



Número 79 2016

Revista cuatrimestral

Dossier

Las alergias laborales

Reportaje

Anticoncepción

Separata

El cuidado del paciente con cirrosis hepática hospitalizado

Certamen FAE

Cuidados de enfermería en el paciente urostomizado

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



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

PRECIO:

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

Los pedidos se harán a través del e-mail

pedidos@fundacionfae.org o del fax 91 521 53 83

*GASTOS DE ENVÍO GRATIS, excepto a Canarias, Ceuta y Melilla, que serán de 15 euros y correrán por cuenta del afiliado /no afiliado

* OFERTA PÚBLICA DE EMPLEO

PREPARA LA OPE CON FAE PORQUE FAE TE LO PONE FÁCIL: TEMARIO Y TEST

*CASTILLA Y LEÓN. SACYL

Temario Volumen I	37,50 € afiliados	44 € no afiliados
Temario Volumen II	38,50 € afiliados	45 € no afiliados
Test	23 € afiliados	27 € no afiliados
OBRA COMPLETA	94 € afiliados	110 € no afiliados

* LA RIOJA. SERVICIO DE SALUD

Temario Volumen I	30 € afiliados	35 € no afiliados
Temario Volumen II	30 € afiliados	35 € no afiliados
Test	21 € afiliados	25 € no afiliados
Simulacros de examen	13 € afiliados	15 € no afiliados
OBRA COMPLETA	89 € afiliados	105 € no afiliados

*COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN

Temario y test materias generales	26 € afiliados	30 € no afiliados
Temario materias específicas	32 € afiliados	38 € no afiliados
Test materias específicas y supuestos prácticos	17 € afiliados	20 € no afiliados
OBRA COMPLETA	71 € afiliados	84 € no afiliados

*SERVICIO GALLEGO DE SALUD (SERGAS). TCE/AE

Temario parte específica Vol. I	26 € afiliados	30 € no afiliados
Temario parte específica Vol. II	29 € afiliados	34 € no afiliados
Test específico	17 € afiliados	20 € no afiliados
Simulacros de examen	13 € afiliados	15 € no afiliados
Temario parte común	36 € afiliados	42 € no afiliados
Test parte común	15 € afiliados	18 € no afiliados
OBRA COMPLETA	129 € afiliados	151 € no afiliados

*SERVICIO GALLEGO DE SALUD (SERGAS).

TÉC. EN FARMACIA

Temario parte específica Vol. I	37 € afiliados	43 € no afiliados
Temario parte específica Vol. II	37 € afiliados	43 € no afiliados
Test específico	17 € afiliados	20 € no afiliados
Simulacros de examen	13 € afiliados	15 € no afiliados
Temario parte común	36 € afiliados	42 € no afiliados
Test parte común	15 € afiliados	18 € no afiliados
OBRA COMPLETA	147 € afiliados	172 € no afiliados

*SERVICIO CATALÁN DE SALUD (la obra está en catalán y en castellano) ¡NUEVO!

Temario parte específica Vol. I	34 € afiliados	40 € no afiliados
Temario parte específica Vol. II	25,50 € afiliados	30 € no afiliados
Test específico	21 € afiliados	25 € no afiliados
Temario y test común	30 € afiliados	35 € no afiliados
OBRA COMPLETA	105 € afiliados	124 € no afiliados

*IMERSO 2016 ¡NUEVO!

Temario común y específico	41 € afiliados	48 € no afiliados
Test común y específico	13 € afiliados	15 € no afiliados
OBRA COMPLETA	51 € afiliados	60 € no afiliados

*MURCIA INSTITUTO MURCIANO DE ACCIÓN SOCIAL (IMAS)

Temario Volumen I	34 € afiliados	40 € no afiliados
Temario Volumen II	34 € afiliados	40 € no afiliados
Test	19 € afiliados	22 € no afiliados
Temario común	30 € afiliados	35 € no afiliados
Test parte común	12 € afiliados	14 € no afiliados
OBRA COMPLETA	123 € afiliados	143 € no afiliados

*AYUNTAMIENTO DE MADRID.

TÉC. EN EMERGENCIAS SANITARIAS

Temario Grupo I	25,50 € afiliados	30 € no afiliados
Test Grupo I	8,50 € afiliados	10 € no afiliados

*EXTREMADURA PERSONAL LABORAL (JUNTA)

(60 plazas)

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

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

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

BBVA ES29 0182-0945-35-0201020056

*GASTOS DE ENVÍO GRATIS, excepto Canarias, Ceuta y Melilla, que serán de 15 euros y correrán por cuenta del afiliado /no afiliado

Editorial

La Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería y el Sindicato de Técnicos de Enfermería estamos trabajando en la organización del XXVII Congreso Nacional, que en esta ocasión, además de a los Técnicos en Cuidados de Enfermería, abre sus puertas a los Técnicos en Emergencias Sanitarias.

La cita será los próximos días 8, 9 y 10 de junio en Toledo, en el Hotel Beatriz Toledo Auditorium y abordará los cuidados que los profesionales técnicos prestan a los pacientes con politraumatismos y lesiones medulares.

En España cada año cerca de 1.000 personas sufren una lesión medular traumática con las consecuencias sociales, laborales y familiares que ello conlleva. Por ello, hemos querido abrir las puertas de esta edición del Congreso a los profesionales que cuidan y atienden a estos pacientes, con el objetivo de dar visibilidad a las dificultades con las que las personas con lesión medular se enfrentan en su día a día, tanto desde el punto de vista burocrático como de las terapias.

La falta de apoyo institucional, los escasos medios económicos o las desigualdades que existen en los tratamientos según los diferentes sistemas de salud, hacen difícil el día a día de los pacientes y sus familias. Y esta realidad debe ser conocida tanto por la sociedad como por los profesionales sanitarios, por ello estamos desarrollando un programa científico que aborde desde las nuevas técnicas que existen en los tratamientos hasta la difícil situación social y económica a la que se enfrentan en su día a día.

Estamos, por lo tanto, ante un tema que nos afecta como profesionales y como ciudadanos, pues todos debemos trabajar por mejorar la vida de los pacientes con lesión medular e implicarnos en hacer una sociedad más accesible para todos en la medida de nuestras posibilidades.

Por ello, desde FAE y SAE te animamos a unirse a nosotros en esta cita anual. ●

Noticias del Mundo Médico

Los pequeños, como en casa 5

Sonata de felicidad en el Servicio de Neurocirugía del Hospital Regional de Málaga 5



XXVII Congreso Nacional

Cerca de 1.000 españoles sufren al año una lesión medular traumática 6

Reportaje

Anticoncepción 10



Dossier

Las alergias laborales 13

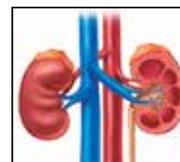
Separata

El cuidado del paciente con cirrosis hepática hospitalizado 21



Actividad Acreditada

Cuidados generales de pacientes con trasplante renal 26



Certamen FAE

Cuidados de enfermería en el paciente urostomizado 32

Ocio



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.

Reservados todos los derechos. El contenido de la presente publicación no puede ser reproducido, ni transmitido por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopia, grabación magnética, ni registrado por ningún sistema de recuperación de información, en ninguna forma, ni por ningún medio, sin la previa autorización por escrito del titular de los derechos de explotación de la misma. ELSEVIER ESPAÑA, a los efectos previstos en el artículo 32.1 párrafo segundo del vigente TRLPI, se opone de forma expresa al uso parcial o total de las páginas de NOSOCOMIO con el propósito de elaborar resúmenes de prensa con fines comerciales.

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra sólo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Dirijase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

REDACCIÓN, ADMINISTRACIÓN Y SERVICIOS COMERCIALES. C/ Tomás López, nº 3- 2º dcha. 28009 Madrid.
Tfno.: 91 309 01 02. Fax: 91 402 23 05. E-mail: sae@sindicatosae.com

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

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

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

Los pequeños, como en casa

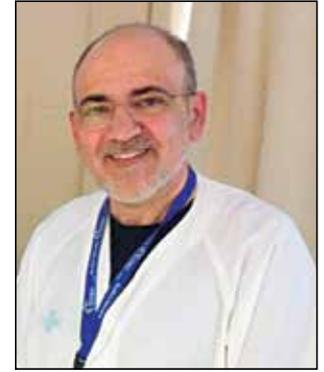
El programa Quasiacasa permite a las familias que acaban de tener un bebé y han tenido que pasar un tiempo en el hospital realizar un proceso de adaptación antes del alta definitiva del recién nacido.

El proyecto Quasiacasa del Servicio de Neonatología del Hospital Materno-infantil Vall d'Hebron permite a algunas familias que han pasado varios meses en el hospital, en muchos casos por prematuridad extrema, prepararse para el momento en el que su recién nacido llegue a casa. Para ello, este programa les permite pasar 48 horas antes del alta definitiva en una habitación dotada con una cama y una cuna, aunque sin dispositivos médicos ni auxiliares, donde los padres pueden poner en práctica todo lo aprendido para el cuidado de su bebé con total intimidad y bajo supervisión, pero sin la ayuda del personal médico.

Estos pequeños siguen teniendo necesidades específicas como tratamientos especiales de continuidad ambulatoria (ventilación mecánica, cánulas de traqueotomía, sondas de gastrostomía, nutrición parenteral, etc.). Para beneficiarse del programa tienen que presentar un buen estado general con ausencia de apneas y una ganancia de tamaño y peso correctos y adecuados a su edad.

El objetivo del proyecto Quasiacasa es que los padres alcancen la seguridad y las nociones necesarias para encargarse de los cuidados que necesitará el recién nacido cuando reciba el alta. De esta forma, se confía que se podrá conse-

guir un mejor desarrollo del bebé, así como favorecer la relación entre los padres y el pequeño e incrementar el grado de satisfacción y seguridad de los progenitores. El jefe del Servicio de Neonatología, el Dr. Félix Castillo, reconoce que la iniciativa "ahorra angustia a los padres" y sirve para normalizar el ritmo de vida familiar.



