ya que nuestro reloj biológico interno (con ritmo endógeno de 25 horas) se adapta mejor a un periodo superior de 24 horas que a uno inferior. Además, cuantos menos meridianos se atraviesen el efecto



será menor (rango menor de diferencia horaria).

Este trastorno en nuestro organismo se conoce como jet lag y puede ocasionar indigestión y trastornos de la función intestinal, malestar general, somnolencia durante el día, dificultad para

procurar cambiar un poco el ritmo de sueño y acostarnos más tarde o más temprano según viajemos hacia el Oeste o hacia el Este. No obstante, en el caso de viajes cortos de 2-3 días esto no siempre es aconsejable porque el reloj corporal no tiene tiempo

Los efectos de este trastorno, a menudo, se suman al cansancio ocasionado por el propio viaje, pero en cualquier caso todos los síntomas desaparecen de forma gradual a medida que el organismo se adapta a la nueva zona horaria

dormir de noche y reducción de las facultades físicas y mentales.

Aunque no puede prevenirse, algunos comportamientos pueden contribuir a reducir sus efectos:

- Estar tan descansado como sea posible antes de la partida. Incluso puede optarse por una adaptación previa al horario del destino, es decir, unos días antes

para sincronizarse a la nueva zona horaria.

- Tomar comidas ligeras, beber mucho agua, y limitar el consumo de alcohol porque aumenta la producción de orina y provoca trastornos del sueño, que puede verse interrumpido por la necesidad de orinar. Aunque puede acelerar el inicio del sueño, reduce su calidad y lo hace menos reparador.

– La cafeína debe limitarse a las cantidades normales y evitarse en las 4-6 horas anteriores al período de sueño previsto. Si se bebe café durante el día, es preferible consumir pequeñas cantidades cada dos horas, que una cantidad mayor de una vez.

– En el destino es conveniente intentar crear un ambiente propicio para el descanso y dormir la cantidad de tiempo más parecida posible a lo que se duerme normalmente durante las 24 horas

posteriores a la llegada. Si es posible, conseguir el tiempo total de sueño realizando pequeñas siestas cuando se sienta sueño durante el día.

– El ciclo de luz y oscuridad es uno de los factores más importantes para fijar el reloj corporal interno. Una exposición oportuna a la luz diurna, preferentemente la luz del sol, en el destino, generalmente ayuda a adaptarse. Puede ser útil, al volar hacia el Oeste, la exposición a la luz durante la

tarde evitando la luz de mañana (mediante el uso de antifaces o gafas oscuras), siendo recomendable al volar hacia el Este, evitar la luz vespertina y exponerse a la luz de la mañana.

Los efectos de este trastorno, a menudo, se suman al cansancio ocasionado por el propio viaje, pero en cualquier caso todos los síntomas desaparecen de forma gradual a medida que el organismo se adapta a la nueva zona horaria. ●

Tecnología Wearable

Hoy las ciencias adelantan que es una barbaridad. Así de contundentes se manifestaban en 1894 don Hilarión, el viejo boticario de la zarzuela *La Verbena de la Paloma*, y su amigo don Sebastián.



¿Qué dirían hoy, que el avance de la ciencia pero, sobre todo el de la tecnología, avanza a cada momento? Nuestro vocabulario incorpora nuevos términos a la misma velocidad. Uno de los últimos conceptos que hemos incorporado es la tecnología wearable.

El término inglés wearable puede traducirse por “llevable” y en el argot de la tecnología se ha usado para referirse a los dispositivos que van con el usuario y definir un concepto según el cual el ordenador deja de ser un dispositivo ajeno a él y pasa a ser un elemento que le acompaña en forma de gafas, pulseras, relojes...

Otra de las características de esta tecnología es que permite la multitarea, por lo que no requiere dejar de hacer otra cosa para ser usado y puede actuar como extensión.

En la actualidad, los dispositivos más importantes dentro de este sector, según su categoría, son relojes inteligentes o smartwatches, pulseras de actividad, gafas inteligentes o ropa inteligente entre otros. No es extraño encontrar complementos digitales que almacenan toda la información sobre nuestro estilo de vida, como los kilómetros que caminamos durante el día, el ritmo cardíaco, los ciclos de sueño, cascos de bomberos que monitorizan los niveles de oxígeno, etc.

Según su uso, se pueden dividir en cinco grandes grupos: salud, deporte y bienestar, entretenimiento, industrial y militar.

En el ámbito de la salud están desarrollando nuevos dispositivos que se implantan dentro del cuerpo en forma de sensores que monitorizan la cantidad de glucosa de un paciente con diabetes, de tal forma que un dispensador electrónico inyecta automáticamente la cantidad de insulina necesaria; este mismo sensor tomaría datos relevantes sobre la salud del paciente que son enviados vía internet a los ordenadores y dispositivos del equipo médico.

Otro claro ejemplo es la aplicación creada por un joven de 38 años con epilepsia, que ha desarrollado SeizAlarm, que aprovecha la condición wearable, su accesibilidad (no es necesaria ni siquiera sacarla del bolsillo) y su GPS. Gracias a él, es posible llegar hasta el paciente que ha solicitado ayuda si ha comenzado a sufrir un episodio epiléptico.

La promesa de la tecnología wearable es acompañarnos en cada momento de nuestra vida. Es un paso más en la fusión del hombre y el microprocesador. ●

I Congreso Nacional de Técnicos en Farmacia y Parafarmacia

Jerez de la Frontera acogerá los próximos días 26 y 27 de noviembre el I Congreso Nacional de Técnicos en Farmacia y Parafarmacia, organizado por la Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería y el Sindicato de Técnicos de Enfermería.

De esta manera, SAE y FAE dan respuesta a la demanda de los profesionales Técnicos en Farmacia y Parafarmacia, organizando un congreso para este colectivo profesional, que les permitirá ahondar en temas como la formulación magistral, la distribución y el metabolismo de los fármacos, los principios activos, la toxicidad, la dosificación o los medicamentos de uso restringido, entre otros.

SAE y FAE amplían también el Congreso Nacional, una cita anual para los profesionales Técnicos en Cuidados de Enfermería, abriendo la próxima edición, la número veinte siete, a los Técnicos en Emergencias Sanitarias. En esta ocasión, el encuentro tendrá lugar en Toledo, que durante tres días se convertirá en el escenario idóneo para abordar una materia tan relevante como son los "Politraumatizados y lesionados medulares. Del minuto cero al alta. Atención del técnico".

Paso a paso, SAE y FAE han ido creciendo, dando soluciones y respuestas a las demandas laborales, profesionales y formativas de colectivos como los Técnicos en Far-

macia y Técnicos en Emergencias Sanitarias, y con este nuevo calendario congresual se avanza un paso más en esta cobertura formativa, permitiendo a todos los profesionales técnicos actualizar sus conocimientos para adaptarse a las necesidades del Sistema Sanitario Nacional.

"Desde SAE y FAE, como entidades que representan a los profesionales técnicos, además de trabajar y luchar por sus derechos laborales y retributivos, lo hacemos por ofrecerles un calendario formativo que les permita, a través de diversas vías, mantener unos conocimientos actualizados para poder adaptarse a los cambios experimentados por los tratamientos y las técnicas asistenciales, así como a la demanda y la evolución asistencial de la sociedad. De esta manera, como parte fundamental de los equipos de trabajo, podemos dar respuestas y buscar soluciones a las incidencias que surjan en la atención al paciente, buscando siempre ofrecer la máxima calidad en el servicio", explica M^a Dolores Martínez, Presidenta de FAE y Secretaria General de SAE.



"Por ello –continúa la Presidenta de FAE–, os animamos a todos a participar en esta nueva cita que, estoy segura, cumplirá las expectativas de todos los profesionales Técnicos en Farmacia y Parafarmacia". ●

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

Si eres Técnico en Cuidados de Enfermería, Técnico en Farmacia o Técnico en Emergencias Sanitarias y quieres que tus trabajos de investigación o los realizados en el hospital sean publicados en la revista NOSOCOMIO, envíanoslos al correo electrónico

comitecientifico@fundacionfae.org

Bases generales
para pósters y
ponencias en
las siguientes
páginas ➡

Bases para preparar los Congresos de FAE y SAE

BASES GENERALES PARA PÓSTERS Y PONENCIAS

1. Los autores y coautores de ponencias y pósters/comunicación escrita deben poseer la titulación requerida para participar en cada congreso:
 - a) TCAE/Auxiliar de Enfermería
 - b) Técnico de Farmacia y Parafarmacia.
 - c) Técnico en Emergencias Sanitarias.
2. Los pósters y ponencias deberán estar elaboradas por un único autor o equipo de coautores. El número de autores/coautores queda limitado a cuatro. Cada autor o coautor podrá participar, como máximo, en dos pósters o ponencias.
3. Los trabajos presentados en el Congreso deben ser originales y no publicados con anterioridad, y tratarán sobre el tema del congreso correspondiente, no admitiéndose a concurso ninguno que no esté relacionado con el eje central del Congreso. **El plazo para la recepción de los trabajos se especificará en cada Congreso.**
4. Para la selección de los trabajos científicos, pósters y ponencias, se establece un Comité Científico que puntuará cada uno de ellos teniendo en cuenta la calidad, relevancia y aplicación práctica en el ámbito sanitario y relación con el tema del Congreso, así como la labor investigadora, los aspectos científicos y técnicos, y el interés social y profesional. Los miembros del Comité Científico recibirán los trabajos sin identificación alguna sobre el autor y coautor/es ni la procedencia de los mismos (centro de trabajo, Comunidad Autónoma...).
5. Junto con los trabajos y el resumen de ponencias o de pósters, se debe remitir la hoja de solicitud de participación, la inscripción y justificante de pago, al menos de uno de los autores/coautores.
6. El Comité Científico comunicará los trabajos seleccionados, **junto a las observaciones correspondientes, si procede, a partir de la fecha indicada para cada Congreso.**
7. El Comité Científico podrá seleccionar por su interés, calidad, etc., una o varias ponencias no seleccionadas e invitar al autor o coautores a convertirla en póster para el Congreso.
8. La Secretaría del Congreso emitirá las acreditaciones correspondientes al autor o a los coautores de los trabajos admitidos.
9. La Organización se reservará el derecho de publicar y utilizar los trabajos aceptados en el Libro CD del Congreso, la revista Nosocomio y la página Web de la Fundación o cualquier otra publicación de FAE.
10. En el acto de clausura del Congreso se darán a conocer las cinco ponencias y los diez pósters que el Comité Científico declare finalistas de los premios del Congreso.
11. Durante el acto de clausura o la cena del Congreso se otorgarán los premios por orden de calidad:
 - 1º. **Mejor ponencia: dos inscripciones a la siguiente edición del Congreso (valorado en más de 500 €).**
 - 2º. **Accésit ponencia: premio por valor de 150 € en material formativo FAE (cursos FAE, libros FAE, Congreso FAE).**
 - 3º. **Mejor póster: una inscripción para la siguiente edición del Congreso (valorado en 270 €).**
12. El Comité Científico podrá aceptar para su exposición en el apartado de "Informativo no a concurso", al póster que aún no teniendo relación directa con el lema del Congreso, valore por su característica y notabilidad, que pueda tener relevancia formativa.
13. Dado el carácter técnico-profesional que también posee el Congreso, podrán presentarse en formato póster aquellas experiencias y trabajos de intervención PRÁCTICOS que sean de interés dentro del área del Congreso.
14. Las ponencias seleccionadas así como los vídeos y fotos tomadas durante el Congreso, pasarán a formar parte de la FAE, quien regulará su exhibición, presentación y difusión, para fines educativos y divulgación.

FECHAS DE ENTREGA DE TRABAJOS

I CONGRESO NACIONAL DE TÉCNICOS EN FARMACIA Y PARAFARMACIA. JEREZ DE LA FRONTERA

- * El plazo para la recepción de trabajos termina el **6 DE SEPTIEMBRE DE 2015.**
- * Se comunicarán los trabajos seleccionados a partir del **21 SEPTIEMBRE DE 2015.**
- * Los autores de los trabajos seleccionados deben remitir el PowerPoint y el texto antes del **19 DE OCTUBRE DE 2015.**

BASES PARA PONENCIAS

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

BASES PARA PÓSTER

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

FECHAS DE ENTREGA DE TRABAJOS

XXVII CONGRESO NACIONAL DE TCE Y TÉC. EN EMERGENCIAS SANITARIAS. TOLEDO POLITRAUMATIZADOS Y LESIONES MEDULARES. DEL MINUTO CERO AL ALTA. ATENCIÓN DEL TÉCNICO

- * El plazo para la recepción de trabajos termina el **15 DE ENERO DE 2016.**
- * Se comunicarán los trabajos seleccionados a partir del **10 DE FEBRERO DE 2016.**
- * El PowerPoint y el trabajo se deberán remitir antes del **4 DE ABRIL DE 2016.**

Tracción pélvica **continua**

El dolor lumbar es un problema de salud significativo en la población occidental y una importante causa de gastos médicos, baja laboral y discapacidad. Para tratar el dolor lumbar se usan diversos tipos de tracción, a menudo combinados con otros tratamientos. Las técnicas utilizadas con más frecuencia son la tracción mecánica (ejercida por una polea mecánica), la tracción manual (la que ejerce el terapeuta con su peso corporal) y la autotracción (el paciente controla las fuerzas de tracción al agarrar y estirar barras en la mesa de ejercicios), técnicas que se dirigirán a pacientes con dolor lumbar agudo, subagudo o crónico, con o sin ciática.

En este trabajo nos hemos centrado en un tratamiento que se aplica habitualmente en nuestra planta de trabajo de traumatología: la tracción pélvica continua. Para someterse a él, se requiere el ingreso hospitalario del paciente.

Palabras clave:

- Columna vertebral
- Tracción pélvica

Anatomía de la columna vertebral

La columna vertebral está constituida por una serie de huesos separados o vértebras, conectados de tal modo que forman un eje curvo y flexible (fig. 1). La columna vertebral está formada por 7 vértebras cervicales, 12 torácicas, 5 lumbares, el sacro y el cóccix.

Aunque las vértebras individuales son huesos pequeños de forma irregular, presentan varias partes bien definidas. Por ejemplo, en la fig. 2 se aprecia el cuerpo de una vértebra lumbar, su apófisis espinosa o espina, las dos apófisis transversas y el hueso central, llamado agujero vertebral. Las apófisis articulares superiores e inferiores permiten el movimiento limitado y controlado entre vértebras adyacentes.

Indicaciones de la tracción pélvica

■ **Lumbalgias-ciatalgia.** Dolor localizado o referido a la parte inferior de la columna vertebral y producido por un estiramiento muscular o por algún trastorno como la osteoartritis, espondilitis anquilosante, ciertas neoplasias o una hernia de disco. La lumbalgia es un síntoma frecuente que suele asociarse con vicios postu-

rales, obesidad, relajación de los músculos abdominales o permanencia durante largos periodos de tiempo en posición de sentado.

Observaciones: el dolor puede ser localizado y estático, puede acom-

pañarse de debilidad o espasmos musculares, o irradiarse desde el dorso hacia una o las dos piernas, como sucede en la ciática. Suele desencadenarse o aumentar con la tos o la adopción de determina-

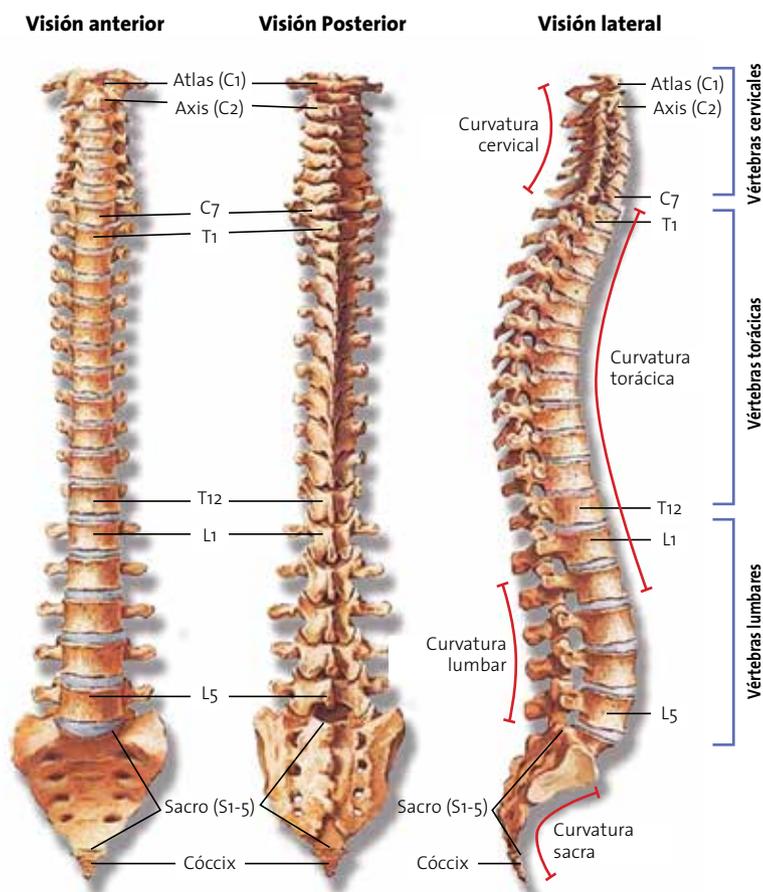


Figura 1. Columna vertebral.

das posiciones. Para tratar de controlar el dolor, el paciente trata de disminuir la gama de movimientos de la columna. Si existe una hernia de disco, la presión profunda sobre el espacio intervertebral suele producir dolor, y la flexión de la cadera provoca una irradiación ciática del mismo cuando la rodilla se extiende pero no cuando se flexiona (signo de Lasegue).

En líneas generales, cerca del 90% de las lumbalgias responden a una lumbalgia mecánica con origen en las estructuras vertebrales y paravertebrales de la columna lumbar. En su mayoría no puede ser identificada la causa: es inespecífica en un 70% de los casos. Desde el punto de vista clínico hablamos de lumbalgias mecánicas (con dolor a la movilización, que mejoran con reposo, que pueden ser debidas a alteraciones estructurales y/o sobrecarga funcional y postural) y las lumbalgias no mecánicas (con dolor constante, no ceden con el reposo, con origen neoplásico, infeccioso, inflamatorio...).

■ **Problemas discales.** La hernia de disco es la rotura del fibrocartilago que rodea un disco intervertebral con salida del núcleo pulposo, que sirve de amortiguador entre las vértebras superior e inferior. La presión que se produce como consecuencia de ello en las raíces nerviosas espinales puede provocar un considerable dolor y lesionar los nervios. La hernia de disco se da sobre todo en la región lumbar.

■ **Artrosis** con alteraciones de las apófisis articulares intervertebrales. Las tracciones pueden ser efectivas porque producen una movilización pasiva de esas pequeñas articulaciones, mejorando la rigidez y la contractura.

En la artrosis, como en los problemas facetarios, la tracción intermitente es mejor que la continua. Sería una sucesión regular durante 10-20 minutos de periodos de tracción y periodos de reposo en los que se reduce total o parcialmente la fuerza de elongación. Cada ciclo tiene un

periodo de tracción que va de 7 segundos a 2 minutos, con descansos intercalados de 20-60 segundos.

Tracción pélvica

A) Concepto

Es una modalidad de tratamiento utilizado para la reducción o la inmovilización de fracturas o dislocaciones. Se utiliza para mantener la alineación, disminuir los espasmos musculares, aliviar el dolor, corregir, disminuir o prevenir deformidades, ampliar los espacios comunes antes de la cirugía, promover el resto a partes del cuerpo enfermas o heridas y promover el ejercicio. Las enfermeras necesitan un conocimiento práctico de los distintos tipos de tracción, junto con su justificación, su correcta instalación y mantenimiento.

Los efectos de esta medida terapéutica se evalúan con radiografías, y es factible que se requieran ajustes. Conforme se relajan los músculos y otros tejidos blandos, suele precisarse el cambio del contrapeso empleado para lograr la fuerza de tracción deseada.

B) Principios generales para la eficacia de la tracción

- Posición en decúbito supino manteniendo el cuerpo alineado.
- Fuerza de contra-tracción: sin ella la fuerza aplicada podría arrastrar el cuerpo anulando la acción de la tracción.
- Ausencia de rozamientos o fricción que reduzca el trabajo

o fuerza de tracción. Los pesos deben colgar libremente.

- Continuidad de la tracción: evitar desequilibrios que lleven a la pérdida de la estabilidad.
- Una tracción bien aplicada será indolora. El primer signo de intolerancia a la tracción, y el más importante, es la aparición del dolor.

C) Tracción pélvica continua

● Procedimiento.

- Colocación de la faja de tracción pélvica: debe ser la adecuada al contorno de cadera del paciente y estar bien sujeta para que la tracción ejercida sea eficaz. Hay que dejar los tirantes y la anilla de la faja bien centrados entre ambas piernas.
- A la anilla de la faja pélvica se le acoplan las 2 cuerdas que sujetarán las pesas de tracción.
- Colocación de las pesas: el peso se reparte en 2 pesas de forma equilibrada. El total de kilos debe ser igual a una sexta parte del peso corporal.
- Posición: decúbito supino con las rodillas flexionadas con una almohada o con el arco de la parte baja de la cama a 30-40° y la espalda en horizontal con el lecho, corrigiendo la lordosis lumbar. Este ángulo prevé una mejor separación de las vértebras, lo que alivia los nervios presionados y comprimidos. Al flexionar los músculos apropiadamente durante la tracción, también se consigue que la misma tracción

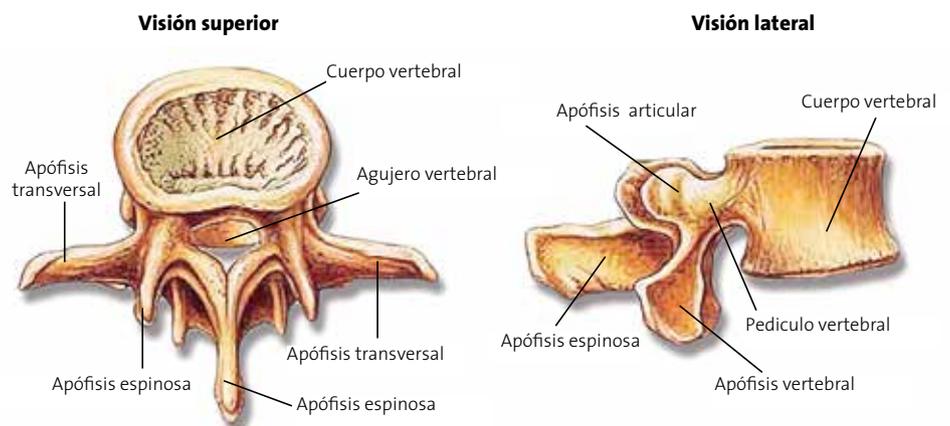


Figura 2. Vértebra lumbar vista desde arriba y desde el lado.

realice una mejor separación de los discos en el lugar apropiado.

- **Material.**

- Faja
- Cuerdas
- Arco para la cama y poleas
- Pesas
- Cinturón

- **Órdenes del tratamiento y duración.**

- Habitualmente durante el día.
- Si lo tolera, también por la noche.
- Retirar para la higiene y las comidas.
- Duración entre 5 y 7 días.



- Si no se consigue mejoría, retirar la tracción.

- **Peso o fuerza de tracción.**

El peso aplicado será aproximadamente una sexta parte del peso corporal, repartido en 2 pesas equilibradas o iguales.

- Menos de 50 kg: de 6 a 8 kg de peso.
- De 50 a 70 kg: de 10 a 12 kg de peso.
- Más de 70 kg: de 12 a 14 kg de peso.

- **Complicaciones.**

- Incomodidad por la faja, compresión y rozamiento.
- Hipotensión. Puede aparecer, después de la tracción vertebral, en el momento en que el paciente se incorpora, con sensación de vértigos y mareos.
- El aumento del dolor durante y al terminar la tracción puede hacer que al paciente le cueste incorporarse. Puede ser una indicación de que está produciendo una excesiva estimulación de los ligamentos iliolumbares y sacroiliacos.

- **Para recordar:**

La tracción, para que sea efectiva, no debe producir dolor.

- **Justificación de la retirada de la tracción.**

- El agravamiento del dolor mientras tenemos colocada la tracción.

- La existencia de una fractura de apófisis articular.

- Un dolor a distancia de la zona de tracción, pero que puede estar relacionada con ella.
- Mejoría del cuadro.
- Finalización de la duración del tratamiento.

- **Contraindicaciones de las tracciones vertebrales.**

- Tumor óseo o metástasis ósea.
- Infecciones en la columna.
- Aquellas patologías en las que al aplicar la tracción aumenta el dolor.
- Cuando en una tracción cervical el apoyo mentoniano comprime la articulación temporomandibular (ATM). Trastornos musculoesqueléticos.
- Hipertensión arterial (HTA).
- Aneurisma de aorta.
- Hernia de hiato.
- Paciente intervenido de prótesis total de cadera (PTC).
- Mayor de 85 años.
- Embarazo.

- **Con precaución en:**

- Pacientes con osteoporosis.
- Esguinces, luxaciones o antecedentes de traumatismos de espalda.
- Insuficiencia respiratoria y/o coronaria. ●

Bibliografía recomendada

- Brunner LS, Suddarth DS. Manual de enfermería médico-quirúrgica, 6ª ed. Interamericana, 1985.
- Copyright The VGM Group 2004. B.L.U.E. Sheet photos, drawings, and text courtesy of Golden Technologies, Invacare, Leisure-Lift, Permobil, Puritan Bennett, Pride, Respironics, Ross, Sammons Preston, Smith-Nephew, Sunrise Medica.
- Diccionario de Medicina Océano Mosby. Océano, 1995.
- El Manual Merk. 9ª ed., 1998.
- Enfermería en cirugía ortopédica y traumatología. Ed. Panamericana, 2003.
- Estructura y función del cuerpo humano. Ed. Harcourt España, S.A.
- Fernández Domínguez L. Patología de la columna lumbar. Curso monográfico. Estudios y formación Sanitaria, 2001.
- Guías Clínicas en COT para Atención Primaria (elaboradas por el Dr. A.L. Montero Furelos). Lumbalgias y lumbociatalgias. www.sogacot.org
- Sistema músculo esquelético. Ed. Masson-Salvat Medicina, 1995.

XXVI Congreso Nacional de Técnicos de Enfermería y Técnicos de Farmacia

Los profesionales Técnicos han abordado los nuevos retos sanitarios en Ceuta

La globalización de las enfermedades, la atención al paciente inmigrante, las enfermedades poco frecuentes y la ayuda internacional han sido los pilares sobre los que se ha asentado esta vigésimo sexta edición del Congreso Nacional, organizado por la Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería y el Sindicato de Técnicos de Enfermería.

El Teatro Auditorio Revellín de la Ciudad Autónoma de Ceuta ha acogido durante tres días –del 27 al 29 de mayo de 2015– a los cerca de 300 congresistas que ha reunido esta edición del Congreso, acreditada con 1,9 créditos por la Comisión de Formación Continua del Sistema Nacional de Salud.

El programa científico, compuesto por cerca de 40 ponencias y 90 pósters, se inauguró con la presencia del Consejero de Sanidad y Consumo de Ceuta, Abdelhakim Abdeselam Al-Lal, el Director General de Ingesa, José Julián Díaz Melguizo, el Director Territorial de Ingesa, Fernando Pérez Padilla, la Presidenta de FAE y Secretaria General de SAE, M^a Dolores Martínez Márquez, y la Presidenta de esta edición del Congreso y Secretaria Autónoma de SAE, M^a Dolores Domínguez Bernal.

Durante su intervención, el Director General de Ingesa se ha comprometido a firmar este año un convenio de colaboración con los responsables de FAE para dotar de un programa de formación continuada a los profesionales de Ingesa.

Por su parte, M^a Dolores Martínez, al igual que los congresistas,

ha manifestado su satisfacción por este anuncio y ha coincidido con Melguizo en que el acuerdo “beneficiará tanto a los pacientes como a los profesionales”.

Asimismo, la presidenta de FAE ha aplaudido durante su intervención el interés de los profesionales técnicos por su formación y ha insistido en la importancia de “mantener unos conocimientos actualizados para adelantar-

se a las necesidades asistenciales que la sociedad pueda demandar, marcadas en los últimos años por los nuevos retos que plantea una sociedad cada vez más heterogénea y un marco asistencial cambiante que requiere del esfuerzo de todos los profesionales para proporcionar al enfermo unos cuidados asistenciales adaptados a sus necesidades y que garanticen mejorar su calidad de vida”.

Palabras clave:

- Globalización
- Prevención
- Enfermedades raras



Mesa de inauguración.



Saúl Oñate, médico pediatra del Hospital Universitario de Ceuta, durante su intervención *Enfermedades poco frecuentes en pediatría. Relato de casos.*



Halid Mustafa, abogado-coordinador de actividades en el Ceti, Cruz Roja Española en Ceuta, durante su exposición *Trabajando por la integración. Cruz Roja Ceuta.*

Enfermedades raras

Durante las tres jornadas de trabajo se han expuesto sobre el atril las características y situación de los pacientes con enfermedades poco frecuentes como el síndrome del maullido del gato, el síndrome de Tourette, el síndrome de Ulises, la gangrena de Fournier, el síndrome de Marfan, la distrofia muscular de Duchenne, la enfermedad de Hirschsprung en el recién nacido, o la sensibilidad química múltiple, entre otras.