Dr. Felix Castillo

El proyecto también favorece la lactancia materna y el crecimiento del recién nacido, potencia la autonomía de los padres a la hora de practicarle los cuidados y permite reducir los días de estancia en el hospital. El Dr. Castillo asegura que "todo el mundo sale ganando". El proyecto se puso en marcha hace 5 años y se han beneficiado de esta iniciativa más de un centenar de niños. ●

Sonata de felicidad en el Servicio de Neurocirugía del Hospital Regional de Málaga

El diagnóstico de un tumor cerebral que se extirpa un mes después en una operación de 12 horas de duración puede tener poco de novedoso. Pero en esta ocasión, en el quirófano del Hospital Regional de Málaga había un joven de 27 años, músico desde los 9, y la melodía que sonaba durante la intervención no procedía de ningún dispositivo electrónico.

El paciente tocaba el saxofón mientras el neurocirujano Guillermo Ibáñez y 15 profesionales más del Hospital Regional de Málaga llevaban a cabo un mapeo de la corteza cerebral del lenguaje musical del paciente, al que se mantuvo despierto, con sedación, durante toda la intervención.

En la fase previa a la intervención quirúrgica fue importante encontrar la colocación más confortable para el paciente, ya que durante la operación solo iba a estar sedado y participando de forma activa en la misma, con sus funciones cerebrales intactas, ya que fue imprescindible su colaboración para poder identificar las respuestas tanto en

la fase de estimulación eléctrica para el mapeo cortical como en la de resección del tumor.

En los músicos profesionales, el hemisferio cerebral izquierdo tiene una mayor implicación en la comprensión y ejecución del lenguaje musical, zona donde también se localiza el área motora, sensitiva y del lenguaje, y donde se encontraba también la masa tumoral.

En el tiempo que permaneció en el quirófano, el paciente, además de tocar el saxofón, leyó textos y partituras e interpretó las imágenes que le mostraban. Todo ello con la finalidad de comprobar que la operación no estaba afectando a las áreas del cerebro relacionadas con el lengua-

je, también con el musical. De hecho, en el Hospital Regional de Málaga se han intervenido hasta la fecha a 12 pacientes despiertos a los que se les ha realizado el mapeo cortical de las áreas del lenguaje, pero ésta es la primera vez que se realiza la monitorización de las áreas cerebrales relacionadas con el lenguaje musical.

En la intervención se aplicó una técnica muy reciente, que únicamente se había utilizado el pasado mes de junio en California, y en la que el paciente debía interpretar alguna pieza durante la cirugía para estimular la zona y facilitar su búsqueda. Si bien la intervención se llevó a cabo en octubre de 2015, se hizo pública en diciembre, cuando todos los protagonistas de esta historia pudieron relatar en primera persona su experiencia.

El equipo de profesionales que participó en el proceso (3 neurocirujanos, 2 neuropsicólogos, 3 neurofisiólogos, 1 anestesiista, 5 enfermeras, un TCE y 1 celador) detalló en rueda de prensa los pormenores de la intervención y el paciente ejecutó, esta vez sin ningún tipo de sedación, la balada de jazz *Misty* y el arreglo de una pieza de Johann Sebastian Bach, las mismas que había interpretado sobre la mesa del quirófano. ●

Cerca de 1.000 españoles sufren al año una **lesión medular traumática**

La vigésimo séptima edición del Congreso Nacional de Técnicos en Cuidados de Enfermería y Técnicos en Emergencias Sanitarias, que tendrá lugar los próximos días 8, 9 y 10 de junio, versará sobre los cuidados del profesional técnico a pacientes con politraumatismos y lesiones medulares.

De ahí la elección de Toledo como sede de esta edición del Congreso, pues esta ciudad histórica acoge desde hace más de 40 años el Hospital Nacional de Paraplégicos, uno de los 2 centros de referencia -el otro es el Instituto Guttmann en Barcelona- en la asistencia, investiga-

ción y comunicación sobre la rehabilitación integral de la lesión medular espinal que existe en España.

La lesión medular traumática afecta a cerca de 1.000 españoles cada año, lo que, sin duda, hace necesario que los profesionales Técnicos en Cuidados de Enfer-

mería conozcan la realidad diaria de estos pacientes, las técnicas y protocolos que se implementan para su atención y sus cuidados y los problemas económicos y sociosanitarios a los que tienen que enfrentarse, ocasionados por la falta de apoyo y ayudas institucionales.

La lesión medular es la pérdida o alteración de la movilidad, de la sensibilidad o del sistema nervioso autónomo ocasionada por un trastorno de las estructuras nerviosas alojadas en el canal medular. Así, dependiendo de la localización del daño podrá afectar a órganos pélvicos, extremidades inferiores, tronco y abdomen y extremidades superiores.

Su origen puede estar en un accidente de tráfico, siendo esta la causa más frecuente de lesión medular traumática (38,5%), en el que se incluyen tanto los ocupantes del vehículo como los atropellos; en un accidente laboral, siendo ésta, junto con las caídas desde las alturas -por



ejemplo, una escalera-, la segunda causa de lesión; o en la práctica de determinadas actividades deportivas (10%).

En este sentido, podemos señalar que actualmente el número de parapléjicos por accidente de tráfico o accidente laboral ha disminuido debido a la mejora de las medidas de seguridad que se han implementado en ambos sectores. Por otro lado, el incremento de deportes de riesgo y su fácil acceso han provocado un leve aumento en el porcentaje de lesiones medulares por la práctica de deporte.

Junto a las lesiones de carácter traumático, hay que situar aquellas que tienen un origen congénito, como el mielomeningocele, y aquellas que nacen de una enfermedad (tumoral, infecciosa, vascular, etc.) y que en los últimos años han sufrido un ligero incremento debido al aumento de la esperanza de vida.

Nuevos retos

La lesión medular afecta a todos los ámbitos de la vida, lo que hace necesario que su abordaje se lleve a cabo de manera multidisciplinar, jugando los aspectos psicológicos y sociales un papel protagonista en el proceso de adaptación e integración.

Desde ASPAYM, Asociación de Lesionados Medulares y Personas con Gran Discapacidad Física, abogan por la necesidad de afrontar los nuevos retos que suponen los cambios en los perfiles tradicionales en la lesión medular. Por ello, hay que trabajar y desarrollar herramientas encaminadas a garantizar la calidad de vida de las personas afectadas y sus familias.

En este sentido, uno de los principales problemas con los que se encuentra un lesionado medular es la falta de provisión de recursos sociosanitarios públi-



La lesión medular traumática afecta a cerca de 1.000 españoles cada año, lo que, sin duda, hace necesario que los profesionales Técnicos en Cuidados de Enfermería conozcan la realidad diaria de estos pacientes, las técnicas y protocolos que se implementan para su atención y sus cuidados y los problemas económicos y sociosanitarios a los que tienen que enfrentarse, ocasionados por la falta de apoyo y ayudas institucionales

cos. Y es que un elevado porcentaje de afectados que requieren ayudas para poder realizar actividades básicas no recibe ningún tipo de apoyo. Por ejemplo, un 81,1% de los casos tienen dificultades para el autocuidado. Sin embargo, de estos, un 10% no recibe ningún tipo de ayuda en este sentido. En el caso de la realización de las tareas domésticas, un 84,3% necesita apoyo para llevarlas a cabo, pero un 27% de los mismos no lo recibe.

Según se refleja en el análisis sobre la lesión medular en España realizado por ASPAYM, aunque en los últimos años se han producido mejoras en los servicios y actuaciones sanitarias, aún no son suficientes, pues los recursos destinados a la rehabilitación o

a la ayuda a domicilio continúan siendo muy deficientes. Además, existe una alarmante falta de accesibilidad a productos sanitarios como las radiografías y numerosas diferencias en la asistencia, pues cada sistema sanitario aborda la atención a estos pacientes de manera diferente. Por ello es urgente, tal y como explican desde ASPAYM, la creación de un sistema de atención integral de la lesión medular.

Un sistema del que, sin duda, los Técnicos en Cuidados de Enfermería debemos formar parte, pues somos quienes estamos más cerca de los pacientes y sus familias, siendo fundamentales para ayudarles con los cuidados básicos y darles apoyo domiciliario. ●

PROGRAMA DE FORMACIÓN A DISTANCIA 2016



PROGRAMA DE FORMACIÓN A DISTANCIA 2016 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".

* El número de créditos de cada curso está sujeto a las variaciones que la Comisión de Formación Continuada pueda realizar.



PROGRAMA DE FORMACIÓN A DISTANCIA 2016 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".

* El número de créditos de cada curso está sujeto a las variaciones que la Comisión de Formación Continuada pueda realizar.



PROGRAMA DE FORMACIÓN A DISTANCIA 2016 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".

* El número de créditos de cada curso está sujeto a las variaciones que la Comisión de Formación Continuada pueda realizar.

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

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.**
- 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 (48 h.- 6,2 créditos) **57 € afil.- 75 € 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.**
- 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.**
- 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.**
- 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.**
- 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.**
- D0044** Oncología pediátrica para AE/TCE (70 h.- 5,4 créditos) **65 € afil.- 88 € no afil.**
- D0045** El equipo de enfermería y los cuidados paliativos. Cuidados del técnico al paciente terminal (50 h.- 8,4 créditos) **51 € afil.- 75 € no afil.**
- D0046** Los trastornos de la conducta alimentaria. Atención y cuidados del TCE (40 h.- 5,1 créditos) **45 € afil.- 70 € no afil.**
- 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".

* El número de créditos de cada curso está sujeto a las variaciones que la Comisión de Formación Continuada pueda realizar.