Estas patologías, junto a las

más de 7.000 identificadas como raras por la Organización Mundial de la Salud, y las personas que las padecen -afectan a entre un 6 y un 8% de la población mundial- son cada vez más visibles gracias a las acciones europeas que se han llevado a cabo durante los últimos años y que “han supuesto un hito importante para el movimiento asociativo, a la vez que han logrado alcanzar altas cotas de concienciación entre la población general y las autoridades públicas acerca de la problemática de estos pacientes”, ha señalado

Ignacio Abaitua Borda, Jefe de Área del Instituto de Investigación de Enfermedades Raras (Instituto de Salud Carlos III de Madrid), durante la presentación de su trabajo *Enfermedades raras en España.*

En este contexto, España aprobó en 2009 -y revisó en 2014- la *Estrategia Nacional de Enfermedades Raras del Sistema Nacional de Salud* y, desde entonces, “la investigación en nuestro país no ha dejado de crecer auspiciada por el Instituto de Salud Carlos III, desde donde, desde 2009, se administra, a través del Instituto de Investigación de Enfermedades Raras, el Registro de Enfermedades Raras y Banco de Muestras”, ha informado el profesional, quien ha subrayado que la mejora de la situación de estos pacientes también pasa por “los objetivos marcados por el Consorcio Internacional de Investigación de Enfermedades Raras, que ha fijado el año 2020 como fecha para conseguir 200 nuevas terapias y poder tener biomarcadores diagnósticos para la mayoría de las enfermedades raras”.

En este sentido, Virginia Lobo Bartol y Lourdes López Amorín, TCE's del H.U. Ramón y Cajal de Madrid, durante su intervención



Congresistas.



Ignacio Abaitua durante su exposición.



Emilio José Martín, magistrado de la Audiencia Provincial de Cádiz, presentando *Consecuencias jurídicas por denegación de auxilio ante enfermedades infectocontagiosas*.

Todos somos raros, todos somos únicos, han coincidido en destacar la importancia "del progreso que se ha realizado actualmente para algunas enfermedades raras, lo que demuestra que no debemos abandonar la lucha sino, por el contrario, continuar y doblar los esfuerzos en el ámbito de la investigación y la solidaridad social".

No obstante, José David García Muñiz, Farmacólogo Clínico del Hospital Universitario de Ceuta, ha denunciado, durante la presentación de su trabajo *Investigación en enfermedades raras y poco frecuentes*, las dificultades con las que aún se encuentran los pacientes con este tipo de patologías para conseguir que se lleven a cabo ensayos clínicos para sus tratamientos.

"El mercado potencial para un nuevo tratamiento medicinal dirigido a tratar estas patologías es pequeño, lo que le acarrearía a las compañías farmacéuticas elevadas pérdidas económicas. Por ello, tanto los gobiernos como las organizaciones de pacientes de enfermedades raras, como EURORDIS, abogan por incentivos económicos para animar a las compañías farmacéuticas a desarrollar y comercializar medi-

camientos para el tratamiento de enfermedades raras", ha explicado el profesional.

Atención al paciente inmigrante

"Los últimos análisis de las tendencias migratorias en diversos países de la Unión Europea, incluido España, alertan sobre la necesidad de desarrollar políticas adecuadas para hacer frente, de forma integral, a las nuevas situaciones de colectivos de inmigrantes que van a necesitar un importante apoyo educativo y sociosanitario

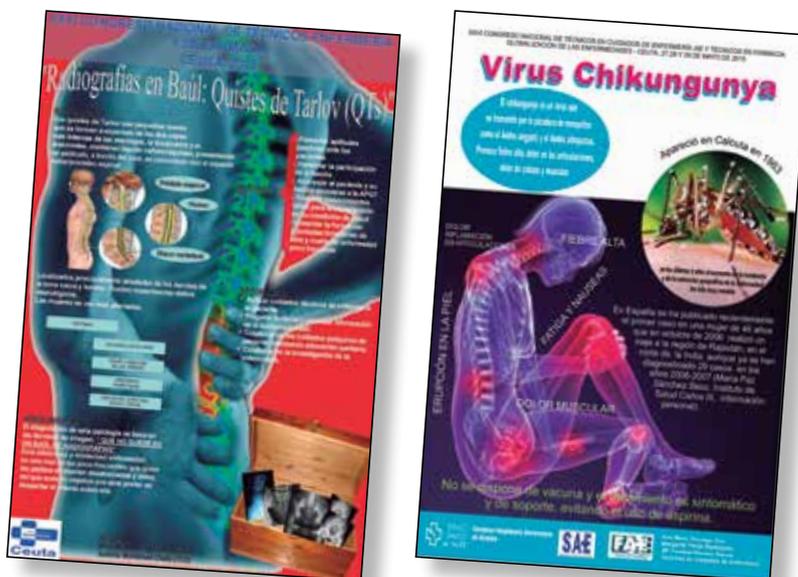
en el que el Técnico en Cuidados de Enfermería debe desempeñar un papel de primer orden. Para ello, este profesional debe poseer un conocimiento básico de las diferentes creencias y prácticas que se dan entre los muy diversos grupos existentes en España".

Ésta es una de las conclusiones aportadas por Manuela Valle Contreras, TCE del H. Infanta Elena de Huelva, durante la exposición de *El Técnico en la atención al paciente inmigrante*.

Para garantizar unos cuidados efectivos, satisfactorios y cohe-



Una de las mesas de trabajo.



Pósters ganadores de esta edición del Congreso Nacional.

rentes, hay que tener en cuenta las consecuencias que tiene el estrés crónico y múltiple que viven los inmigrantes al abandonar su país de origen y cambiar de cultura, idioma e, incluso, de valores sociales, ha explicado Montserrat Cirés Freixes, TCE del C.H.U. de Santiago en La Coruña, en su intervención *Después de la globalización. El síndrome de Ulises*.

“El conocimiento de este síndrome es fundamental para adoptar un tratamiento adecuado y evitar que el problema se vuelva crónico y, para ello, la mejor manera de hacerlo es ayudarles a integrarse

y reorganizar su vida social para aminorar los efectos causantes del síndrome como el sentimiento de soledad o la preocupación permanente. En este sentido, se están adaptando las terapias a la cultura del paciente, lo que permite ofrecer un diagnóstico y tratamiento adecuados a los rasgos culturales del inmigrante”.

La globalización

“Las repercusiones de la globalización añaden riesgos que antes no eran considerados debido a la manera en la que se establecían las relaciones internacionales, las

relaciones entre los países y entre las diferentes poblaciones humanas del planeta. Ahora, la salud pública debe abordar, sin duda, estos retos del mundo moderno, adecuando sus objetivos y los métodos de trabajo a esta nueva realidad, que ya se ha apoderado de nuestro escenario. Para ello se hace imprescindible el cambio radical de nuestros sistemas sanitarios, con el fin de que podamos mantener su sostenibilidad, que siga habiendo profesionales sanitarios suficientes y podamos conseguir una sociedad sin desigualdades en salud”.

Así se ha pronunciado Mercedes Vinuesa Sebastián, Facultativa Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública del H.U. de Móstoles (Madrid), durante la presentación de su trabajo *Infecciones de importancia en salud pública*.

A partir de este nuevo panorama mundial, Vinuesa ha centrado su intervención en el Reglamento Sanitario Internacional (RSI), que entró en vigor en junio del 2007 como un acuerdo de cumplimiento obligatorio para 194 Estados, con la finalidad de prevenir eventos de salud pública de importancia internacional, proteger contra esos eventos, controlarlos y responder frente a ellos.



Finalistas de carteles y comunicaciones.



Ana Belén Coves, ganadora a la mejor comunicación, junto a los responsables de FAE.



Las autoras del trabajo galardonado con el accésit a la comunicación, junto a los responsables de FAE.



Carmen Estévez y Pedro Luis Rodríguez, ganadores del premio especial por su labor investigadora.



La ganadora del póster *Virus Chikungunya* junto a los responsables de FAE.

“Desde 2013, en España se ha avanzado en este sentido para dar a nuestro sistema las siguientes características diferenciales: realizar un abordaje multisectorial (Red de redes), definir eventos en salud pública general y en consonancia con la OMS y la UE, favorecer la gestión eficiente y coordinada del riesgo, coordinar el enlace autonómico y nacional durante las 24 horas, contemplar una herramienta formal y compatible con las de ámbito internacional, establecer protocolos de respuesta coordinada en salud pública, y situar puntos de entrada en puertos y aeropuertos”, ha explicado la facultativa.

Mutilación genital femenina

Victoria Burgueño Zamora, TCE del Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid, durante la presentación de su ponencia *Atención a la niña/mujer inmigrante con mutilación genital* ha puesto sobre la mesa el problema de salud que supone la mutilación genital femenina, cuyas consecuencias perjudican a 125 millones de niñas y mujeres en el mundo y cuya práctica afecta cada año a tres millones de niñas. “En España, según el mapa de la mutilación genital femenina, realizado por la Fundación Wassu-UBA en 2012, viven 17.000 menores de 15 años, originarias de países de África donde se realiza esta práctica, en riesgo de sufrir la mutilación genital”.

“Por ello, como medida preventiva, el pasado 14 de enero España aprobó el Protocolo Nacional de Intervención Sanitaria frente a la Mutilación Genital, por el cual los padres deben firmar voluntariamente un documento preventivo en el que se comprometen a evitar la mutilación de su hija cuando viaje al país de origen. Por su parte, el profesional sanitario debe realizar una aproximación hacia la mujer mutilada y con-

cienciarla sobre la problemática que conlleva su práctica. En este sentido, es fundamental que el profesional sea consciente de la realización de estos rituales, su contexto histórico-social y las causas que lo producen y así crear un clima de entendimiento para que los familiares y la víctima comprendan sus consecuencias”, ha concluido la profesional.



La ganadora del póster *Radiografías en baúl: Quister de Tarlov* junto a los responsables de FAE.



Tras la entrega de premios, M^a Dolores Domínguez, presidenta de esta edición del Congreso, entregó el testigo a Concepción Franco, secretaria provincial de Toledo, ciudad que acogerá la vigésimo séptima edición del Congreso Nacional.



Clara Isabel Polo, del Comité Científico, junto a Jorge Santurio, patrono de FAE, durante la lectura de las conclusiones de la XXVI edición del Congreso.



Mesa de clausura.

Acto de clausura

Tras la lectura de las conclusiones de esta edición del Congreso, a cargo de Clara Isabel Polo, ha tenido lugar el acto de clausura, que ha contado con la participación del Director General de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Carlos Jesús Moreno Sánchez, el Consejero de Sanidad y Consumo de Ceuta, Abdelhakim Abdeslam Al-Lal, el Director Gerente del Hospital Universitario de Ceuta, Justo Ostale Blanco, la Presidenta de FAE, M^a Dolores Martínez Márquez, y la Presidenta de esta edición del Congreso, M^a Dolores Domínguez Bernal.

Durante su intervención, Carlos J. Moreno ha felicitado a los profesionales Técnicos en Cuidados de Enfermería por ser los mejor valorados por el usuario de la sanidad, con una nota de 7,52, según se recoge en el último barómetro sanitario.

Por su parte, M^a Dolores Domínguez ha agradecido la colaboración de las instituciones ceutíes en el desarrollo de esta edición del Congreso, así como la presencia de los congresistas y el trabajo de los Comités Científico y Organizador, “sin cuya labor estas tres jornadas de trabajo no hubieran sido posibles”.

Entrega de premios

El Comité Científico ha hecho entrega de los premios a la mejor comunicación y al mejor póster durante la cena de gala, que ha tenido lugar en los Jardines del Sarao.

En esta ocasión, la mejor comunicación, galardonada con dos inscripciones al XXVII Congreso Nacional, ha sido para *El tratamiento quirúrgico de la gangrena de Fournier*, de la TCE Ana Belén Coves, del Hospital de Vinalopó (Alicante).

El accésit, dotado con una inscripción al XXVII Congreso Nacional, ha recaído en *Actuación del TCE frente a un caso de sospecha de Ébola en un hospital de segundo nivel*, presentada por las TCE's del H. Son Llätzer de Baleares María Barros, M^a Dolores Calmaestra, Damiana Alcantuz y Ana Isabel Cruz, quienes han contado con la ayuda de Alicia Cervero durante la exposición de su trabajo.

Finalmente, se ha hecho entrega de un premio especial por la labor investigadora, instaurado este año, que se ha otorgado al trabajo presentado por Carmen Estévez y Pedro Luis Rodríguez, TCE's de los centros de salud madrileños Imperial y Segovia, respectivamente, *Estudio para mejorar la atención sociosanitaria y percepción social de pacientes con Síndrome de Tourette y sus familiares*. En este caso, los autores recibirán 150 euros en material formativo de FAE o como parte de la inscripción al XXVII Congreso Nacional.

El premio al mejor póster ha recaído en esta edición en dos trabajos, el presentado por María Caridad Herrero, Ana M^a Dorrego y Margarita Pérez, TCE's del C.H.U. de Orense, *Virus Chikungunya*; y el expuesto por Samiha Mohamed y Mina Abdel-Lah, TCE's del H.U. de Ceuta, *Radiografías en baúl: Quister de Tarlov (QTS)*. Ambos trabajos recibirán una inscripción al XXVII Congreso Nacional. ●



Dossier

El aseo, el ser humano en el corazón de los cuidados

Prólogo

Valores para otorgarle sentido al aseo

Sumario:

- Valores para otorgarle sentido al aseo
- El aseo, un acompañamiento cotidiano personalizado y adecuado
- El aseo: cuerpo y alma de uno mismo
- Volver a dar sentido al aseo en residencias

El aseo es un cuidado cuyo objetivo es garantizar la higiene personal. Es sinónimo de limpieza corporal y bienestar, aspectos esenciales de la vida.

■ **Se trata de un cuidado completo, íntimo y relacional.** Cuidar el cuerpo, lavar, peinar, ayudar a colocarse, vigilar la temperatura de la habitación, del agua, proceder con dulzura, estar atento a si se provoca dolor, no recurrir sistemáticamente a protecciones..., a través de estos actos se instaura una relación de proximidad porque la piel es un vínculo con el otro.

■ **El aseo constituye un importante tiempo de intercambio** durante el cual se crea una confianza, una atención y una comprensión del otro que conduce a una alianza terapéutica. A través de la escucha y la aceptación del otro, el Técnico en Cuidados de Enfermería permite que este acto pase de ser un cuidado técnico de higiene a una relación que implica “ocuparse de”. El respeto de la persona, en el momento del aseo, se establece a través de una comunicación auténtica y adecuada al contexto del cuidado, manteniendo los valores esenciales de pudor, dignidad y autonomía.

■ **Cualquier aseo es único**, específico de cada situación. En algunos casos, la persona puede

rechazar el cuidado, porque no se corresponde con sus costumbres, su concepto de autonomía o porque le provoca alteraciones psíquicas. El cuidado se vive como un momento de estrés, ya que afecta al plano íntimo. Respetar los deseos del paciente, escucharlo y tocarlo son vectores para abrir la comunicación.

■ **En un contexto actual de búsqueda de la eficiencia máxima**, los enfermeros se sienten cada vez más alejados de los pacientes, lo que puede suponer el riesgo de infravalorar e ignorar el aseo. El proyecto de servicio o las reuniones de equipo son momentos de reflexión en los que los Técnicos en Cuidados de Enfermería se dan cuenta del carácter específico de su papel y comparten valores, lo que contribuye a su valoración profesional.