Anticoncepción

El control de la natalidad se remonta al descubrimiento, por parte de nuestros antepasados, de la asociación entre la práctica de relaciones sexuales y la posibilidad de embarazo. En el siglo XVIII se inicia el uso de los métodos anticonceptivos, aunque la separación práctica de sexualidad y reproducción se genera a partir de la segunda mitad del siglo XX, con el desarrollo y la utilización de los métodos anticonceptivos.

Palabras clave:

- Falta

¿Qué son los métodos anticonceptivos?

Son aquellos que impiden o reducen significativamente la posibilidad de fecundación en mujeres fértiles que mantienen relaciones sexuales de carácter heterosexual. Su conocimiento contribuye a facilitar la toma de decisiones sobre tener o no hijos y el número de ellos que se desea, así como a prevenir embarazos no deseados.

Hay una gran variedad de métodos anticonceptivos para la mujer, cuya efectividad depende en gran medida de su correcto uso. A cada usuaria se le recomienda un método anticonceptivo, teniendo en cuenta los siguientes factores:

- Posibles efectos secundarios según la edad, si es o no fumadora, o si presenta obesidad, problemas cardiovasculares, hipertensión o diabetes.

- Frecuencia de relaciones sexuales.
- Deseo de embarazo (descartando los métodos definitivos).

A la hora de escoger un anticonceptivo, lo mejor es consultar al ginecólogo o al médico de cabecera.

Métodos naturales

Estos métodos se basan en la observación de síntomas asociados a los procesos fisiológicos que dan lugar a la ovulación y en la adaptación del acto sexual a las fases fértiles o infértiles del ciclo menstrual en función de si se desea o no la concepción. No hay uso de fármacos ni procedimientos mecánicos o quirúrgicos. Los sistemas naturales que han demostrado un menor nivel de eficacia son el método Ogino y el *coitus interruptus* (coito interrumpido). Por otra parte, el más eficaz es el sintotérmico con doble control, significativamente superior en eficacia sobre el método de la ovulación Billings.

- **Método del calendario u Ogino.** Consiste en no mantener relaciones sexuales los días de la ovulación, cuando la mujer se encuentra en la etapa más fértil.



• **Coitus interruptus.** También conocido como “retirada” o “marcha atrás”, es un método de contracepción que consiste en retirar el pene prematuramente para que el semen sea eyaculado fuera de la vagina.

• **Método de temperatura basal.**

La fertilidad viene determinada por cambios en la temperatura basal corporal (temperatura del cuerpo en reposo y al despertar). El método consiste en recoger en tablas la temperatura corporal a lo largo del ciclo menstrual. De este modo, se advierte el pico de temperatura producido por la ovulación, pues en este momento desciende ligeramente y aumenta 1 o 2 días después. Para evitar un embarazo, la pareja no debe tener relaciones desde la menstruación hasta 3 días después del aumento de la temperatura. Es un método altamente fiable en el período postovulatorio y supone la base de la mayoría de los métodos naturales modernos.

• **Moco cervical o método de Billings.**

Se basa en la observación diaria de los cambios del moco cervical a lo largo del ciclo femenino, cambios que se asocian al aumento en los niveles de estrógenos previos al momento de la ovulación. Conforme se acerca el momento de la ovulación, este fluido se hace cada vez más líquido, elástico y transparente.

Métodos de barrera

• **Preservativo masculino o condón.**

Recubrimiento delgado de caucho, vinilo o productos naturales que se coloca sobre el pene erecto. Los condones masculinos pueden ser tratados con espermicida para ofrecer una mayor protección.

• **Preservativo femenino.** Recubrimiento delgado de plástico poliu-retano con aros en los 2 extremos. Se introduce en la vagina antes del coito.

• **Diafragma.** Capuchón de caucho flexible y forma circular que cubre el cuello del útero impidiendo el paso de los espermatozoides. Siempre se debe combinar con el uso de espermicidas.

Métodos hormonales

• **Estrógenos y progesterona**

– **Píldora oral combinada.** La píldora anticonceptiva oral combinada (PAOC), a menudo referida como pastilla anticonceptiva o popularmente, como “la píldora”, es un método anticonceptivo que incluye la combinación de un estrógeno y una progestina (progestágeno). Cuando se toma por vía oral todos los días inhibe la fertilidad femenina.

– **Anillo vaginal.** Es un anticonceptivo hormonal de uso mensual. Se usa durante 3 semanas seguidas y después se retira para hacer una semana de descanso. Es un anillo de plástico flexible, suave y transparente que se coloca fácilmente dentro de la vagina, donde libera una dosis de hormonas.

– **Parche.** Se trata de un apósito transdérmico de plástico, fino, que pertenece al grupo de anticonceptivos hormonales combinados. La parte adhesiva contiene los principios activos que se liberan de forma continua a través del torrente circulatorio. El anticonceptivo tiene una vida útil de 7 días y debe ser renovado cada semana durante 3 semanas consecutivas

• **Progesterona**

– **Píldora sin estrógenos.** Es un método anticonceptivo hormonal de uso diario que sólo contiene progestágeno (sin estrógenos). La píldora sin estrógenos se toma cada día durante los 28 días del ciclo, su uso es continuo, sin semana de descanso. Está indicada también en mujeres lactantes, fumadoras mayores de 35 años, mujeres con migraña, obesidad o hipertensión.



Hay una gran variedad de métodos anticonceptivos para la mujer, cuya efectividad depende en gran medida de su correcto uso

– **Inyección de progesterona.**

Método anticonceptivo que se basa en la aplicación de una inyección intramuscular de hormona progestágena. Debe ser administrada cada 3 meses. Su seguridad es del 98%.

– **Implante subcutáneo.** Es un método anticonceptivo hormonal compuesto por una varilla de pequeño tamaño que se coloca debajo de la piel del brazo de la mujer, ofreciendo protección anticonceptiva durante 3 o 5 años. Su eficacia se encuentra en torno al 99%.

• **DIU**

El dispositivo intrauterino o DIU es el método anticonceptivo reversible más frecuentemente usado en el mundo. Debe ser introducido y extraído del útero por un ginecólogo. Permanece en el útero continuamente mientras no se desee el embarazo y tiene una duración de 5 años. Hay 2 tipos de DIU: de cobre y de progesterona hormonal.



Métodos definitivos

• **Esterilización tubárica.** La ligadura de trompas es un método anticonceptivo consistente en una cirugía para cerrar las trompas de Falopio, que comunican los ovarios con el útero. Hay 2 tipos: quirúrgica o Essure.

– **Dispositivo intratubárico.** Essure es un dispositivo anticonceptivo permanente que no implica la utilización de hormonas,

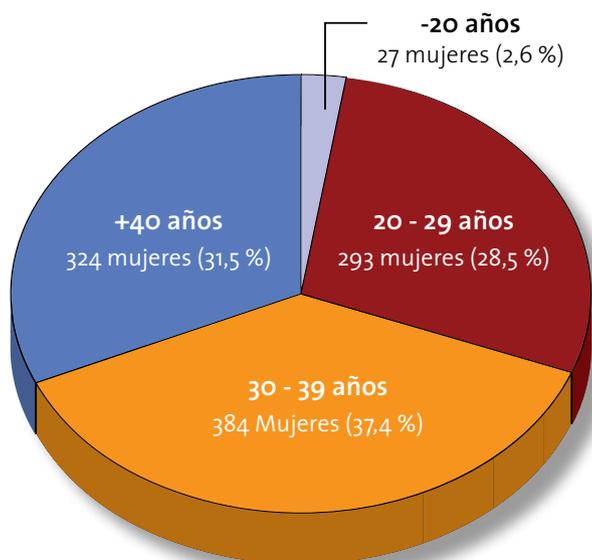


Figura 1. Distribución de la población participante en el estudio

se introducen pequeñas espirales flexibles en las trompas de Falopio a través de la vagina y el cuello uterino. Durante los 3 meses siguientes, el cuerpo forma una barrera natural alrededor de estos microinsertos, que evitan que el espermatozoide alcance los óvulos, y se evita así el embarazo.

• **Vasectomía.** Consiste en la sección y ligadura de los conductos deferentes. Como consecuencia, en poco tiempo el semen eyaculado no contiene espermatozoides. La tasa de fallos no supera el 0,5%. Después de la operación, todavía hay espermatozoides almacenados, de modo que se debe usar otro método de anticoncepción hasta que el espermograma sea igual a 0. Como consecuencia, en poco tiempo el semen eyaculado no contendrá espermatozoides.

Estudio sobre anticoncepción

En el PASSIR GIRONÈS-PLA DE L'ESTANY durante el año 2011 se realizó un estudio sobre anticoncepción con los siguientes resultados:

Población estudiada: muestra de 1.028 casos de pacientes sexualmente activas y no menopáusicas que acudieron a nuestro servicio con una primera visita ginecológica. ●

Distribución de la población:

- 20 años :	27 mujeres (2,6 %)
20-29 años:	293 mujeres (28,5 %)
30-39 años:	384 mujeres (37,4 %)
+ 40 años:	324 mujeres (31,5 %)