■ **La puesta en marcha de formación continua** en lo que respecta al tacto, la comodidad, la relación y la intimidad relacionados con el aseo favorece la adaptación del acceso corporal personalizado y disminuye la agresividad y la incomodidad de las personas acompañadas. ●

Ingrid Choucralah

Directora del IFAS

Dossier publicado por primera vez en el SAS, número 63

Enfoque

El aseo, un **acompañamiento cotidiano** personalizado y adecuado

- El aseo es un momento que permite instaurar una relación de confianza entre el cuidador TCE y la persona cuidada y dar prioridad a los intercambios y las confidencias.
- Cuidar, en el sentido de encargarse de una persona, consiste en tenerla en cuenta en su totalidad, permitiéndole recuperar un cierto equilibrio y una independencia.
- El Técnico en Cuidados de Enfermería debe hacer todo lo posible para que el cuidado sea un momento de placer y bienestar para el paciente.

Palabras clave

- Autonomía
- Derechos del paciente
- Intimidad
- Relación
- Cuidados
- Aseo

En un equipo multidisciplinar, el Técnico en Cuidados de Enfermería contribuye a encargarse de una persona o de un grupo de personas y participa, en el marco del papel propio de la enfermería, en los cuidados destinados a responder a las necesidades de mantenimiento y continuidad de la vida del ser humano.

En efecto, el aseo es un cuidado completo, realizado por el Técnico en Cuidados de Enfermería. Engloba tanto los cuidados de higiene y de confort (aseo completo en la cama, apoyo a aseo en el lavado) como los cuidados de vestimenta, permitiendo al paciente «tapar» su cuerpo para ayudar a restaurar y/o mantener su autonomía.

El aseo, un momento de intimidad y de disponibilidad

■ El aseo no se limita a lavar al paciente de la cabeza a los pies, colocarle su protección e instalarlo en su sillón o recolocarlos en su cama y continuar con el trabajo. La imagen del paciente es una parte integrante de su cuidado, pasando por el peinado o lavado de dientes.

■ El cuidado se sitúa en el plano íntimo del paciente. Por este motivo, el cuidador TCE debe situarse en el corazón de su práctica, con el objetivo de respetar sus hábitos, favorecer la relación con él para romper el aislamiento y facilitar la consideración de sus expectativas, incluso escucharlo y apoyarlo.

Es habitual que el paciente rechace los cuidados que se le prodigan. En este caso, el cuidador TCE debe saber hacer uso de la escucha, saber tener en cuenta su opinión, respetar su voluntad y proponerle el cuidado. Por este motivo, es primordial saber respetar los derechos del paciente, valorizarlo y garantizar su bienestar durante los cuidados.

■ Generalmente, el aseo es vivido por los pacientes como una estimulación, un momento íntimo, una demanda, un momento que permite instaurar y dar prioridad a los intercambios y las confidencias. Por ejemplo, el hecho de cerrar las puertas durante el aseo o encender la luz de presencia permiten respetar la intimidad del paciente. En caso de que este se niegue al aseo, siempre es posible volver más tarde.

Saber observar y transmitir para mantener la autonomía

■ La calidad del cuidado es saber autorregular y reajustar la práctica durante la realización del cuidado a través de la regla ECORSET (eficacia, confort, organización, responsabilidad, seguridad, economía y transmisión).

■ El papel de los cuidadores TCE consiste en estimular al paciente y ayudar a mantener su autonomía, es decir, su capacidad para realizar actos de la vida cotidiana o parcialmente con la ayuda de los medios de suplencia. Por suplencia se entiende la posibilidad, para una persona, de satisfacer sus necesidades con ayuda material para paliar su hándicap sin recurrir a los cuidadores TCE. Para ello, el TCE está atento a poner a disposición o a proximidad el material necesario que permite la autonomía del paciente.

■ El aseo exige, en paralelo, hacer evaluar su práctica en función del estado de salud del paciente: localización de alteraciones cognitivas, personalización y adaptación del acompañamiento en función de la identificación de los cuida-

dos, de la evaluación de las capacidades y de su autonomía.

El cuidado personalizado es un derecho

■ **Cada uno tiene costumbres diferentes en lo que respecta a la higiene corporal**, relacionadas con la educación, la cultura, la experiencia personal y los gustos propios. Por ello, es importante tener en cuenta y recordar todos estos elementos antes de realizar un cuidado.

■ **El cuidado relacional debe colocar al paciente en el centro de las preocupaciones del equipo de profesionales.** En este sentido, la escucha atenta y la empatía adquieren todo su sentido. El cumplimiento del consentimiento es indispensable y debe buscarse en todo momento.

■ **El cuidador TCE debe igualmente ser capaz de tomar distancia** en lo que respecta a sus reacciones, sus emociones, sus preocupaciones personales y sus experiencias para que el cuidado sea un momento de placer y de bienestar para el paciente. Debe dejarle tiempo para participar, no hacer las cosas sistemáticamente por él, ir a su ritmo y respetar sus hábitos de vida, sus convicciones religiosas, etc.

■ **Para ello, el TCE debe tener en cuenta al paciente y sus posibilidades**, sus dificultades y sus deseos, respetar sus valores, su pudor y tener en cuenta sus gustos para mejorar su confort.

■ **Esto lleva a reflexionar y dar sentido a su propia práctica, tanto en la técnica como en el enfoque hacia la persona para realizar**



© Burger/Phanie

El respeto del consentimiento es esencial y debe ser buscado en cualquier momento.

un cuidado adecuado. El proyecto de cuidados y el de vida individual adquieren toda su importancia, especialmente en relación con sus objetivos.

■ **La persona cuidada debe ser un actor en sus cuidados** y el Técnico en Cuidados de Enfermería debe tener en cuenta su consideración garantizando su dignidad y su libertad.

■ **El cuidador TCE podrá implicar al paciente a participar** en los cuidados cotidianos, especialmente ayudándole a dar sentido a su vida, a poner ritmo a su jornada,

situarse en el tiempo y encontrar placeres pasados.

■ **Finalmente, cuidar es encargarse de un paciente en el sentido de tratar el dolor**, evaluarlo y llegar a “cero dolor” antes, durante y después de los cuidados.

Conclusión

El aseo es un momento privilegiado para la relación y la autonomía funcional en los actos de la vida cotidiana. Tomarse tiempo permite no actuar en lugar de la persona, sino acompañar su gesto. ●

NOTAS

1 Demanda sensorial: implica el tacto, el olfato, el oído y la vista; demanda gnóstica: se favorece la palabra a través de intercambios verbales; demanda práctica: siempre que sea posible, el paciente realizará su aseo de forma autónoma. El Técnico en Cuidados de Enfermería lo animará; demanda cognitiva: como cualquier actividad, el aseo demanda capacidades múltiples del cerebro (atención, concentración, memoria, lenguaje, funciones ejecutivas)

Reflexión

El aseo: cuerpo y alma de uno mismo

- El aseo es un acto cotidiano que se repite en la práctica profesional de los Técnicos en Cuidados de Enfermería.
- Permite mantener la higiene corporal y preservar una imagen positiva de uno mismo.
- Es un acto que provoca en ocasiones malestar, e incluso genera un conflicto entre el paciente y el Técnico en Cuidados de Enfermería.
- Se trata, de hecho, de un cuidado relacional, en el que la escucha y la atención del profesional TCE se hacen indispensables.

Palabras clave:

- Cuerpo
- Emoción
- Pudor
- Relación
- Aseo

El aseo es un “cuidado de confort”, de higiene y de bienestar físico y psíquico. ¿Qué hay más simple que ese conjunto de gestos *a priori* no invasivos y no dolorosos? ¿Qué problemas se plantean? Reflexionar sobre lo que está en juego no es baladí.

El cuerpo desnudo

■ **El primer gesto del Técnico en Cuidados de Enfermería** que entra en una habitación para el aseo será levantar la sábana; el segundo desnudar al paciente, entero o en parte. Este sabe, en conciencia, que no puede lavarse solo, que le van a lavar. Sabe que va a ser cuidado, pero también, desde su infancia, que uno no se muestra desnudo ante los demás.

■ **El niño pequeño no se inhibe para mostrarse desnudo**, exhibe su sexo con orgullo. Poco a poco va aprendiendo a vestirse y a abstenerse de realizar determinados comportamientos en público. Se trata de un aprendizaje de la vida en sociedad, por supuesto, pero también de algo más profundo que afecta a la estructuración de la personalidad. El “yo piel” permite al niño identificar y separar la parte exterior de sí mismo, que se deja ver y tocar, de la interior, escondida, íntima [1].

■ **Algo se instala poco a poco durante ese aprendizaje**, un tabú profundamente escondido en el fondo de cada uno de nosotros. Es parte de la educación en nuestra civilización. Mostrarse desnudo suscita emociones, la mayoría negativas: malestar, culpabilidad, vergüenza. No se dicen, pero necesitan de una atención y delicadeza especial por parte del Técnico en Cuidados de Enfermería.

El cuerpo enfermo, debilitado, deteriorado

■ **Para vivir a gusto con nosotros mismos** necesitamos tener una imagen más o menos satisfactoria de nuestro cuerpo. La enfermedad y los deterioros de la edad ponen en peligro esa imagen, que se vuelve frágil y que nunca reconocemos como la real. El Técnico en Cuidados de Enfermería ve y toca ese cuerpo deteriorado: es el primer testigo.

■ **Todo lo que está en juego durante el aseo tiene una importancia capital.** Las palabras de los enfermos sobre sus cuerpos son testigo de ello y permiten imaginar lo que se esconde detrás de lo que no se dice: “Como ve no dejo de adelgazar, no me queda mucho tiempo” le comentó a un Técnico en Cuidados de Enfermería un hombre que pesaba

50 kilos. “¡Salga de mi habitación, ¡no soy más que un desecho!” gritó una mujer con incontinencia, consecuencia de un cáncer de colon. “Cuando muera me maquillará un poco: no quiero dar miedo” dijo otra enferma llorando, el día anterior a su muerte.

■ **Es difícil traducir la carga afectiva de esas palabras.** El Técnico en Cuidados de Enfermería se ve profundamente afectado y debe reaccionar: no puede ignorar la angustia que transmiten.

El pudor

■ **¿Cómo preservar el pudor?** ¿Cómo respetar durante el aseo gestos o actitudes que parecen superfluas e incluso inadecuadas? Queremos ir rápido, nos espera el paciente siguiente. ¿Cómo podemos ser delicados ante esa anciana que se pone tensa y mira hacia otro lado cuando le desnudamos la parte inferior del cuerpo? ¿O ante esa otra que se agarra a la sábana? Evidentemente, no existe un modelo a seguir: solo la “humanidad” del profesional TCE le permitirá encontrar la actitud adecuada.

■ **El pudor es una frágil adquisición.** Es la manifestación del sentimiento de nuestra propia dignidad. Por el contrario, con algunas enfermedades graves o cuando

Reflexiones sobre las implicaciones del aseo

El profesional TCE ocupa un sitio particular dentro del equipo: observa el cuerpo larga y minuciosamente, y se encuentra solo. Y a menudo el paciente está al acecho de su mirada: busca conocer su estado.

■ **¿Podemos hablar de la calidad de la mirada del Técnico en Cuidados de Enfermería?** Este no es siempre dueño de sus reacciones. Puede conmocionarse ante la degradación brutal de un paciente que recae. Y ocurrirá algo en su mirada que no se le escapará al paciente.

El Técnico en Cuidados de Enfermería también tiene sentimientos y afectos ante los que “hace lo que puede”. La única cuestión es su propia vigilancia para poder ajustarse lo mejor posible al enfermo a quien cuida.

■ ¿Podemos hablar de la calidad de los gestos?

Desnudar a un enfermo puede hacerse de muchas maneras, al igual que enjabonarle el cuerpo. Los gestos del profesional TCE pueden ser al mismo tiempo decididos y dulces. En este caso, las sensaciones que provoca el aseo serán reconstituyentes para el enfermo: encontrará un cuerpo objeto de placer. De forma global, la actitud de respeto es fundamental, incluso cuando el enfermo rechaza el aseo: tiene sus razones, muchas veces irracionales, pero hay que escuchar, intentar comprender. En ocasiones, hechos como darse un tiempo o hacer que intervenga otra persona acaban con el rechazo.

NOTA:

1 El “yo-piel” es un concepto que señala el apoyo del yo sobre la piel, e implica una homología entre las funciones del yo y las de nuestra envoltura corporal. Permite enriquecer las nociones de barreras, límites, desde una perspectiva psicoanalítica.

REFERENCIA

[1] Anzieu D. *Le Moi-peau*. Paris: Dunod; 1974.



La modestia es la manifestación de la sensación que uno tiene de su propia dignidad.

el paciente está al final de sus días, a veces pierden todo pudor, lo que sorprende a los Técnicos en Cuidados de Enfermería (“¡No les conocíamos así!”). Están tan centrados en ellos mismos, en sus cuerpos, que la mirada de los demás ya no existe. El sentimiento de que podrían sorprender a los testigos de su falta de pudor ha desaparecido.

■ **El pudor relacionado con los sentimientos es otra dimensión**

que sobrepasa el cuerpo. Exhibir los sentimientos es algo impúdico, así como exhibir un cuerpo, y provoca malestar a quien es testigo de ello.

Lo íntimo

Aunque se trate del cuerpo o de los sentimientos, la dualidad esconder/mostrar es un recurso esencial para comprender lo que ocurre.

■ **En un primer nivel,** esconder es una adquisición social. No se muestra lo que está relacionado con la sexualidad y podría hacer de uno un objeto de consumo. Escondemos igualmente sentimientos demasiado fuertes, tanto si son positivos como negativos: sacarlos a la luz sería volverse vulnerable, y preferimos controlarlos.

■ **En un nivel más profundo,** que es estructurador de la personalidad, necesitamos preservar aquello que nos es íntimo. Todo ese mundo emocional y afectivo, consciente e inconsciente, contenido entre barreras internas que abrimos o cerramos dependiendo de la situación.

CONCLUSIÓN

El aseo es una situación relacional muy rica, que no debemos banalizar. Debe ir acompañada de un “baño de palabras”, incluso si se trata de pacientes en coma o que hayan dejado de hablar. Decir lo que vamos a hacer, anticipar los gestos mediante las palabras, son en determinados casos una reeducación. Establecer un nexo entre las palabras y las sensaciones experimentadas constituye un fuerte apoyo para reconstituir una imagen corporal. ●

Formación continua

Volver a dar sentido al aseo en residencias

- El aseo puede convertirse en una rutina en la práctica de los Técnicos en Cuidados de Enfermería.

Palabras clave

- Formación continua
- Proyecto de vida
- Relación
- Cuidado
- Aseo

Algunas prácticas, “antiguas” para el aseo de personas mayores se siguen llevando a cabo hoy en día sin una reflexión previa. Se basan en protocolos que buscan llevar a cabo el aseo en la cama de cada paciente, todos los días. Sin embargo, la práctica del aseo debería estar en consonancia con el proyecto de vida del residente.

Cuando el cuidado es una rutina

■ **Durante los cuidados de higiene**, los Técnicos en Cuidados de Enfermería deben valorar las expectativas, necesidades y peticiones específicas de cada residente, así como sus hábitos, valores, cultura y recursos personales en ese momento.

■ **Para algunos Técnicos en Cuidados de Enfermería, es impensable no realizar todos los días un aseo completo de cada residente**, se encuentra fuera de sus valores deontológicos personales. Si no realizan ese cuidado de manera estándar, se puede instalar un sentimiento de culpabilidad.