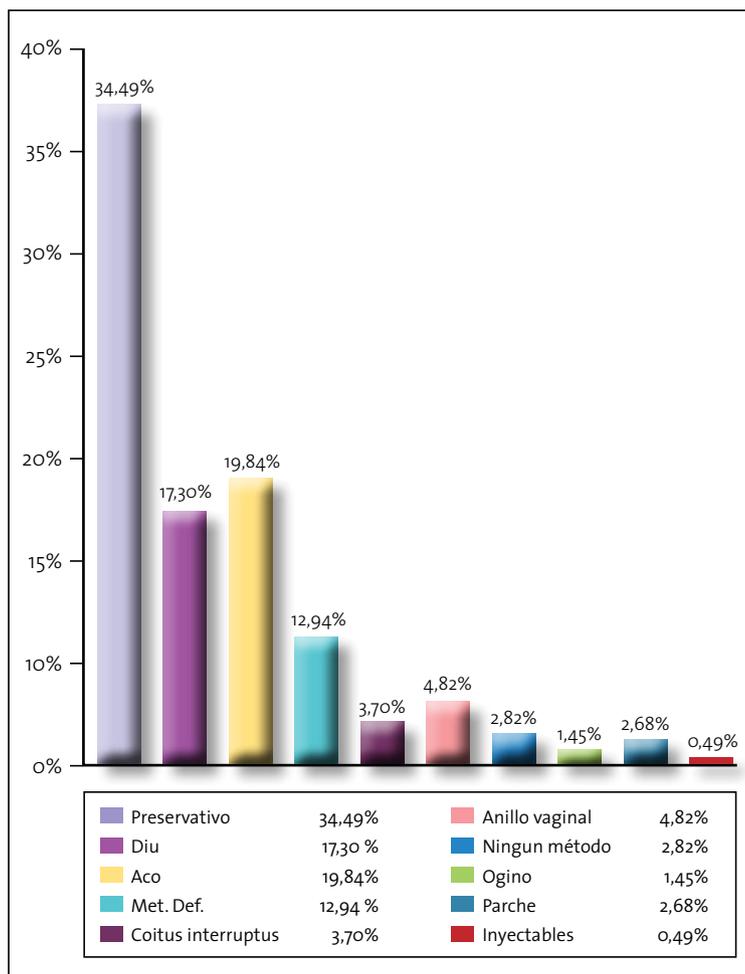


Figura 2. Distribución de los métodos anticonceptivos más utilizados



Dossier

Las alergias laborales

Prólogo

Las alergias: ¿el mal del siglo?

Sumario:

- Las alergias: ¿el mal del siglo?
- Las alergias relacionadas con el entorno de trabajo
- Dermatitis laborales en los Técnicos en Cuidados de Enfermería
- Las reacciones alérgicas graves

La Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifica las alergias en el cuarto puesto mundial de enfermedades crónicas, tras el cáncer, las patologías cardiovasculares y el sida. Especifica que, desde la actualidad hasta el año 2050, una de cada dos personas padecerá alergia. El fenómeno crece en Europa, especialmente en niños y adolescentes.

Pero ¿de dónde vienen estas alergias y a qué se debe el aumento del fenómeno? El tema de la alergia apenas se trató hasta los años setenta del pasado siglo.

■ **Las alergias respiratorias** se deben a factores conocidos y reconocidos, entre los cuales el más extendido es el polen en primavera, causante de rinitis, estornudos, prurito nasal o conjuntivitis y que puede evolucionar a asma crónica. ¿Será más agresivo el polen actual que hace 50 años? A priori no, se trataría de la contaminación del aire, cuyas partículas son expulsadas por los gases de escape de los vehículos que liberan dióxido de carbono (NO₂), responsable de la modificación de la estructura bioquímica de los pólenes, que se han convertido más agresivos.

Asimismo, también se señala como responsable a la contaminación del aire en el interior de las viviendas. De hecho, numerosos hogares no se ventilan lo suficiente, lo que hace que se acumule una gran cantidad de alérgenos potenciales: áca-

ros, pelo de animal o moho, a los que se unen los contaminantes domésticos utilizados diariamente (tabaco, productos de limpieza...) que provocan un aumento del riesgo de manifestaciones alérgicas.

También son conocidas las reacciones alérgicas a las picaduras de insectos que pueden ser el origen de shocks anafilácticos.

■ **Las alergias alimentarias** se han duplicado en 5 años. Como causa, nuestros hábitos alimentarios y el surgimiento de la alimentación industrial.

■ **Las alergias de contacto** se encuentran en constante progresión: alergias al látex, a los cosméticos, a los perfumes, a la henna...; los productos que provocan alergias son numerosos. Por ejemplo, encontramos perfume en los detergentes, en el papel higiénico, en los productos capilares, en los folios decorados o en los pañuelos desechables. Sin embargo, este perfume tiene un efecto negativo: la progresión de las alergias a estos compuestos.

Los profesionales de la sanidad no están libres de alergias; de hecho, se encuentran afectados de forma masiva. Representan el tercer cuerpo laboral más expuesto, tras los peluqueros y los trabajadores del sector de la alimentación/restauración.

Brigitte Retailleau

Directora de Ehpap

Dossier publicado por primera vez en SAS, número 67

Enfoque

Las alergias relacionadas con el entorno de trabajo

- Las alergias forman parte de las patologías profesionales más frecuentes y se están recrudeciendo en los últimos años.
- El sistema inmunitario, enormemente complejo, es la causa.
- Los servicios de salud se toman muy en serio las alergias y adoptan medidas de prevención rigurosas.

Palabras clave

- Alérgenos
- Sensibilización
- Reacción

Las alergias relacionadas con el entorno de trabajo son muy frecuentes. Algunos sectores, entre los que se pueden citar los de la panadería, la peluquería, la construcción y obras públicas, la limpieza, la carrocería, el agroalimentario y la agricultura, se encuentran gravemente afectados. Aquellos relacionados con la salud se encuentran entre los más afectados.

Los mecanismos puestos en marcha

La alergia está relacionada con un mal funcionamiento del sistema inmunitario: “los tejidos que constituyen una barrera del organismo (como la piel o las mucosas respiratorias o digestivas) constituyen la interfaz entre el entorno y el sistema inmunitario y tienen una doble función de defensa frente a las infecciones y de mantenimiento de la tolerancia ante los antígenos del entorno. [...] Las células dendríticas, presentes en todos los tejidos fronterizos, capturan de forma permanente los antígenos que penetran. Las células dendríticas que han internalizado antígenos migran hacia los

ganglios linfáticos locorreccionales y finalizan su maduración. Posteriormente, inducen una respuesta inmunitaria celular al interactuar con los linfocitos T^H1. Sin embargo, en caso de alergia, estos mecanismos no funcionan de forma correcta.

Las manifestaciones alérgicas

■ Existen dos grandes categorías de manifestaciones alérgicas:

- La primera está relacionada con la anafilaxis² y se distingue por tres manifestaciones: la urticaria, el shock anafiláctico y el angioedema o edema de Quincke.
- La segunda está relacionada con la atopía, es decir, tiene una predisposición genética. Se caracteriza por: dermatitis atópica (eccema), asma y rinoconjuntivitis. Todas estas manifestaciones son crónicas, con periodos de remisión y de crisis.

■ Los alérgenos que las provocan son muy diversos:

- Los alérgenos de la anafilaxis son, en orden creciente, las picaduras de insectos venenosos, los medicamentos y los alimen-

tos (la leche, el huevo, las frutas de cáscara, el pescado...).

- Los alérgenos de la atopía son el polen, las faneras de los animales domésticos, los ácaros, la humedad, los alimentos, etc.

Las alergias laborales

Las alergias figuran, a día de hoy, entre las enfermedades laborales más frecuentes. Estas enfermedades, nada leves, pueden alterar la vida de los trabajadores afectados y les obligan en ocasiones a cambiar de trabajo.

■ **No todos los trabajadores son iguales ante las alergias laborales.** Algunos cuentan con una herencia genética que les predispone a ello. En el caso de estos individuos, el contacto repetido con algunas sustancias habitualmente inofensivas (alérgenos) puede provocar el desarrollo de una reacción excesiva del sistema inmunitario (sensibilización). El menor contacto con un alérgeno es suficiente para provocar la aparición de una reacción alérgica. Puede tomar diferentes formas: urticaria, dermatitis, eccema, rinitis, conjuntivitis, asma... Además de algunos casos de asma grave que pueden evolucionar hacia

CUADRO 1

Fuentes de nuevos alérgenos

■ Los **aldehídos** se utilizan para fabricar algunos materiales de construcción y aislamiento, pero también se encuentran en productos de uso cotidiano: muebles y objetos de decoración, productos de bricolaje, mantenimiento y desinfección, desodorantes, ambientadores, cosméticos, productos de higiene corporal... Pueden emitirse durante su almacenaje o durante el uso. Algunas actividades que implican combustión son también fuente de aldehídos: fritura, tabaquismo, etc.

■ Los **amonios cuaternarios** presentan las siguientes propiedades: desinfectante (bactericida, fungicida), detergente y son antiestáticos y no volátiles. Los encontramos especialmente en los productos de limpieza y desinfección en el entorno de los cuidados, los medicamentos (colirios), el champú, el suavizante... También se utilizan en la industria agroalimentaria.

■ El **látex** es un material elaborado a partir de la savia de la hevea. Sirve para fabricar caucho y se utiliza en numerosos productos.

■ Los **medicamentos con propacetamol** fueron retirados del mercado en 2009, por motivos de farmacovigilancia. El propacetamol se utilizaba para tratar los dolores y la fiebre.

CUADRO 2

Prevención

Pueden ponerse en marcha medidas de prevención colectivas e individuales para limitar el riesgo de exposición alérgica:

- Ventilación eficaz de los lugares de trabajo.
- Almacenamiento de los productos de mantenimiento en recipientes apropiados y etiquetados, evitando cualquier transferencia o manipulación del contenido.
- Formación del personal en los procedimientos y protocolos.
- Sustitución de los productos reconocidos como causantes de alergias.
- Limitación del uso de pulverizaciones.
- Colocación de protecciones individuales.

una insuficiencia respiratoria, las alergias siguen siendo afecciones relativamente benignas, pero alteran la vida de las personas afectadas.

■ Las **moléculas responsables de las alergias** se han diversificado durante los últimos veinte años: aldehídos, amonios cuaternarios, agentes de vulcanización³, látex, propacetamol (cuadro 1)... Numerosos compuestos com-

pletan la lista de los alérgenos ya conocidos hoy en día, como el cromo, la lejía, los antibióticos, el óxido de etileno y el formol.