■ **A veces los profesionales deben enfrentarse al rechazo categórico** o a la reticencia de los residentes durante los cuidados de higiene. Incitar a un residente a llevar a cabo ese cuidado íntimo sin su consentimiento va en contra de la noción de buen trato – ética que parte de las necesidades y

deseos de la persona a cuidar que se encuentra en una situación de vulnerabilidad.

Vuelta a la experiencia. Curso en Francia

■ **En el marco de la formación continua**, un equipo de Técnicos en Cuidados de Enfermería de un centro geriátrico francés ha seguido un curso denominado “El momento del aseo para las personas mayores en instituciones geriátricas: un acto de buen trato”.

■ **El objetivo de esta formación** es permitir a los Técnicos en Cuidados de Enfermería desarrollar sus capacidades de análisis y evaluación de las situaciones, así como adquirir nuevas herramientas que les permitan dar una respuesta adecuada durante el aseo del residente.

■ **En primer lugar, ha sido interesante comenzar con las imágenes de los técnicos**, apoyarse en los conceptos fundamentales: ¿Qué es cuidar? ¿Qué significa hoy en día ser un Técnico en Cuidados de Enfermería? ¿Qué dimensión tiene cuidar dentro de los cuidados de higiene personal?

■ **Se identifican resistencias al cambio de postura** a lo largo de toda la formación cuando se abordan:

- los mecanismos de defensa del Técnico en Cuidados de Enfermería;

- la necesidad de ser reconocido en el trabajo, marcada por el deseo del “bien hecho”;
- el miedo a la mirada del otro: colegas, jefes, familia del residente;
- la dificultad para evaluar el beneficio/riesgo ante una situación de rechazo u oposición al cuidado;
- la capacidad para negociar una alternativa al aseo completo;
- la toma de iniciativas en el seno de una institución.

■ **El aseo es un cuidado complejo que busca el bienestar**, el confort, la higiene corporal de la persona. Es también un cuidado relacional que sólo puede contemplarse a través del conocimiento de la persona, de sus capacidades y recursos, sus dependencias, su estado de salud, todo ello vinculado por supuesto con el respeto a su proyecto de vida y a las limitaciones de cada servicio.

■ **Estos interrogantes se inscriben dentro de una progresión pedagógica** coherente y facilitadora, de conformidad con las recomendaciones de la Haute Autorité de santé (HAS) y del Anesm.

Métodos pedagógicos innovadores

■ **El simulador de vejez** se utiliza en el marco de un taller práctico cuyos objetivos pedagógicos son el cambio de comportamiento del

MARIE-BERNARD
BLANCHOUIN
Formadora de adultos
en IFAS y en centro de
formación

KARINE DUDA-JOUAN
Formadora de adultos
en IFAS y en centro de
formación

**NOTA:**

1 Protocolos fijos que se llevan a cabo por región corporal, basados únicamente en la higiene sin adaptarse a las necesidades específicas de cada persona.

El acto del aseo se afianza como un tiempo de bienestar físico y psicológico dedicado al residente, y deja de ser un tiempo repetitivo y mecánico.

Técnico en Cuidados de Enfermería al experimentar los efectos del envejecimiento:

- unas gafas simulan problemas de visión (cataratas, degeneración macular consecuencia de la edad, glaucoma...) y permiten medir las dificultades del día a día;
- unos cascos anti-ruido y los tapones Quiets™ permiten darse cuenta de que alzar la voz es inútil ante la pérdida auditiva;
- unas férulas y ortesis limitan la flexión de las articulaciones de los miembros inferiores y superiores, unas pesas ralentizan los movimientos corporales, lo que permite experimentar las trabas corporales y mostrar la necesidad de respetar el ritmo del residente.

■ **El uso de la regla ECORSET** (eficacia, confort, organización, responsabilidad, seguridad, econo-

mía, transmisiones) permite auto-evaluar la calidad del cuidado.

■ **Un tiempo de análisis de las prácticas profesionales** permite dar marcha atrás y analizar los retos ante los cuidados.

■ **La postura favorable de los educadores** permite expresarse libremente y preguntar en grupo, y así volver a dar sentido al cuidado de la higiene en la práctica cotidiana.

Conclusión

A raíz de la formación, los profesionales perciben el momento del aseo de un modo diferente. El acto prescrito se contempla bajo una nueva perspectiva. El acto del aseo se afianza como un tiempo de bienestar físico y psicológico dedicado al residente, y deja de ser un tiempo repetitivo y mecá-

nico. Se contemplan propuestas de cuidados alternativos al aseo completo sistemático: cuidados diferidos en el tiempo, negociados para otro momento del día o llevados a cabo de un modo diferente. El cuidado de la higiene deja de ser un mero acto de cuidados para convertirse en un cuidado ligado al proyecto de vida de los residentes. Para ello, los profesionales de la salud, parte interesada desde la elaboración del pliego de condiciones de esta formación, participan en la formación y han establecido una reorganización del trabajo que les permite hacer un seguimiento de ese cambio y continuar con los cuidados globales con todos los profesionales de un equipo pluridisciplinar (estudiantes, ergoterapeutas, médicos, enfermeras, higienistas...). ●



Actualización en Psiquiatría para AE/TCE

El trastorno bipolar

El trastorno bipolar es una grave enfermedad del cerebro. También llamada enfermedad maniaco-depresiva. Las personas que lo sufren experimentan cambios de ánimo inusuales. A veces se sienten muy felices y “animadas” y mucho más activas que de costumbre; es lo que llamamos *manía*. Otras veces, en cambio, se sienten muy tristes y “deprimidas” y son mucho menos activas; es lo que llamamos *depresión*. El trastorno bipolar también puede provocar cambios en la energía y el comportamiento.

SUMARIO:

¿Cómo evoluciona?

¿Cómo se trata el trastorno bipolar?

Objetivos y cuidados de enfermería

Registro de enfermería

El trastorno bipolar no tiene nada que ver con los altibajos que puede experimentar cualquier persona. Los síntomas bipolares son más potentes. Pueden dañar las relaciones personales y complicar el desarrollo de la actividad laboral. La buena noticia es

que los enfermos que sufren trastorno bipolar pueden obtener tratamiento. Con ayuda consiguen mejorar y llevar vidas exitosas.

Cualquier persona puede desarrollar un trastorno bipolar. A menudo comienza en las últimas etapas de la adolescencia o al principio de la adultez. Pero también niños y adultos pueden desarrollar la enfermedad. Gene-

ralmente el trastorno bipolar dura toda la vida.

Un aspecto muy importante que hay que tener en cuenta en este trastorno es que tanto los episodios como el propio curso de la enfermedad son farmacológicamente modificables, por lo que en muchos casos se puede lograr un control completo de la enfermedad. Estudios recientes han observado que el trastorno bipolar implica ciertos déficits o deterioros cognitivos.

¿Cómo evoluciona?

Una vez que la enfermedad aparece, se implanta el riesgo, ya para toda la vida, de sufrir recaídas. El número medio de episodios durante los 10 primeros años de la enfermedad es de 4, y se ha descrito un acortamiento de los ciclos de la enfermedad en el curso de su evolución. Entre el 15 y el 20% de los pacientes atendidos en clínicas especializadas de trastornos afectivos sufre un curso maligno de la enfermedad de al menos cuatro episodios anuales. Este curso, llamado de “ciclos rápidos”, es





sinónimo de mala respuesta terapéutica y de cronicidad.

La duración de los episodios es muy variable: puede ser de días, meses o incluso años. Los periodos maníacos son más cortos que los depresivos. Sin tratar, los primeros suelen durar unos pocos meses, pero los depresivos pueden superar los seis meses. La recuperación suele ser completa, pero en algunas ocasiones los pacientes continúan manifestando sintomatología afectiva de modo persistente, como el agotamiento físico.

La persona que sufre trastorno bipolar no suele darse cuenta de que está enferma, se siente mejor que nunca, no acepta el tratamiento y no entiende por qué los demás tienen otra opinión sobre su conducta, lo que complica sus relaciones sociales y familiares. En casos severos puede haber síntomas psicóticos (alucinaciones y delirios).

■ **Episodio maníaco.** La manía –término psiquiátrico que no tiene nada que ver con la palabra coloquial que quiere decir “rareza”– es un cuadro de exaltación de las emociones que se caracteriza por un marcado cambio en el estado de ánimo hacia la euforia y/o la irritación, acompañado de un incremento de la energía y de la actividad, con pérdida de horas de sueño y aumento de la verbosidad y la autoestima, llegando a veces a delirios megalomaniacos, desinhibición de la conducta, hipersexualidad, derroche de dinero o a vestirse con indumentarias llamativas o extravagantes. Puede llegar a cursar con síntomas psicóticos en los estados más severos y degenerar, entonces, en conductas peligrosas, como el abuso de alcohol o drogas, conductas sexuales de riesgo, gastos inasumibles, conducción temeraria y, en ocasiones, agresividad. El ingreso hospitalario suele estar indicado en esta etapa.

■ **Episodio depresivo.** La depresión se puede considerar como el estado opuesto a la manía, y viene caracterizado por ánimo triste, pérdida de confianza en uno mismo y

enlentecimiento mental (bradipsiquia). Los pacientes tienen la sensación dolorosa de sentir que sus emociones se han secado y, aunque quieran, no pueden llorar. Abatidos por sentimientos de culpa, baja autoestima y autorreproches, pueden llegar al suicidio. Carentes de energía, los problemas se hacen insuperables y tienen serias dificultades para tomar cualquier decisión. El pensamiento está retardado y la memoria afectada. Los pacientes se sienten cansados y pesados, y algunos sufren una intensa ansiedad y se muestran inquietos o agitados. Frecuentemente, presentan insomnio en cualquiera de sus fases, aunque en algunas ocasiones existe hipersomnia. Existen variaciones del humor a lo largo del día y su deseo de permanecer en la cama suele ser intenso durante la mañana.

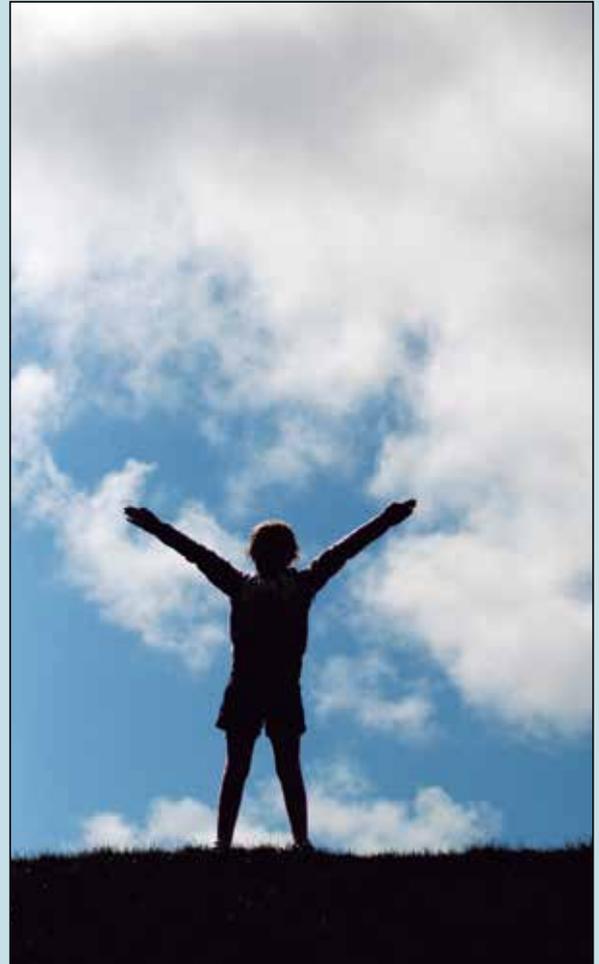
■ **Episodio hipomaniaco.** Es una forma de manía leve con síntomas similares aunque menos graves. A pesar de ser visible para las personas que conocen bien a quien la padece, no comporta

La persona que sufre trastorno bipolar no suele darse cuenta de que está enferma, se siente mejor que nunca, no acepta el tratamiento y no entiende por qué los demás tienen otra opinión sobre su conducta, lo que complica sus relaciones sociales y familiares.

consecuencias graves y tiene menor impacto en la vida del paciente. Los síntomas de una hipomanía suelen ser los mismos que los de la manía, aunque mucho más leves, salvo los síntomas psicóticos, que son un claro indicador de gravedad.

El límite entre la hipomanía y la manía es muy difícil de establecer en muchas ocasiones, aunque hay que tratarla para que no desemboque en una manía y, posteriormente, en una depresión.

■ **Episodio mixto.** Se presentan síntomas de depresión y de manía al mismo tiempo. El paciente puede sentirse triste y sin energía o hiperactivo, pero al mismo tiempo exaltado o melancólico. Aparecen a la vez síntomas de los



Shutterstock

dos polos, por tanto las combinaciones son múltiples. Lo más característico es un estado de ánimo depresivo combinado con una psicomotricidad exaltada (insomnio, hiperactividad improductiva, irritabilidad...).

■ **La ciclación rápida.** En ocasiones la enfermedad se complica al aumentar la frecuencia de los episodios y los ciclos, de modo que los episodios de estabilidad o eutimia son cada vez más cortos, o incluso desaparecen, pasando de un episodio maníaco o hipomaniaco a otro depresivo sin tener estados de recuperación. Solo se puede hablar de que un paciente padece ciclación rápida si padece cuatro o más episodios afectivos en un año.



¿Cómo se trata el trastorno bipolar?

El trastorno bipolar es modificable farmacológicamente y en muchos casos se puede conseguir el control completo de la enfermedad, ya que es altamente recurrente y crónica. El tratamiento se puede dividir en tres fases o etapas:

- Tratamiento de la fase aguda: dirigido a resolver el episodio agudo de la enfermedad.
- Tratamiento de continuación: dirigido a consolidar los resultados del tratamiento de la fase aguda.
- Tratamiento de mantenimiento o preventivo: dirigido a prevenir futuros episodios.

■ Modalidades de tratamiento

- Educativo: consistente en ayudar a los pacientes y familiares para reconocer, manejar y evitar complicaciones.
- Psicoterápico: dirigido a resolver problemas y afrontar el estrés. Nunca sustituye al tratamiento farmacológico.
- Farmacológico: necesario e insustituible para todos los pacientes.

Objetivos y cuidados de enfermería

■ **A corto plazo** es fundamental establecer una comunicación fluida y construir una relación de confianza que permita establecer un mecanismo de *feed-back* o retroalimentación positivo en la comunicación. Por eso, las primeras fases (la toma de contacto o aproximación) deben realizarse en un clima de confianza y sosiego, pero

mente profesional. Hay que mostrar aceptación del paciente como persona, de forma que se favorezca la calma y la relajación, y evitar contraer compromisos que no puedan cumplirse de forma realista. De esta manera, el paciente se sentirá protegido desde el momento inicial y se mostrará más participativo e involucrado en el proceso asistencial.