Las alergias más frecuentes

Las alergias respiratorias

El asma laboral sitúa al personal encargado de la salud en uno de los primeros puestos de las

profesiones más afectadas. El personal de limpieza, incluyendo aquellos que se encargan de la limpieza de los servicios hospitalarios, es uno de los más afectados. A principios de los años noventa, aumentó entre los profesionales de la salud el número de rinitis y de urticarias, principalmente debido al látex. Actualmente, los productos de limpieza, los desinfectantes y los esterilizantes (sobre todo pulverizados) son los principales causantes.

Las dermatitis alérgicas

El sector de la salud es uno de los que presenta el riesgo más elevado de dermatitis de contacto de origen laboral. Las principales causas son el trabajo en un entorno húmedo, el uso de detergentes, los antisépticos, los guantes y el plástico.

El diagnóstico

Es necesario diagnosticar estas afecciones de forma precisa y rápida. Las personas afectadas deben ser tratadas por los servicios de medicina laboral, quienes les orientarán en los servicios especializados para que se ponga en marcha un tratamiento curativo y una serie de medidas de prevención adecuadas (cuadro 2).

Conclusión

Estas enfermedades, de fuerte evolución desde hace varios años, son verdaderos “venenos de la vida cotidiana” y pueden ser reconocidas como enfermedades laborales. Será necesario adecuar el puesto e incluso, en ocasiones, una reconversión profesional. A día de hoy, se estudian numerosas pistas para explicar la recrudescencia de las alergias, sean o no profesionales, ya que el sistema inmunitario es complejo. ●

NOTAS

1. Hoarau C, Abuaf N, Bérard F, Bienvenu J, Chollet-Martin S, Nicolas JF, et al. *Physiopathologie de l'hypersensibilité immédiate (HSI)*. Angers: Association des collèges des enseignements d'immunologie des universités de langue française (Assim); 2012.
2. La anafilaxia se podría definir como una reacción alérgica grave que aparece rápidamente y que tiene un potencial fatídico. En general, se caracteriza por la aparición de numerosos signos y síntomas que pueden afectar a uno o varios sistemas de nuestro cuerpo.
3. La vulcanización es un proceso térmico que permite al caucho adquirir sus propiedades elásticas. Con el objetivo de obtener las propiedades finales del producto, como son la resistencia y la elasticidad, se añaden varios aditivos al caucho.

Para más información

- AEPNAA. Asociación Española de Personas con Alergia a Alimentos y Látex. www.aepnaa.org
- Vicente-Herrero MT, Ramírez MV, Capdevila LM, López-González AA, Terradillos MJ. Las alergias en salud laboral. Aspectos preventivos. *Semerger*. 2012;38:192-96.
- Lemiere C, Vandenplas O. Occupational allergy and asthma. En: Adkinson NF Jr., Bochner BS, Burks AW, et al, eds. *Middleton's Allergy Principles and Practice*. 8th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Mosby; 2014:cap. 59.

Medicina del trabajo

Dermatosis laborales en los Técnicos en Cuidados de Enfermería

- Según el estudio del Servicio de medicina del trabajo y de riesgos laborales del Centre Hospitalier Universitaire de Nantes, las dermatosis laborales de contacto más comunes en los Técnicos en Cuidados de Enfermería y en los empleados de servicios hospitalarios son las dermatitis irritativas.
- En la mayoría de los casos, estas se asocian al uso de antisépticos en las prácticas de desinfección.
- Las dermatosis relacionadas con reacciones alérgicas son menos frecuentes.
- Las alergias causadas por el empleo de guantes han disminuido considerablemente gracias al uso de materiales sin látex en los hospitales.

Palabras clave

- Técnico en Cuidados de Enfermería
- Dermatitis laboral
- Guante, producto de limpieza

En la mayoría de estudios estadísticos sobre dermatosis laborales, las que afectan al personal sanitario ocupan las primeras posiciones.

Dermatosis laborales observadas

■ En un estudio de 69 casos analizados entre 2003 y 2005, se observó que las dermatosis afectaban principalmente a mujeres (tres cuartas partes de los casos observados). En la mayoría de los casos, se trata de mujeres jóvenes

de mediana edad e incluso más jóvenes (entre 21 y 40 años).

■ En un estudio más reciente en el que se incluyeron 94 casos atendidos en la consulta de patología laboral y ambiental del centro hospitalario universitario (CHU) de Nantes, el 100% de los casos afectaba a mujeres.

■ Atendiendo a la frecuencia, destacan ^{1,2}: las dermatitis irritativas y de desgaste, las dermatitis inflamatorias mixtas (por irritación y alergia), las quemaduras químicas y las urticarias de contacto (tablas 1 y 2).

■ Las manos son las más afectadas, pero todas las partes expuestas del cuerpo pueden serlo. Las dermatosis del 44% de las personas examinadas eran atópicas.

Dermatitis irritativa

■ Las dermatitis irritativas propiamente dichas (30,5% de los casos observados) son, sin duda, las más frecuentes debido al uso de productos de limpieza. Se trata tan solo de una quemadura leve que aparece en las zonas en contacto con los productos químicos.

CHRISTIAN GÉRAUT.
Profesor de universidad en Dermatología y Medicina y Salud del Trabajo, miembro de la Academia Nacional de Medicina de Francia.

CAROLINE LOCHON.
Consulta de patología laboral y ambiental.

GABRIELLE GUIGNET.
Especialista hospitalario, Consulta de patología laboral y ambiental.

DOMINIQUE TRIPODI.
Responsable del Servicio de Medicina del trabajo y de riesgos laborales. Consulta de patología laboral y ambiental.

Servicio de Medicina del Trabajo y de Riesgos laborales, Centre Hospitalier Universitaire de Nantes (Francia).

TABLA 1. Número de casos de dermatosis laborales en función de la localización de las lesiones.

Manos	Antebrazos	Manos y antebrazos	Rostro	Piernas
88 (51,76%)	34 (20%)	28 (16,47%)	10 (5,88%)	10 (5,88%)

TABLA 2. Número de casos de dermatosis laborales en función del lugar de trabajo.

Departamento de cirugía	Departamento de reanimación	Departamento de medicina	Residencia de ancianos
24 (32%)	3 (4%)	26 (34,66%)	22 (29,3%)

■ **Por ello, afectan a los dedos y las manos:** la piel se vuelve roja y brillante y, a continuación, aparece un edema subyacente que a veces otorga a los dedos un aspecto hinchado. Este edema puede ser superficial, dando lugar a la aparición de ampollas que se rompen y desprenden serosidad. Después, la piel se oscurece y se liquenifica debido a la cronicidad y al raspado, lo que provoca que aparezcan dolorosas grietas de profundidad variable. A menudo, estas lesiones se sobreinfectan por falta de higiene o debido a cuidados inadecuados (abuso de corticoides locales).

■ **Existen variaciones individuales** que explican la disparidad de las lesiones ante exposiciones idénticas: mientras que un trabajador que utiliza diariamente un producto irritante con las manos desnudas no padecerá apenas lesiones, otro, en la misma situación, tendrá las manos en un estado que incluso requerirá hospitalización.

■ **Las dermatitis de desgaste** son una forma superficial de irritación que aparece cuando las agresiones químicas se producen como consecuencia de continuos traumatismos físicos, como la fricción con una esponja metálica o con diversos objetos que actúan a modo de piedra pómez sobre las zonas de agarre de las palmas de las manos: al principio, simplemente desaparecen las huellas dactilares, a lo que sigue una dermatitis en las yemas de los dedos y en las palmas de las manos y, finalmente, la piel se reseca y se vuelve escamosa y con grietas. Estas lesiones se deben a los mismos factores químicos que las dermatitis irritativas.

Dermatitis inflamatorias mixtas

■ **Las dermatitis inflamatorias mixtas se producen por la combinación de dos fenómenos:** un mecanismo de irritación y la acción de uno o más alérgenos. Estas

Información para recordar

- **Lavarse las manos** más de 15 veces al día y usar un jabón antiséptico, unido a la utilización de una solución hidroalcohólica, resulta muy irritante para la piel. Son tan agresivos para la epidermis como trabajar en un lugar húmedo.

- **Combinar y utilizar de forma continuada** jabones antisépticos y soluciones hidroalcohólicas resulta inútil.

- **Parece ser que las soluciones hidroalcohólicas** son más eficaces y menos degradantes para la piel que la combinación de ambos.

dermatitis representan el 55,78% de los casos observados. Las lesiones son idénticas a las que produce la dermatitis irritativa, pero los brotes vesiculares, el carácter atópico, la resistencia a las medidas preventivas y la lenta recupe-

ración en caso de baja por enfermedad llevan a realizar pruebas epicutáneas que detectan uno o más alérgenos como causantes.

■ **La combinación de uno o más irritantes y alérgenos** que actúan a la vez aumenta en 4,5 veces la frecuencia de las alergias y la intensidad de la reacción alérgica^{2,3}.

Dermatitis alérgicas de tipo "hipersensibilidad retardada"

■ **Las dermatitis alérgicas relacionadas con una hipersensibilidad de tipo "retardada aislada"** ocurren con escasa frecuencia (13,68 % de los casos observados). Se caracterizan por lesiones dispersas de tipo vesicular o eritematoedematosa en las manos y zonas expuestas. Las pruebas epicutáneas realizadas en relación a los componentes de los productos de limpieza producen una reacción positiva.

■ **Las lesiones inflamatorias cutáneas de las yemas de los dedos,** que se producen de forma intensa y continuada, dan lugar a trastornos tróficos de las uñas, que crecen anormalmente en forma de líneas transversales distróficas, lo que se corresponde con los brotes

NOTAS

1. Barbaud A. Dermatoses professionnelles en milieu hospitalier. *Rev Fr Allergol.* 2005;45:252-6.
2. Quah CH, Koh D, How CH, Quah JH. Approach to hand dermatitis in primary care. *Singapore Med J.* 2012;53:701-4.
3. Paul M, Loddé B, Roguedas-Contios AM, et al. Dermatoses professionnelles induites par les détergents, désinfectants et antiseptiques. À propos de 50 patients d'une consultation de dermatologie professionnelle. *Arch Mal Prof Environ.* 2009;70:437-45.
4. Toholka R, Nixon R. Allergic contact dermatitis to chlorhexidine. *Australas J Dermatol.* 2013;54:303-6.
5. Kincaid L. Addressing hand eczema in health-care workers. *Nurs Times.* 2013;109:15.
6. Hosteing S, Meyer N, Waton J, et al.; Revidal-Gerda network. Outbreak of contact sensitization to methylisothiazolinone: an analysis of French data from the Revidal-Gerda network. *Contact Dermatitis.* 2014;70:262-9.