■ **Primeros cuidados.** Van encaminados a disminuir la hiperactividad, la ansiedad y la agitación. En este sentido, se puede tener en cuenta:

- Reducir los estímulos ambientales siempre que sea posible, o favorecerlos según sea el caso (fase maníaca o depresiva), así como las bebidas estimulantes (café, té...). Se tendrá en cuenta todo lo que indique aumento de inquietud o agitación y se limitarán las actividades en grupo mientras el paciente no pueda tolerar el nivel de estímulo que estas entrañan.
- En la medida de lo posible, se facilitará la actividad física y el desahogo para aliviar la tensión física y energética, proponiendo, por ejemplo, pequeños paseos con el personal de enfermería o los familiares, y evitando, como ya se ha dicho anteriormente, las actividades que impliquen mucha competencia.
- Hay que valorar en qué medida el paciente puede tolerar los estímulos y la responsabilidad con respecto a las actividades de grupo, interacciones con los demás o con las visitas, y actuar según lo que se observe.

Con los pacientes que hay que realizar sujeción, vigilemos con frecuencia su estado, ya que también es nuestra responsabilidad.

■ A corto plazo en pacientes depresivos:

- Evitar autolesiones y valorar los posibles riesgos de suicidio.
- Asegurar el funcionamiento biológico, nutrición, eliminación, ritmo del sueño, vigilia...
- Asegurar la higiene personal.
- Promover la expresión verbal con acompañamientos, oponiéndonos al pesimismo y la autocrítica, para que el paciente no se concentre en pensamientos de culpa o negativos.
- Canalizar la hostilidad.
- Orientar al paciente hacia la realidad.
- Recuperar e incrementar el nivel de autoestima y autoconfianza.
- Asegurarnos de que se cumplan correctamente las pautas terapéuticas.
- Vigilancia de la toma de medicación.
- Es preciso disminuir la ansiedad.
- Explicar al paciente lo que se espera de él.
- Dar explicaciones sencillas y sin rodeos de las actividades sistemáticas del servicio, las pruebas que se le harán, etc.

■ A corto plazo en pacientes maníacos:

- Disminuir la hiperactividad, la ansiedad y la agitación, evitando confrontaciones, excepto las necesarias para prevenir actos peligrosos.
- Mantenimiento y ajuste del funcionamiento biológico, sueño, descanso, nutrición, eliminación...
- Disminuir los estímulos ambientales siempre que sea posible. Tener en cuenta todo lo que indique aumento de la inquietud o agitación.
- Limitar las actividades en grupo mientras el paciente no pueda tolerar el nivel de estímulo que esto entraña.
- Asegurarse de que se cumplan correctamente las pautas terapéuticas.

El trastorno bipolar es modificable farmacológicamente y en muchos casos se puede conseguir el control completo de la enfermedad, ya que es altamente recurrente y crónica.

dejando claro desde un principio (es estrictamente necesario) que la relación establecida es de personal de enfermería a paciente; nunca hay que usar el “colegueo”, *maternage* o cualquier otro tipo de relación que no sea la estricta-

• Nos preocuparemos de que los pacientes estén debidamente vigilados y custodiados. En el caso de un hipotético suicidio por falta de vigilancia podríamos tener unas cuotas de responsabilidad importantísimas.



- Vigilancia de la toma de medicación.
- Explicar al paciente lo que se espera de él.
- Dar explicaciones sencillas y sin rodeos de las actividades sistemáticas del servicio, las pruebas que se le harán, etc.
- No hay que entrar en discusiones con el enfermo; se mantendrá siempre un diálogo con un tono de voz adecuado.
- Animar al paciente a que exprese con palabras sus sentimientos de ansiedad, ira o temor. Buscar formas de aliviar el estrés y la tensión.
- Evitar las actividades que impliquen competitividad o favorezcan la estimulación.
- Evitar daños físicos y las consecuencias de una sexualidad desinhibida, cuidando el contacto corporal, ya que por su propia patología podrían realizar una denuncia de contenido sexual.
- Proporcionar actividad física, ya que es un desahogo para aliviar la tensión física y liberar energía.
- Vigilar el aseo, en estos casos de manera excesiva, tanto en el lavado como en el cambio descontrolado de vestimenta.

■ Cuidados a largo plazo:

- Evitar las recaídas, tanto maníacas como depresivas.
- Mantenimiento y ajuste del funcionamiento biológico: hay que favorecer el descanso y el sueño, disminuyendo los estímulos del enfermo antes de acostarse y acordando con él una rutina de sueño durante las horas nocturnas (limitar la interacción con el enfermo durante la noche). Se puede dejar que haga una corta siesta o un tiempo de descanso durante el día.
- Es preciso que el paciente tenga una dieta nutritiva, que satisfaga sus necesidades básicas y evite la ingesta por ansiedad.
- Hay que favorecer que el paciente realice las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), vigilando y, si es preciso, ayudando en su higiene personal, incluyendo aseo bucal, baño, vestimenta y lavado de ropa (si lo precisa).

- El ejercicio físico regular mejora la salud en general y por tanto la calidad de vida. No hay que olvidar que el problema de sobrepeso y las enfermedades cardiovasculares y metabólicas son frecuentes en las personas con trastorno bipolar, por lo que se recomendará el ejercicio físico para evitar o controlar estos problemas.

Tanto en los episodios depresivos como en los maníacos, el ejercicio puede tener efecto terapéutico, por lo que es muy conveniente promover y reforzar el incremento de la actividad diaria.

- A los pacientes depresivos hay que ayudarlos a aceptar la pérdida si se ha producido, facilitar la solución de la conflictividad interna, aumentar el nivel de autoestima, facilitar el restablecimiento de relaciones sociofamiliares y estimular la elaboración de planes de futuro.

- Educar al paciente y su familia para que comprendan la enfermedad, su componente genético, la necesidad de emplear medicación o de hacerse los controles de sangre indicados por el terapeuta.
- Informar al paciente y su familia de la necesidad de no interrumpir

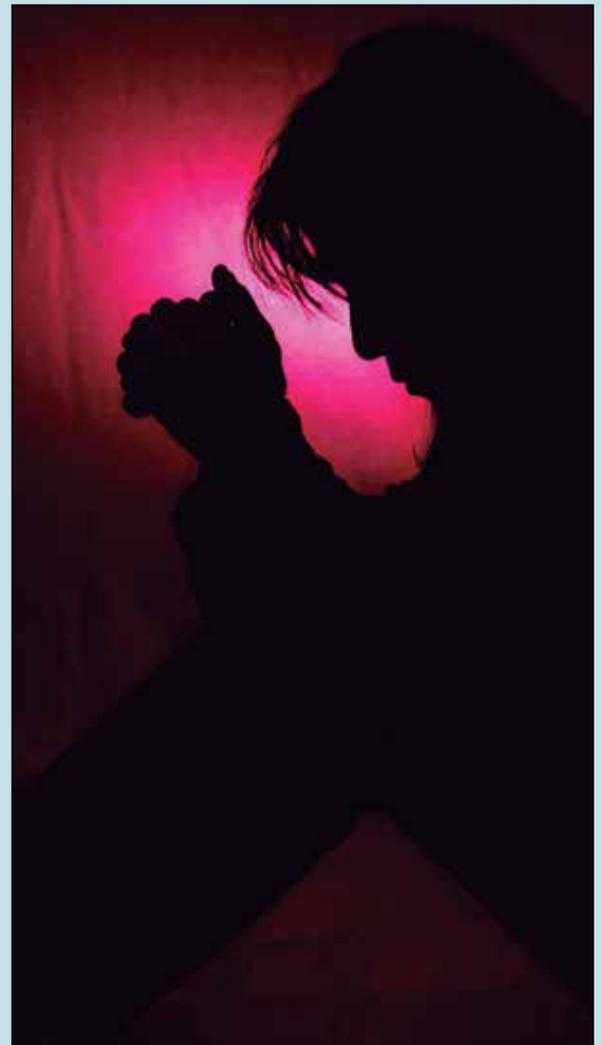
El trastorno bipolar es modificable farmacológicamente y en muchos casos se puede conseguir el control completo de la enfermedad.

pir nunca el tratamiento sin la prescripción correspondiente del psiquiatra, aunque el paciente se encuentre bien, evitando caer en el tópico “dejé el tratamiento porque ya estaba bien”, cuando en realidad **“se está bien porque se toma el tratamiento”**.

Todo esto sin olvidar algo tan importante como establecer una estrecha y comprensiva relación terapéutica, que estimule la adherencia al tratamiento y a los distintos dispositivos de Salud Mental.

Registro de enfermería

El registro de enfermería consiste en cumplir con el derecho del paciente a que quede recogida toda la información obtenida de sus



Shutterstock

procesos asistenciales (según el artículo 15.1 de la ley 41/2002 de Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica), así como cumplir con el deber que tenemos los profesionales de rellenar la historia clínica en los aspectos relacionados con la asistencia directa al paciente y responsabilizarnos de esa forma de la praxis realizada (según el artículo 15.3 de la citada ley). El registro del AE/TCE es un deber y una obligación legal.

Cuando el personal que ejecuta la acción la registra directamente en la hoja de enfermería, se evitan los errores de transcripción, la duplicidad de recursos humanos y



se garantiza el derecho que tiene el paciente a que quede reflejado en su historia clínica toda la evolución de la enfermedad, así como los cuidados, técnicas y actuaciones que se le hayan realizado.

A tenor de la normativa legal existente, no hay impedimento alguno para que el AE/TCE realice la función de registro de enfermería.

Los registros de enfermería, resultantes de una recogida de datos correcta y sistemática por parte del equipo (ATS/DUE y AE/TCE), facilitan una atención integral y continuada del paciente. Por medio del registro de la observación de enfermería, el equipo multidisciplinar será capaz de:

- Confirmar una fase de enfermedad.
- Identificar los problemas prevalentes, las necesidades del paciente.
- Determinar los inconvenientes potenciales.
- Realizar un adecuado seguimiento.
- Identificar el nivel de bienestar del paciente.

Estos registros permitirán tener una visión global de los ingresos del paciente, los cuidados y la evolución, y los motivos del alta.

El registro tiene vital importancia en cada turno de las observaciones de enfermería. Cada vez que hablamos con el paciente, observamos la evolución del mismo, vemos las relaciones intrafamiliares... **y recogemos dichos datos**, junto con los de interés físico y psicopatológico. Asimismo, también hay que reflejar la presencia de efectos secundarios a la medicación si los hubiera, la acentuación o la disminución de sintomatología, el funcionamiento biológico (ingesta, eliminación), así como todas las técnicas o cuidados aplicados al paciente.

La importancia del sueño/descanso en estos pacientes de cara a una mejora y rápida evolución indica la necesidad de realizar un registro del sueño nocturno, por lo que se hará un mínimo de diez controles en el turno de noche, con más frecuencia al inicio y al final del turno, durante los cuales nos cercioraremos de que el paciente está dormido, registrando en cada control el estado en el que se encuentra el paciente (dormido, vigíl, despierto en la cama, levantado, inquieto, angustiado...), prestando especial atención a la dificultad para conciliar el sueño y los despertares precoces.

El objetivo es que todo quede fielmente reflejado en el registro,

junto con las medidas y técnicas aplicadas. También quedará anotado cualquier incidencia con el paciente, aquello que se ha producido a lo largo del turno de trabajo y que debe ser conocido por todo el personal de enfermería.

Todo registro del AE/TCE (junto con los registros de los distintos profesionales del equipo multidisciplinar) forma parte de la historia del paciente, por lo que hay que ser enormemente rigurosos, poner esmero en su elaboración y firmar todas y cada una de las observaciones escritas. Estas observaciones constituyen una parte fundamental de la asistencia sanitaria. Al estar integradas en la historia clínica del paciente, conllevan repercusiones y responsabilidades de índole profesional y legal que obligan a llevarlas a la práctica con el necesario rigor científico que garantice su calidad.

Para concluir, vale la pena hacer una importante reflexión sobre el **secreto profesional**: una relación terapéutica conlleva el deber legal y ético de confidencialidad, lo que implica mantener de forma inexcusable el anonimato de los pacientes, prescindiendo de todo tipo de comentario fuera del contexto sanitario, máxime en una especialidad como la psiquiatría, en la que el paciente puede quedar estigmatizado de por vida. ●

Bibliografía recomendada

- Campana de Registro del AE/TCE de SAE – 2009.
- Criterios diagnósticos DSM IV.
- Goikolea JM. Trastorno Bipolar: Cien preguntas frecuentes. Editores Médicos, 2011.
- Goodwin FK, Jamison K R. Manic-Depressive Illness. Oxford University Press, 1990.
- Google academic.
- Manual de Enfermería del O.A.L. Hospital Provincial de Castellón.
- National Institute of Mental Health, Trastorno Bipolar.
- Trastorno Bipolar. Internacional Clinical Psychopharmacology. Mayo de 2004. Suplemento especial en español.
- Valle J. Trastorno bipolar. Manual de Psiquiatría. Ars Médica. Barcelona, 2002.
- Vieta E, Gastó C. Trastornos bipolares. Springer-Verlag Ibérica, 1997.



¿Y por qué no? Influencia del cambio de drenajes en la aparición de seromas en **artroplastias totales de cadera y rodilla**

El seroma es una acumulación de grasa líquida, suero y linfa en un área donde se ha producido un traumatismo o practicado una cirugía. El riesgo de que se infecte una artroplastia a partir de un seroma aumenta de forma progresiva si no se detecta a tiempo.

Durante los años 2010 y 2011 se llevó a cabo un estudio con los pacientes ingresados en el Hospital de Jove (Gijón) dirigido a identificar la influencia del cambio de drenajes en la aparición de seromas en artroplastias totales de cadera y rodilla. Como método de trabajo (estudio de incidencia, observacional, analítico y descriptivo) se realizó una comparativa de los seromas por cambio de drenajes entre los años 2010 (con cambio de drenajes) y 2011 (sin cambio de drenajes) por edad y sexo; recogida de datos mediante programa informático Selene e historias clínicas (hojas de prescripciones, notas médicas y de enfermería, actos clínicos...), y elaboración de gráficas estadísticas.

El estudio constató que no cambiar los drenajes en artroplastias totales de cadera y rodilla no es influyente en el desarrollo de seromas (por lo menos en los años 2010 y 2011).

Introducción

El número de caídas entre la población anciana supone un problema de gran magnitud, por su frecuencia y por sus consecuencias tanto desde un punto de vista personal como social, sanitario e incluso económico. Producen una limitación de la independencia a la hora de realizar las actividades de la vida diaria (AVD) y un aumento de la morbimortalidad¹.

Las cifras en cuanto a la magnitud del problema varían según los diferentes estudios. Una revisión sistemática realizada en 1997² indicaba que aproximadamente el 30% de los mayores de 64 años se caen por lo menos una vez al año, y aproximadamente el 15% por lo menos dos veces; cerca del 5% sufre lesiones graves que tienen como consecuencia fractura o ingreso hospitalario. Se trata, por lo

tanto, de un problema de elevada frecuencia, con graves consecuencias sanitarias y socioeconómicas, especialmente cuando se produce en personas previamente independientes, pues ocasiona una transformación en los roles familiares: el paciente pierde autonomía y pasa a necesitar cuidados que recaen principalmente sobre la unidad familiar o derivan en institucionalización.