NOTAS

7. Machovcová A, Fenclová Z, Pelclová D. Occupational skin diseases in Czech healthcare workers from 1997 to 2009. *Int Arch Occup Environ Health*. 2013;86(3):289-94.
8. Boonchai W, Sirikudta W, Iamtharachai P, Kasemsarn P. Latex glove-related symptoms among health care workers: a self-report questionnairebased survey. *Dermatitis*. 2014;25:135-9.
9. Turner S, McNamee R, Agius R, et al. Evaluating interventions aimed at reducing occupational exposure to latex and rubber glove allergens. *Occup Environ Med*. 2012;69:925-31.
10. Wang ML, Kelly KJ, Klancknik M, Petsonk EL. Self-reported hand symptoms: a role in monitoring health care workers for latex sensitization? *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2012;109:314-8.
11. Baeck M, Cawet B, Tennstedt D, Goossens A. Allergic contact dermatitis caused by latex (natural rubber)-free gloves in healthcare workers. *Contact Dermatitis*. 2013;68:54-5.
12. Larese Filon F, Bochdanovits L, Capuzzo C, et al. Ten years incidence of natural rubber latex sensitization and symptoms in a prospective cohort of health care workers using non-powdered latex gloves 2000-2009. *Int Arch Occup Environ Health*. 2014;87:463-9.
13. Al-Niaimi F, Chiang YZ, Chiang YN, Williams J. Latex allergy: assessment of knowledge, appropriate use of gloves and prevention practice among hospital healthcare workers. *Clin Exp Dermatol*. 2013;38(1):77-80

Dermatitis asociadas al detergente para lavar platos

En un centro hospitalario universitario, se atribuyó una epidemia de dermatitis irritante al hecho de que los platos de los pacientes fueron tratados con detergentes antes de ser enviados, sin ser previamente enjuagados correctamente, al departamento central donde se encontraban los lavavajillas. Los empleados de estos departamentos desarrollaron dermatitis irritativas entre el pulgar y el dedo índice debido a la manipulación de numerosos platos impregnados de detergentes que provenían de diferentes departamentos. El uso de agua sin detergente en los departamentos ha permitido evitar estas dermatosis².

más importantes. También pueden producirse infecciones micóticas en las uñas debilitadas.

Urticarias de contacto

Además de las urticarias, asma o shocks anafilácticos relacionados con la alergia al látex, que han disminuido considerablemente gracias a las medidas preventivas de los “hospitales sin látex”, se distinguen las urticarias de contacto provocadas por una serie de antisépticos y desinfectantes.

Análisis de datos

La química

■ **Las dermatosis laborales de contacto** observadas en los Técnicos en Cuidados de Enfermería y en los empleados de servicios hospitalarios son, sobre todo, las dermatitis irritativas, relacionadas en su mayoría con los antisépticos a base de hipoclorito de sodio o de amonios cuaternarios utilizados para desinfectar las instalaciones y los instrumentos sanitarios. La clorhexidina, comúnmente usada hace algunos años, se utiliza hoy en día en menor medida, por lo que las alergias observadas entonces son ahora poco frecuentes^{4,5}. La dermatitis provocada por el empleo de detergentes para la limpieza es cada vez menos común, gracias al uso de guantes, especialmente los de vinilo.

■ El **glutaraldehído**, ampliamente utilizado para desinfectar instrumentos, se usa hoy en día en menor medida y las alergias son menos frecuentes. En su lugar, se emplea ácido peracético irritante. El dibromodicianobutano, incluido en las llamadas cremas “protectoras”, ya no se utiliza en los nuevos productos, pues ha sido causante de numerosas alergias.

■ **Los productos a base de isotiazolinona** son a menudo responsables de eccemas laborales y no laborales⁶. La manipulación de instrumentos y diversas piezas metálicas provoca numerosas alergias a metales (níquel, cromo y cobalto).

■ También es importante conocer y prevenir **las alergias a los perfumes** (fragancias).

Los guantes

■ **Los guantes son causantes de dermatosis por maceración**, sobre todo si se emplean por un largo periodo de tiempo. Pueden provocar alergias, especialmente al látex⁷⁻¹³. Los avances observados en su fabricación, sobre todo en la fase de lavado, han disminuido considerablemente la frecuencia de las dermatosis provocadas por el contacto con el látex. Algunos hospitales y clínicas han eliminado por completo todos los productos a base de látex, lo que ha facilitado la desaparición de alergias inmediatas a esta proteína.

■ **No obstante, todavía existen alergias a los aceleradores de la vulcanización del caucho**, de la familia de los tiuranos o del mercapto-benzotiazol. Se han destacado las alergias a la difenilguanidina. Los guantes de vinilo rara vez suponen agentes sensibilizantes, aunque pueden darse reacciones al fosfato de tricesilo o a los biocidas presentes debido a la contaminación microbiana imperante en los países donde son fabricados a precios bajos.

■ **Además, se han observado verdaderos brotes de dermatitis faciales** relacionadas con una marca de mascarilla procedente de un país asiático. El cambio de marca de mascarilla supuso la total curación. No se pudo revelar el factor responsable debido al secreto comercial y a la lejanía de las áreas de fabricación de las mascarillas.

Conclusión

Las dermatitis de contacto pueden considerarse enfermedades laborales, especialmente si el agente causante se incluye en las tablas de enfermedades laborales. La prevención se basa en las medidas colectivas:

- Aprender las prácticas adecuadas de lavado de manos.
- No confundir el efecto del detergente para lavar con el efecto antiséptico, no asociarlos de forma sistemática.
- Evitar el uso indebido de jabones y guantes.
- Eliminar los alérgenos potentes, especialmente la isotiazolinona.
- Evitar los detergentes en espray y los detergentes que contengan bases o ácidos fuertes: optar por productos con un pH comprendido entre 5 y 8. Las medidas individuales incluyen el “engrasado” regular de manos con cremas emolientes, tanto en el trabajo como fuera del trabajo, así como el uso de guantes de vinilo en vez de guantes de látex o de goma. Se debe prestar especial atención si la lesión es atópica. ●

Cómo actuar

Las reacciones alérgicas graves

- Las manifestaciones alérgicas son con frecuencia benignas.
- Sin embargo, en algunos casos, la alergia puede provocar la aparición de síntomas graves.
- Necesitará una atención médica de urgencia y que no comprometa el pronóstico vital.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) sitúa las alergias entre las seis patologías más frecuentes entre la población mundial. Además, el número de personas alérgicas aumenta un 50% cada 10 años, lo que convierte al fenómeno alérgico en un reto para la salud pública de cualquier país. Sin embargo, con frecuencia, las manifestaciones alérgicas son benignas (estornudos, lagrimeo, secreción nasal, prurito, etc.) y sencillas de tratar. No obstante, en algunas situaciones, la reacción del cuerpo humano frente a un alérgeno es grave, y se manifiesta a través de un shock anafiláctico que puede tener como consecuencia la muerte. Se trata de una reacción alérgica generalizada.

La reacción alérgica

■ **La anafilaxia es una reacción de hipersensibilidad a un alérgeno.** Dicho de otro modo, la alergia designa una respuesta anormal y excesiva del sistema inmunitario tras el contacto con una sustancia ajena al cuerpo humano. Se distinguen dos fases:

- **El periodo denominado “inicial”** hace referencia al primer contacto con el alérgeno. La persona se muestra asintomática, pero el organismo fabrica anticuerpos que permanecerán a la espera hasta el próximo contacto con el alérgeno. A este proceso se le conoce como “sensibilización”.
- **El periodo denominado “secundario”** corresponde al segundo

contacto del organismo con el alérgeno, que desencadena una reacción del sistema inmunitario y, como consecuencia, una reacción alérgica o “anafilaxia”, más o menos grave, por la liberación de una sustancia fabricada por el sistema inmunitario: la histamina.

■ **Constatamos que estas reacciones son más frecuentes** en adolescentes y adultos, y que la edad avanzada hace que se agraven las reacciones. Los shocks anafilácticos se deben principalmente a alergias alimentarias (50% de los casos), a alergias a medicamentos (entre el 15 y el 20% de los casos) y a picaduras de insectos.

Las manifestaciones anafilácticas

■ **Se distinguen cuatro estadios de anafilaxia** en función de la gravedad de la reacción, aunque la evolución es, con frecuencia, imprevisible. Por ejemplo, es posible que, tras una reacción inicial benigna, se agrave la situación. Los primeros signos de una anafilaxia se manifiestan rápidamente tras el contacto con el alérgeno: de 10 a 20 minutos en el caso de una reacción a un medicamento o una picadura de insecto y de 30 minutos a una hora en el caso de una alergia alimentaria o respiratoria.

■ **Los estadios 1 y 2** se manifiestan a través de trastornos digestivos (náusea, vómitos, dolor abdominal, etc.), manifestaciones respiratorias (rinitis, tos, crisis asmática mode-

rada) o cutáneas (urticaria, prurito, etc.) que pueden acompañarse de un edema de Quincke moderado (hinchazón del rostro y/o de las paredes de la cavidad bucal).

Estos dos primeros estadios no constituyen una urgencia vital, pero sí requieren supervisión. Será necesaria la supervisión de un alergólogo que ayude a prevenir y tratar estos síntomas.

■ **El estadio 3 es el primero del shock anafiláctico:** puede comprometer el pronóstico vital y constituye una emergencia real. Se manifiesta a través de la alteración del ritmo cardiaco (taquicardia) y de una disminución de la presión arterial, responsable de una incorrecta oxigenación del organismo.

Puede presentarse acompañada de una gran urticaria, una crisis de asma con asfixia (broncoespasmos) y/o un edema de Quincke grave asociado a una sensación de quemazón intensa localizada en:

- **Las paredes de las vías respiratorias** (faringe): la persona experimenta dificultad para respirar, hablar y tragar (disfonía, disfagia, disnea respiratoria).
- **La piel,** mucosas y tejidos subcutáneos: inflamación de los labios, de la lengua, de los párpados y, en ocasiones, del aparato genital.

La persona se encuentra nerviosa y angustiada. Posteriormente, se produce una pérdida de consciencia que puede desencadenar incluso en coma.

Palabras clave

- Alergia
- Shock anafiláctico
- Edema de Quincke
- Reanimación

JEAN-LUC FRANCÈS
Especialista hospitalario
del CH de Cornouaille
Quimper-Concarneau,
Quimper, Francia

■ **El estadio 4 corresponde a la parada cardiorrespiratoria (PCR).** Si no se trata de manera urgente, puede desencadenar la muerte.

Cómo actuar

■ **Frente a estas manifestaciones, el Técnico en Cuidados de Enfermería deberá, con urgencia:**

- Avisar al enfermero y al médico o llamar al Samu y describir de forma precisa la situación y los síntomas.
- Aislar a la persona y permanecer a su lado esperando a que el médico comience a tratarlo, sin mostrar miedo.
- Realizar primeros auxilios: si la persona se encuentra consciente, tumbarla en posición decúbito supino con las piernas elevadas; si está inconsciente, colocarla en posición lateral de seguridad (PLS).

■ **La intervención del médico** dependerá del estadio de la anafilaxia:

- En los estadios 1 y 2, podrá inyectar antihistamínicos y corticoides. Posteriormente, el Técnico en Cuidados de Enfermería colocará al paciente en posición semisentada y lo supervisará junto con la enfermera hasta que se recupere.

Se le comunicará al paciente que, en el 30% de los casos, la anafilaxia puede reaparecer algunas horas más tarde en forma de una segunda crisis, en ocasiones, más grave.

- En el caso del estadio 3, se inyectará adrenalina para mantener el sistema cardiovascular y el paciente será tratado en la unidad de supervisión continua o en reanimación.

El Técnico en Cuidados de Enfermería de reanimación colaborará con la enfermera en la supervisión y cuidado del paciente:

- Control electrocardiográfico y oximétrico continuo.
- Oxigenoterapia con mascarilla con caudal abundante (6-8 l/min).
- Colocación en posición semisentada.
- Instalación de una vía venosa.

– Monitorización continua de las funciones respiratorias y cardiacas.

- En la fase 4, realizará una reanimación cardiorrespiratoria. El Técnico en Cuidados de Enfermería ayudará a la enfermera a preparar el material de reanimación necesario. Se procederá a intubar al paciente.

El papel del Técnico en Cuidados de Enfermería frente al riesgo de alergia

Desde su papel privilegiado en su relación con el paciente, el Técnico en Cuidados de Enfermería puede obtener información importante sobre sus hábitos e identificar el riesgo de alergia; esta información deberá indicarse a la enfermera y al facultativo y se anotará en la historia del paciente.

■ **Durante esta fase, debe realizarse un control de:**

- La distribución de las comidas, conociendo los riesgos de alergias alimentarias de los pacientes y vigilando las bandejas.
- La ayuda en el baño, conociendo las alergias de contacto provoca-

das por algunos productos de higiene, cuyo uso deberá prohibirse.

- El cuidado de la habitación, teniendo conocimiento de las alergias respiratorias y sabiendo utilizar los productos de mantenimiento con sensatez.

■ **Si se tiene conocimiento de que el paciente es alérgico,** el Técnico en Cuidados de Enfermería garantizará, de común acuerdo con la enfermera, que la información se muestra de forma correcta para todo el personal (panel de información de la sala de cuidados y la oficina de servicio, de la siguiente forma: D. o Dña. X. es alérgico/a a...).

■ **El Técnico en Cuidados de Enfermería participa también en la educación de los pacientes.**

Vigila, junto con la enfermera, la correcta comprensión de las recomendaciones que se le proporcionan y su capacidad para ponerlas en marcha para evitar casos de anafilaxia.

■ **Si el Técnico en Cuidados de Enfermería se encuentra solo** y se enfrenta a un shock anafiláctico, deberá saber actuar rápidamente y de acuerdo con la situación (cuadro 1). ●

CUADRO 1

Cómo actuar en caso de shock anafiláctico

■ **Si no se tiene conocimiento de alergias previas en el paciente,** el Técnico en Cuidados de Enfermería debe:

- Llamar al Samu.
- Colocar al paciente en posición lateral de seguridad (PLS).
- Preparar el material de oxigenación.
- Supervisar al paciente: ritmo cardiaco, presión arterial, respiración.

■ **Si se tiene conocimiento de la alergia de la persona** y si esta cuenta con un kit¹ de tratamiento, el Técnico en Cuidados de Enfermería deberá:

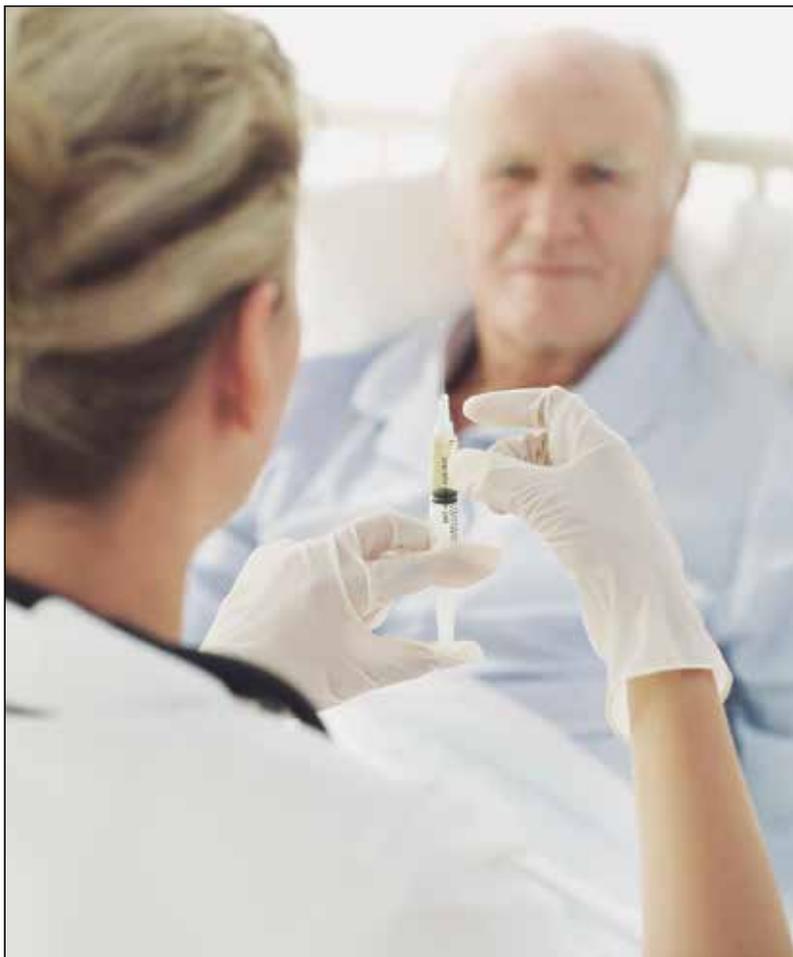
- De forma obligatoria (como todos los ciudadanos) intervenir inyectándole adrenalina y, si es posible, llamar al Samu previamente.
- Colocar al paciente en PLS.
- Supervisar a la persona (ritmo cardiaco, presión arterial, respiración) hasta que llegue la ayuda.
- Transmitir al Samu las condiciones en las que se produjo el shock anafiláctico.

¹ Kit de adrenalina: jeringuilla autoinyectable de adrenalina. Inyección por vía subcutánea o intramuscular (indicado en el kit).

El cuidado del paciente con cirrosis hepática hospitalizado

La cirrosis representa, por su mortalidad y morbilidad, uno de los principales problemas de salud del mundo. Es una enfermedad crónica del hígado que consiste en la alteración progresiva del tejido hepático normal que se sustituye por tejido fibroso y nódulos de regeneración. A medida que la enfermedad evoluciona pueden aparecer sus principales complicaciones: desnutrición, varices esofágicas, ascitis, ictericia y encefalopatía hepática. Son muchas las recomendaciones y cuidados que debe seguir un paciente con cirrosis hepática, por ello conocer la enfermedad y los problemas a los que se enfrenta y su cuidado es imprescindible para el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE), que podrá ayudar de esta manera a un mejor control de los síntomas y de la seguridad, así como a un aumento de la empatía.

Este artículo explica, actualiza y reflexiona sobre qué cuidados proporciona el TCAE al paciente con cirrosis hepática, centrándose fundamentalmente en el cuidado de la alimentación y nutrición y de la piel, así como en el aumento de la seguridad del paciente.



Introducción

La cirrosis es, debido a su mortalidad y morbilidad, uno de los principales problemas de salud del mundo¹. En España, en 2002 era causa del 1,4% de las defunciones, y ahora que la mortalidad por esta enfermedad ha experimentado un gran descenso -un 45% entre 1990 y 2002²-, la prevención de la enfermedad y el cuidado de los pacientes que la padecen se han vuelto aspectos clave a los que el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) también dedica su atención. Son muchas las recomendaciones y cuidados que debe seguir un paciente con cirrosis hepática, y una escasa adherencia a éstas puede suponer graves problemas para la salud, con repercusiones económicas negativas para el sistema sanitario. Un conocimiento y aceptación de la enfermedad, del tratamiento a seguir, y una relación de empatía entre el paciente y el equipo asistencial,

Palabras clave:

- Enfermedad crónica
- Desnutrición
- Ascitis
- Edemas

confianza y respeto, son factores que favorecen el cumplimiento del régimen terapéutico³.