Con el envejecimiento de los países industrializados, cada vez son más las personas mayores que sufren lesiones por caídas y otros sucesos traumáticos. Los cambios físicos inherentes a la edad influyen seriamente en la gravedad y la recuperación de las lesiones, además de producir una disminución de las reservas fisiológicas. Los avances en sanidad y en la tecnología han allanado

el camino para que las personas mayores sean más activas, disfruten de estilos de vida más saludables y vivan más tiempo. Sin embargo, a medida que crece la población de gente mayor, las lesiones traumáticas también están aumentando.

Las lesiones no intencionadas son la novena causa de muerte en los mayores de 65 años, y encabezan la lista de las caídas³. Entre ellas, las fracturas osteoporóticas (que son las que nos ocupan en su mayoría, ya que casi todos los pacientes son programados para su intervención) presentan una prevalencia creciente en nuestro entorno, debido al envejecimiento progresivo de la población.^{4,5} En la actualidad, constituyen uno de los problemas más prevalentes en nuestra sociedad, debido a su elevada incidencia y a la morbimor-

Palabras clave:

- Artroplastias totales de cadera y rodilla
- Seromas
- Drenajes



talidad asociada que conllevan. Se ha calculado que el 93% de las mujeres que llegan a los 80 años han tenido al menos una fractura (en el 33% de los casos de cadera).⁶ Se estima que en 40 años la cifra de fracturas se duplicará. Más del 75% de las fracturas ocurren en personas mayores de 65 años, segmento que representa el 16% de la población. De las fracturas osteoporóticas, la fractura de cadera (FC) es la que mayor mortalidad provoca.⁷ Los avances quirúrgicos y anestésicos introducidos en su tratamiento no se han visto acompañados de una reducción de sus tasas de mortalidad, las cuales han permanecido estables durante las últimas décadas.⁸⁻⁹ Estas tasas se encuentran entre el 2% y el 7% de los pacientes durante la fase hospitalaria aguda, entre el 6% y el 12% durante el mes posterior y entre el 17% y el 33% al cabo del primer año tras la FC.⁸⁻¹⁰⁻¹¹⁻¹²

Puede estimarse que en España, de los casi 40.000 pacientes que sufren anualmente una FC¹³ fallecerán unos 10.000 durante los doce meses posteriores a la misma. Por su parte, la cirugía de reemplazo de cadera y rodilla en pacientes programados muestra unas cifras de las más bajas, del 0,3% al 0,6% de los operados en cuanto a mortalidad, por lo que el estrés quirúrgico por sí mismo no parece ejercer una excesiva influencia en la elevada mortalidad tras la FC.¹⁴ De todo lo anterior, aunque es difícil obtener conclusiones definitivas, podría deducirse que la mortalidad ocurre más y antes en las personas más enfermas, pero que la propia FC debe ejercer alguna influencia negativa, por sí misma, en la supervivencia.

Causas de muerte

En los primeros 30 días tras la fractura, las causas de muerte más frecuentes son los proble-

mas del aparato respiratorio (neumonía e insuficiencia cardiaca), insuficiencia del sistema cardiovascular (insuficiencia cardiaca, infarto de miocardio e ictus) y cáncer. Otras causas menos frecuentes son la insuficiencia renal, las hemorragias digestivas y las que nos ocupan en este estudio, **las sepsis**. El costo de reemplazo de la articulación después de infección no es solo financiera, sino también emocional y psicológica, pero el resultado final no debe ser otro que el alivio del dolor que la cadera o rodilla problemática produce. La infección puede producirse como resultado de 3 aspectos: contaminación directa en el momento de la cirugía; secundaria, debido a problemas con la cicatrización, y la siembra hematógena a través de lugares remotos.

¿Y por qué no...?

De los aspectos anteriores, vamos a tratar los problemas con los drenajes, más concretamente el cambio de drenajes en artroplastias totales de cadera y rodilla. Si bien el seroma en sí no implica infección de cadera o rodilla, su tratamiento incorrecto puede acarrear una infección en el paciente con consecuencias serias. En el estudio que vamos a ver se intenta probar si el cambio de drenajes puede ser un elemento influyente en la aparición de seromas.

Durante los años 2010 y 2011 se realizó un estudio de todos los casos (casi todos programados) de artroplastias totales de cadera y rodilla realizadas en el Hospital de Jove (Gijón, Asturias) con el fin de realizar una comparativa de los seromas que se producían en dichos años, pero con una peculiaridad, los drenajes. Durante 2010 y 2011 los pacientes operados de artroplastia total de cadera y rodilla salían de quirófano con dos redones en el

Tabla 1 (2010).

Número Historia	Intervención	Totales mes	% Seromas mes
	ENERO	4	0%
	FEBRERO	7	0%
	MARZO	3	0%
166.920	8/4/2010		
141.285	13/4/2010	8	50%
95.826	26/4/2010		
259.063	27/4/2010		
102.343	12/5/2010		
51.902	27/5/2010	6	50%
22.467	28/5/2010		
	JUNIO	3	0%
39.266	29/7/2010	3	33'3%
	AGOSTO	2	0%
	SEPTIEMBRE	2	0%
111.869	26/10/2010	5	40%
7.004	27/10/2010		
65.583	4/11/2011	6	16'6
29.476	15/12/2010	4	25%

Tabla 2 (2011)

Número Historia	Intervención	Totales mes	% Seromas mes
164.196	10/1/2011	3	66'6%
64.031	17/1/2011		
13.674	22/2/2011	8	12'5%
	MARZO	4	0%
	ABRIL	3	0%
157.330	23/5/2011	6	16'6%
	JUNIO	1	0%
270.313	8/7/2011	5	25%
	AGOSTO	3	0%
63.342-146.632	22/9/2011		
81.110	27/9/2011	7	42'8%
117.662	28/9/2011		
	OCTUBRE	8	0%
147.847	2/11/2011		
196.935	7/11/2011	9	33'3%
72.107	9/11/2011		
123.221	9/12/2011		
6.526	12/12/2011	5	40%

caso de las caderas y 1 en el caso de las rodillas. Dichos redones se cambiaban por norma general en el turno de noche a las 24 horas, salvo pérdida del vacío del drenaje o llenado del mismo. A partir de enero de 2011, cuando los pacientes subían de reanimación (donde pasaban la primera noche) y hasta que se retiraban los drenajes por orden médica (por norma general se mantienen 48 horas), se observó que el contenido del drenaje no llenaba ni mucho menos su capacidad. Nos hicimos entonces la pregunta que motiva el estudio: ¿y por qué no dejamos sin cambiar los drenajes y vemos si es un elemento influyente en el aumento o disminución de seromas? Si no es un elemento influyente, ¿para qué cambiarlos?

Método

Se realizó un estudio de incidencia, observacional, analítico y descriptivo. Los sujetos del estudio eran personas de ambos sexos con edades comprendidas entre los 46 y los 81 años, todos ellos ingresados en la Fundación Hospital de Jove de Gijón (FHJ) para intervención de artroplastias total de cadera o rodilla. Todos los pacientes ingresados fueron programados (excepto 2) para intervenciones comprendidas entre los años 2010 y 2011. La recogida de datos se realizó después de esos años a partir del programa informático existente en el hospital (Selene) y las historias manuales; se revisaron notas médicas, notas de enfermería, hojas de prescripción y actos clínicos para realizar una comparativa de los seromas pre y post cambio de drenajes. La in-

gación estadística consistió en un análisis descriptivo, con variables cuantitativas y porcentuales.

Resultados

Durante los años 2010 y 2011 tenemos un total de 235 artroplastias totales de cadera y rodilla (116 caderas y 119 rodillas), de las cuales 150 son mujeres (63,82%) y 85 son hombres (36,18%).

Caderas

Durante el año 2010 (tabla 1) las artroplastias totales de cadera realizadas fueron 54, de las cuales 12 desarrollaron seroma y fueron tratadas con cefonicid (22,2%). En el año 2011 (tabla 2) las intervenciones realizadas fueron un total de 62, de las cuales 13 desarrollaron seroma y fueron tratadas con cefonicid (20,9%).

Tabla 3 (2010)

Número Historia	Intervención	Totales mes	% Seromas mes
	ENERO	5	0%
	FEBRERO	4	0%
90.744	25/3/2011	7	1'42%
	ABRIL	5	0%
	MAYO	4	0%
	JUNIO	4	0%
	JULIO	6	0%
	AGOSTO	5	0%
	SEPTIEMBRE	3	0%
	OCTUBRE	3	0%
	NOVIEMBRE	7	0%
	DICIEMBRE	2	0%

Tabla 4 (2011)

Número Historia	Intervención	Totales mes	% Seromas mes
	ENERO	3	0%
	FEBRERO	4	0%
	MARZO	7	0%
	ABRIL	4	0%
	MAYO	2	0%
	JUNIO	5	0%
	JULIO	5	0%
	AGOSTO	5	0%
	SEPTIEMBRE	6	0%
60.189	10/10/2011	8	25%
62.105	24/10/2011		
	NOVIEMBRE	10	0%
	DICIEMBRE	4	0%

Rodillas

En el año 2010 (tabla 3) las intervenciones realizadas ascendieron a 55, de las cuales 1 de ellas (1,8%) desarrolló seroma y fue tratada

con cefonicid. En 2011 (tabla 4) se contabilizaron un total de 64 y 2 desarrollaron seroma (3,1%).

fueron 54, de las cuales 12 (22,2%) resultaron infectadas y tratadas con cefonicid por acúmulo de líquido seroso.

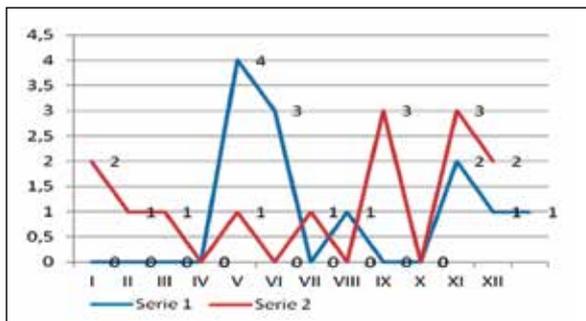
Comparativa de datos

Cadera

Durante el año 2010 las artroplastias totales de cadera realizadas

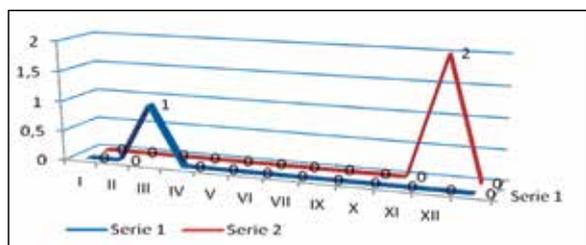
En el año 2011 las intervenciones realizadas fueron 62, de las cuales 13 (20,9%) resultaron infectadas y tratadas posteriormente con cefonicid por acúmulo seroso.

Gráficas comparativas 2010 – 2011



Gráfica comparativa de los seromas tratados con cefonicid en artroplastias totales de cadera.

Serie 1: año 2010 Serie 2: año 2011



Gráfica comparativa de los seromas tratados con cefonicid en artroplastias totales de rodilla.

Serie 1: año 2010 Serie 2: año 2011

Comparativa 2010-2011	Total	Infección + tratamiento	% Total
Caderas 2010	54	12	22,2%
Caderas 2011	62	13	20,9%

Infecciones por sexos*	Mujeres	Hombres	% Mujeres	%Hombres
Caderas 2010	3	9	11,5%	32,1%
Caderas 2011	8	5	20,5%	21,7%

*En 2010 fueron operados un total de 26 mujeres y 28 hombres, mientras que en 2011 el total fue de 38 mujeres y 24 hombres.

Infecciones por edad	< 60 años	60-80 años	> 80 años
Caderas año 2010	3 (25%)	8 (66,6%)	1 (8,33%)
Caderas año 2011	1 (7,7%)	10 (76,9%)	2 (15,3%)

Rodilla

Durante el año 2010 las intervenciones de rodilla ascendieron a un total de 55, de las cuales 1 (1,8%) resultó infectada y tratada por cefonicid por acúmulo seroso.

Así, tenemos que durante el año 2010 se utilizaron 320 redones (de 600 ml) en la planta de traumatología del Hospital de Jove, cantidad que se ahorró durante el año 2011 con esta medida.

Comparativa 2010-2011	Totales	Infección + Tratamiento	% Total
Rodillas año 2010	55	1	1'8%
Rodillas año 2011	64	2	3'1%

Infecciones por sexos*	Mujeres	Hombres	% Mujeres	% Hombres
Rodillas año 2010	1	0	2,38%	0%
Rodillas año 2011	1	1	2,27%	5,27%

*En 2010 fueron operadas 42 mujeres y 13 hombres; en 2011 se operaron 44 mujeres y 20 hombres.

Infecciones por edad	< 60 años	60-80 años	> 80 años
Rodillas año 2010	1 (100%)	0	0
Rodillas año 2011	0	2 (100%)	0

En el año 2011 se contabilizaron un total de 64 artroplastias totales de rodilla, de las cuales 2 (3,1%) resultaron infectadas y tratadas en consecuencia con tratamiento antibiótico (cefonicid).

Costes económicos

Si nos centramos en los costes meramente económicos, debemos tener en cuenta que a partir del año 2011 los drenajes (desde que el paciente sube a planta procedente de reanimación hasta que se retiran por orden médica) no se cambian (en 2010 recordemos que los drenajes se cambiaban en planta a las 24 horas todos los días hasta su retirada por orden médica).

Teniendo en cuenta este dato, el ahorro en drenajes es considerable, ya que de las 62 artroplastias totales de cadera y de las 64 de rodilla de 2011 no se han gastado redones (excepcionalmente debemos considerar algún cambio por pérdida del vacío de redón).

Eficacia del método

Si bien el método no influye en el resultado final, analizaremos sus pros y sus contras si los hubiera en todo caso.

A favor:

No es un elemento influyente (por lo menos en lo referente a los años 2010-2011).

Ahorro económico. Aunque no es una característica que se persigue en este estudio (en todo momento se valoran los efectos terapéuticos en el paciente), subyace como elemento final en el estudio.

Menor manipulación. Al no cambiar los drenajes, la manipulación es menor, lo que conlleva menos riesgo de infección.

Medida ecológica. No cambiar los redones conlleva un importante impacto ecológico, ya que la medida contraria significa tirar los drenajes a la basura, haciendo muy difícil el reciclaje del plástico del redón

por su contenido hemático (sangre).

En contra:

Problemas de atención del personal de enfermería, ya que al no cambiar los drenajes, el recuento del contenido hemático o sanguinolento del redón se realiza mediante una marca de rotulador en el mismo, al cual añadiremos la fecha del día en el que nos encontramos; si se nos pasara podría dar lugar a equívocos: al no distinguir bien el contenido que sale del redón ese día y el anterior.

Aspecto del drenaje. No cambiar el drenaje puede dificultar ver el aspecto del contenido (si es sangre pura, coágulos, contenido hemático...).

Menor aspirado del redón. Cierta parte del personal tiene la impresión de que el aspirado del drenaje disminuye cuando no se cambia, aunque el redón nos dice lo contrario, ya que el control de aspirado del mismo representado por el plástico verde en forma de acordeón se

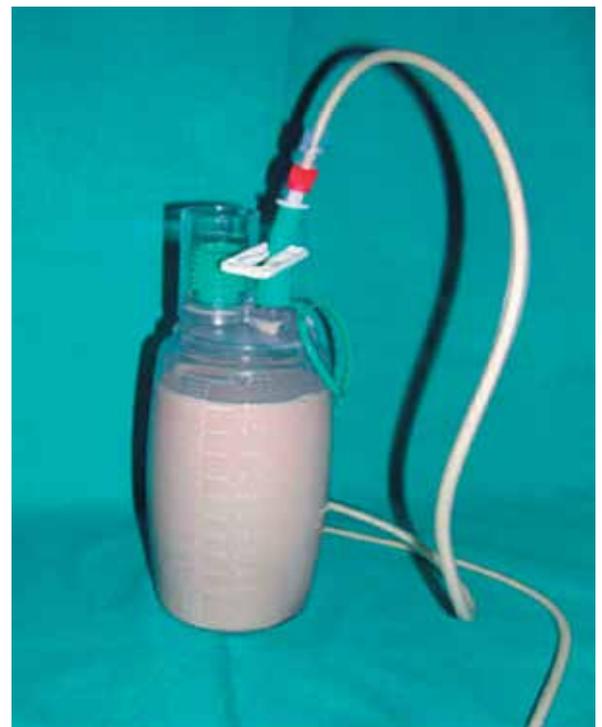


Tabla 5

	PTC			PTR		
	Total	seromas	total %	Total	seromas	total %
2010 con cambio de drenajes	54	12	22,2%	55	1	1,8%
2011 sin cambio de drenajes	62	13	20,9%	64	2	3,1%
2012 sin cambio de drenajes	57	12	21,06%	66	0	0%

mantiene siempre constante. Además, los resultados finales nos demuestran lo contrario.

Conclusiones

Basándonos en los datos obtenidos a lo largo del estudio, concluimos que **NO** existe relación entre los acúmulos serosos en artroplastias totales de cadera y rodilla y la manipulación o no de los drenajes.

En el año 2010 el total de seromas tratados con cefonicid postintervención quirúrgica en artroplastias totales de cadera fue de 12, un 22,2% del total de operaciones (54).

Por el contrario, en el año 2011 el total de seromas ascendió a 13, un 20,9% del total de operaciones (62).

En el caso de las artroplastias totales de cadera, podemos concluir que no hay aumento de seromas; en todo caso se produce un descenso de los mismos, pero muy significativo: 1,3%.

Si analizamos los seromas tratados con cefonicid postintervención quirúrgica en artroplastias totales de rodilla, tenemos que en 2010, de 55 intervenciones realizadas, solo 1 desarrolló seroma: 1,8%.

En cambio, en 2011, de 62 intervenciones realizadas, 2 desarrollaron seroma: 3,1%. Apreciamos un ligero aumento, exactamente de un 1,3% pero al igual que la disminución en las artroplastias totales de cadera es poco significativo.

Anexo

La comparativa entre los años 2010 y 2011 se realizó con anterioridad a este anexo; a continuación añadimos los datos obtenidos en el año 2012 (tabla 5).

Conclusiones:

Basándonos en los datos que habíamos obtenido anteriormente en el estudio de los años 2010 y 2011, habíamos concluido que los drenajes no eran un elemento influyente en la aparición de seromas, tanto en artroplastias totales de cadera como de rodilla. Pues bien, 2012 no hizo más que corroborar dichos datos, ya que en lo referente a las PTC, el tanto por ciento de seromas se mantiene prácticamente igual al de 2011 y es inferior a 2010 (con cambio de drenajes) (ver tabla 5).

En cuanto a las PTR, en 2012, no se han registrado seromas, lo que hace que el tanto por ciento mejore con respecto a 2011 y 2010 (con cambio de drenajes), si bien los porcentajes anteriores de los que partíamos eran poco significativos, debido a su baja incidencia.

Conflicto de intereses:

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Agradecimientos a todos los compañeros de la unidad, por su

atención y apoyo prestado, y a dirección de Enfermería por su confianza en este trabajo. ●

Bibliografía:

1. Aceitón A, Navarro E, Moreno V, López T, Rodríguez A. Las caídas y sus consecuencias en las personas mayores. *Metas*. 1999;19:10-4.
2. Stalenhoeft P, Crebolder H, Knottnerus J, Van der Horst F. Incidence, risk factors and consequences of falls among elderly subjects living in the community. A criteria-based analysis. *Eur J Public Health*. 1997;7:328-34.
3. Centers for Disease Control and prevention. Injury prevention and control: data statistic (WISQARS) <http://www.cdc.gov/nicpc/wisqars>
4. Suso S, Prats S, Fernandez-Valencia JA. Actitud práctica ante el anciano con fractura del tercio proximal de fémur. *Hosp Pract*. 2002;1:48-58.
5. Bori G, Fennandez-Valencia JA, Domingo A. Fractures Pertrocantéreas y Subtrocantéreas del Fémur. En Suso S, Fernández-Valencia JA editors. *Protocolos de fracturas del adulto*, 2. Barcelona: Editorial Permanyer. 2006; p. 11-9.
6. García S, Plaza R, Popescu D, Estaban PL. Fracturas de cadera en las personas mayores de 65 años: diagnóstico y tratamiento. *JANO*. 2005;1574:23-9.
7. Piirtola M., Vahlberg T, Löppönen M, Riihala I, Isoaho , Kivelä SL. Fractures as predictors of excess mortality in the aged. A population-based study with a 12-year follow-up. *Eur J Epidemiol*. 2008;23:747-55.
8. Giverson IM. Time trends of mortality after first hip fractures. *Osteoporos Int*. 2007;18:721-32.
9. Brauer A, Coca-Perrailon M, Cutre DM, Rosen AB. Incidence and mortality of hip fractures in the United States. *JAMA*. 2009;302:1573-9.
10. Haleem S, Luthchman L, Mayahi R, Grice JE, Parker MJ. Mortality following hip fracture: trends and geographical variations over the last 40 years. *Injury*. 2008;39:1157-63.
11. Jiang HX, Majumbar SR, Dick DA, Moreau M, Raso J, Otto DD, et al. Development and initial validation of a risk score for predicting in-Hospital and 1-year mortality in patients with hip fractures. *J Bone Miner Res*. 2005;20:494-500.
12. Van Friesendorf M, Besjakov J, Akesson k. Long-term survival and fracture risk after hip fracture: a 22 year follow-up in women. *J Bone Miner Res*. 2008;23:1832-41.
13. Álvarez-Nebreda ML, Jiménez AB, Rodríguez P, Seva JA. Epidemiology of hip fracture in the elderly in Spain. *Bone*. 2008;42:278-85.
14. Bhattacharyya T, Iorio R, Healy WL. Rate of and risk factors for acute inpatient mortality after orthopaedic surgery. *J Bone Joint Surg Am*. 2002;84-A:562-72.

XX Certamen Nacional FAE de Investigación y Trabajos Científicos

Dirigido a Técnicos en Cuidados de Enfermería / Auxiliares de Enfermería,
Técnicos de Farmacia y Parafarmacia y Técnicos en Emergencias Sanitarias



1. Está dirigido a todos los Técnicos de grado medio de la rama sanitaria de Formación Profesional: Enfermería, Farmacia y Emergencias, tanto a los que desarrollan activamente su labor profesional en cualquiera de los ámbitos de la sanidad, como a los que, encontrándose en posesión de la titulación, no la ejercen en la actualidad.
2. Participarán en el concurso todos aquellos trabajos remitidos al correo electrónico comitecientifico@fundacionfae.org, de los que se requieren sean originales, novedosos, inéditos y que estén relacionados con la temática propia de la sanidad o la salud.
3. Deberán ir acompañados en una hoja aparte con los datos personales de todos los autores: nombre, apellidos y DNI, así como también la dirección y el teléfono de al menos uno de ellos. Quedarán fuera de concurso los temas premiados en los años anteriores (www.fundacionfae.org y www.sindicatosae.com).
4. Se valorarán los aspectos científicos y técnicos de los trabajos, así como su interés social y profesional, y la labor investigadora desarrollada en los mismos.
5. Los trabajos que deberán ser como mínimo de 20 páginas para la modalidad de trabajo de investigación y un mínimo de 10 para la modalidad de trabajos científicos, deberán presentarse en tamaño DIN A-4, mecanografiados a una cara a doble espacio, en castellano y con margen lateral, superior e inferior, con páginas numeradas.
6. Irán precedidos de un resumen de no más de quince líneas en el que se exponga el planteamiento general del trabajo. La bibliografía debe incluir invariablemente el nombre del autor, título del libro, editorial, fecha y lugar de publicación. Se podrán presentar los trabajos acompañados de soporte documental, fotografías, diapositivas y videos que realcen la presentación de los mismos.
7. El premio tendrá periodicidad anual y ámbito nacional. La fecha límite de presentación de trabajos será el 27 de febrero de 2016.
8. El tribunal estará compuesto por un comité científico nombrado a tal efecto: dos destacados profesionales del mundo sanitario, dos miembros de FAE y un representante nombrado por el patrocinador.
9. El premio se entregará en un lugar y fecha a determinar, siendo inapelable la decisión del tribunal, que puede declarar desierto el premio. Su adjudicación se comunicará directamente a los interesados, haciéndose público a través de los medios de comunicación que FAE considere oportunos.
10. Los trabajos remitidos no serán devueltos y pasarán a ser propiedad de FAE, que se reserva el derecho de su inserción en las publicaciones que estime convenientes, respetando la autoría de los mismos. Con este objetivo, se enviará igualmente un resumen del trabajo de no más de 6 páginas en el trabajo de investigación y de 3 en el trabajo científico.
11. No podrán optar al premio FAE los miembros del Patronato y del Comité Científico de Nosocomio.
12. La participación en el premio supone la aceptación de las bases.

► Museo

Museo Naval

■ **Dirección:** Paseo del Prado, 5 (Madrid)

■ **Horario:** de martes a domingo de 10 a 19 horas (en agosto de 10 a 15 horas)

■ **Precio:** entrada gratuita (se solicita una aportación voluntaria de 3 € para mantenimiento del museo).

El Museo Naval, gestionado por el Ministerio de Defensa e inaugurado provisionalmente el 19 de noviembre de 1843 por la reina Isabel II en el Palacio o Casa de los Consejos, ocupa hoy el número 5 del Paseo del Prado de Madrid, formando así parte del conocido Triángulo del Arte de la capital.



Sin embargo, a pesar de su cercanía con la pinacoteca del Prado, esta pequeña joya museística suele pasar desapercibida; un error, sin duda, particularmente para los amantes de la historia de la navegación.

Las pinturas, las monedas, las armas, los instrumentos de navegación, las medallas y las recreaciones de barcos, tanto militares como mercantes, permitirán al visitante recorrer la historia naval desde el s. XV hasta nuestros días.

Todas estas piezas, distribuidas en orden cronológico a través de las veinticuatro salas que componen el Museo, permiten un recorrido por la historia de la marina española, la construcción naval, la historia de los viajes marítimos y los descubrimientos, la

arqueología subacuática, el patrimonio inmaterial marino o la náutica y sus ciencias auxiliares como la cosmografía o la cartografía.

Además, el museo ofrece talleres didácticos dirigidos al público infantil, ofreciendo a los más pequeños la oportunidad de acercarse a las colecciones que albergan las salas y aprender conceptos básicos sobre la historia de la marina española.

Para conocer la programación de talleres, contactar con reservas_museonaval@fn.mde.es o en el teléfono 91 523 85 16.

► Publicaciones

Varios

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

La Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería ofrece a los profesionales técnicos una amplia oferta formativa para actualizar y/o complementar sus conocimientos y poder crecer así profesionalmente.

Entre los títulos que componen la línea editorial de FAE se encuentran “Los trastornos de la conducta alimentaria”, “Técnicas, cuidados y atención de personas mayores. Cuidados geriátricos”, “El



equipo de enfermería en la atención ante el Alzheimer y otras demencias”, “Cuidados del equipo de enfermería en el control de las enfermedades nosocomiales”, “El equipo de enfermería en urgencias pediátricas” o “Anatomía y movilización del paciente con traumatismos”.

Todos los profesionales interesados en estas u otras publicaciones de FAE, como los temarios para la preparación de OPEs, pueden adquirir su ejemplar a través del correo electrónico pedidos@fundacionfae.org

► Lectura

La voz invisible

- **Autora:** Gisela Pou
- **Editorial:** Planeta
- **Año:** 2015
- **Páginas:** 448
- **Precio:** 19,90 euros
- **Precio e-book:** 9,99 euros



El Hospital Sant Pau de Barcelona es el escenario de la cuarta novela de Gisela Pou, *La voz invisible*, que narra el día a día de un gran hospital, en donde las vidas, los sueños y las frustraciones de quienes deciden velar por las vidas de otros olvidándose, en ocasiones, de las suyas propias alcanzan su voz a través de la enfermera Cèlia Matheu.

La aparición del cuerpo de una mujer inconsciente en la playa y la consternación que embarga a Cèlia al descubrir

que la desconocida es Martina Constans, una amiga que murió ahogada en marzo de 1987, cuando el ferry en el que viajaba naufragó, cosen con un pulso contundente y una narrativa cuidadosa esta historia que nos habla de la fragilidad del destino y de las metamorfosis que todos sufrimos por los caprichos de la vida.

► Cine

STAR WARS: El despertar de la fuerza

- **Director:** J.J. Abrams
- **Género:** Aventura, ciencia ficción, fantasía.
- **Nacionalidad:** Estados Unidos
- **Estreno:** 18 de diciembre de 2015
- **Reparto:** Harrison Ford, Carrie Fisher, Mark Hamill, John Boyega, Daisy Ridley, Adam Driver, Oscar Isaac, Andy Serkis, Domhnall Gleeson, Max von Sydow, Anthony Daniels, Peter Mayhew, Kenny Baker, Maisie Richardson-Sellers, Katie Jarvis, Gwendoline Christie, Lupita Nyong'o, Crystal Clarke, Pip Andersen, Christina Chong.

En esta nueva, y esperada, entrega de *La Guerra de las Galaxias*, J.J. Abrams, quien ha contado con la colaboración de George Lucas, sitúa la acción 30 años después de los sucesos acontecidos en *El retorno del Jedi*, devolviendo el protagonismo a Harrison Ford y poniendo el foco en las fuerzas rebeldes y en las del Imperio en lo que será un conflicto parecido a la Segunda Guerra Mundial.

Esta séptima entrega será la primera de una nueva trilogía, que llevará a este clásico hasta un noveno capítulo. En esta ocasión, nos sentiremos frente a una historia original en lugar del Universo Expandido. ●



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 N° 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.**
- 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.**
- 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".

**XXVII CONGRESO NACIONAL DE
TÉCNICOS DE ENFERMERÍA
Y TÉCNICOS DE EMERGENCIAS
SANITARIAS**

**POLITRAUMATISMOS Y LESIONES MEDULARES.
DEL MINUTO CERO AL ALTA. CUIDADOS DEL TÉCNICO**

TOLEDO 2016



FUNDACION PARA EL AVANCE DE LA ENFERMERIA



SEEN