Por ello, conocer la enfermedad y los problemas a los que se enfrenta un paciente con cirrosis hepática y su cuidado es imprescindible para el TCAE, que podrá ayudar de esta manera a un mayor control de los síntomas, mejora de la seguridad y la empatía.

¿Qué es la cirrosis y cuáles son sus causas?

Es una enfermedad crónica del hígado consistente en la alteración progresiva del tejido hepático normal que se sustituye por tejido fibroso y nódulos de rege-

descompensada de la enfermedad, aparecen las complicaciones de la cirrosis, fundamentalmente desnutrición, ascitis y edemas, hemorragia por varices esofágicas, encefalopatía hepática e ictericia⁴.

■ **La desnutrición.** El hígado es el responsable de aproximadamente el 25% del metabolismo basal del organismo, por lo tanto, con la insuficiencia hepática que produce la cirrosis, el metabolismo de las grasas, los carbohidratos y las proteínas, el almacenamiento y la activación de las vitaminas y los minerales, la formación y la excreción de bilis, se van a ver alteradas. La desnutrición es la complicación más frecuente de la cirrosis hepática. La presentan entre

en la inserción de una prótesis (es- tent) que comunica la vena porta con la vena suprahepática.

■ **La ascitis.** Es la acumulación de líquido en la cavidad abdominal. Un 50% de los pacientes con cirrosis hepática compensada la desarrollará en 10 años de seguimiento (González Alonso et al. 2008)³. Los pacientes con ascitis presentan hinchazón abdominal y aumento de peso. Además, pueden aparecer edemas en los miembros inferiores, y sentir indigestión, náuseas y sensación de saciedad. Los principales estándares del tratamiento de la ascitis en pacientes con cirrosis son la restricción de sal en la dieta y los diuréticos orales, que consiguen movilizar la ascitis en el 90% de estos enfermos. La eficacia del tratamiento se evalúa por 2 parámetros: pérdida de peso y excreción urinaria de sodio de 24 h. Si esto no resulta suficiente, el facultativo suele proceder a la paracentesis. Hay 2 clases de paracentesis, la evacuadora, cuyo objetivo es disminuir la presión intra-abdominal y evitar la insuficiencia respiratoria por sobre-elevación del diafragma, y la paracentesis diagnóstica, cuyo objetivo es analizar el líquido ascítico. El líquido de ascitis debe extraerse lentamente, a través de una pequeña sonda de plástico, e infundirse por vía intravenosa albúmina humana baja en sal (50 a 200 g) en plazo de 12 a 24 h para prevenir la hipovolemia y el shock que podría resultar de la desviación de líquido del compartimiento intravascular hacia la cavidad peritoneal. En la tabla 1 se presenta el material necesario que un TCAE preparará, con la ayuda de la enfermera, para una paracentesis y los cuidados que se realizarán durante este procedimiento.

■ **La ictericia.** La ictericia es el color amarillo que toma la piel y las mucosas debido a un aumento de la bilirrubina en sangre. La ictericia es uno de los signos más clásicos de las enfermedades del hígado y se manifiesta cuando la bilirrubina en la sangre aumenta de 2 a 3 mg/dL (el valor normal es inferior a 1). Ha-

La cirrosis es una enfermedad crónica del hígado consistente en la alteración progresiva del tejido hepático normal que se sustituye por tejido fibroso y nódulos de regeneración

neración⁴. Puede deberse a distintas causas. En nuestro medio, más del 90% se deben a la hepatitis vírica, B y fundamentalmente C, y al consumo excesivo de alcohol⁴.

¿Cuáles son los signos y síntomas de la cirrosis?

La cirrosis hepática cursa habitualmente con un período libre de síntomas o poco sintomático. Este período se denomina fase compensada. En esta fase, aproximadamente un 40% de los pacientes puede presentar cansancio, pérdida de apetito y peso, y molestias abdominales. También pueden aparecer vasos sanguíneos en forma de araña (arañas vasculares), palmas de las manos enrojecidas (eritema palmar) y varices esofágicas. Estos síntomas se deben fundamentalmente al aumento de presión en la vena porta (hipertensión portal).

¿Cuáles son las complicaciones de la cirrosis?

A medida que la enfermedad evoluciona, hay un mayor deterioro de la función hepática y un aumento de la hipertensión portal. En la fase

el 88% y el 100% de los cirróticos⁷. La desnutrición proteico-calórica constituye además un factor de riesgo para el desarrollo de ascitis y hemorragia digestiva.

■ **Las varices esofágicas.** Son venas dilatadas en el último tramo del esófago. Aparecen porque el tejido fibroso del hígado impide que la sangre drene con normalidad y hay hipertensión portal. Las venas aumentan su presión sanguínea y esto puede desencadenar su rotura y la consecuente hemorragia. El sangrado por varices esofágicas es una complicación grave del daño hepático crónico que puede llegar a ser mortal. Las varices esofágicas no producen dolor ni molestias, pero el 50% de los pacientes con hipertensión portal y varices esofágicas, siempre y cuando no tomen medidas quirúrgicas apropiadas, tienen una esperanza de vida de menos de 1 año⁸. Entre las medidas quirúrgicas más habituales se encuentran la ligadura de varices con bandas elásticas o TIPS (por sus siglas en inglés, *Transjugular Intrahepatic Portosystemic Shunt*), que consiste

bitualmente, antes de producirse ictericia se produce coluria, que es la coloración oscura de la orina por excreción de la bilirrubina a través de los riñones. La ictericia no es una enfermedad en sí misma, sino que es un signo de alarma. No existe un tratamiento para la ictericia como tal. El prurito o picazón es un síntoma de algunas enfermedades hepáticas que puede llegar a ser particularmente molesto. El prurito se manifiesta frecuentemente con más intensidad en la palma de las manos y las plantas de los pies, sin embargo, puede ser generalizado y tan intenso que interfiera con la actividad normal de la persona y con el sueño.

■ **La encefalopatía hepática.** Consiste en una alteración neuropsiquiátrica potencialmente reversible de origen metabólico, debida a la existencia de un exceso de amonio en la circulación (Gómez-Ayala, 2012)¹⁰. El amonio afecta al sistema nervioso central produciendo síntomas psiquiátricos muy diversos: alteración del sueño, confusión, agitación o letargo.

Además de estas complicaciones a las que nos hemos referido, diversos estudios han añadido que los pacientes con cirrosis presentan fatiga, pérdida de autoestima y alteración de la imagen corporal, disminución de capacidad de trabajo, ansiedad, depresión y otros problemas emocionales que reducen profundamente su calidad de vida (Schiff et al. 1999 en Kim et al. 2006)¹¹.

¿Qué cuidados proporciona el TCAE al paciente con cirrosis hepática?

Cuidado de la alimentación y nutrición

Administraremos una dieta con las necesidades calóricas y proteicas diarias, fomentando en la medida de lo posible la alimentación por vía oral. Para ello, respetaremos los gustos gastronómicos del paciente, haciendo la comida lo más atractiva posible.

Animaremos al paciente a que tome los suplementos alimen-

Tabla 1. Material necesario para paracentesis

	Material para paracentesis evacuadora	Material para paracentesis diagnóstica
	Guantes no estériles Clorhexidina al 2%, povidona yodada o alcohol al 70° Jeringas de 20 y 10 cc Alargadera Bolsa de orina antirreflujo Bote de diuresis Apósitos, esparadrapo y tiras adhesivas Contenedor de material punzante Tubos de analítica: – Bacteriología: bacilo de Koch, cultivo aerobio y anaerobio – Bioquímica – Hemograma – Anatomía patológica	Gasas estériles Clorhexidina al 2% o como alternativa, povidona yodada o alcohol al 70° Paño estéril Guantes estériles y no estériles Aguja de 40 x 11 Jeringas de 20 y 10 cc Contenedor de material punzante Tubos de analítica: – Bacteriología: bacilo de Koch, cultivo aerobio y anaerobio – Bioquímica – Hemograma – Anatomía patológica
Cuidados anteriores	Anotar en la gráfica los signos vitales, peso. Tranquilizar al paciente sobre la exploración que se le va a realizar. Adoptar medidas asépticas en la zona de punción. Vigilar al paciente durante la realización de la técnica. Resaltar la importancia de permanecer quieto durante el procedimiento y proporcionar ayuda a la hora de levantarse.	
Cuidados posteriores	La paracentesis la retiraremos: – Cuando deje de drenar. – Cuando el líquido ascítico sea hemático. – Cuando la pauta médica indique una cantidad concreta. Indicar al paciente que avise al personal de enfermería si detecta: pérdida de líquido por la zona de punción, mareo, sangrado, sudoración o fatiga.	

La cirrosis hepática cursa habitualmente con un período libre de síntomas o poco sintomático. Este período se denomina fase compensada. En esta fase, aproximadamente un 40% de los pacientes puede presentar cansancio, pérdida de apetito y peso, y molestias abdominales

ticios si los precisa. Además, fomentaremos el consumo de alimentos ricos en fibra (frutas y verduras) para garantizar, al menos, 1 o 2 deposiciones al día. Es importante mantener este ritmo intestinal para prevenir la encefalopatía.

Las limitaciones dietéticas únicamente se indicarán cuando sean necesarias siendo las únicas establecidas:

- a) Restricción del sodio en pacientes con ascitis y/ o edemas a 2 g/día⁷.
- b) Restricción de líquido si existen edemas y/o ascitis.

c) Restricción de los lípidos en pacientes con colestasis y esteatorrea.

d) Respecto a la restricción proteica en pacientes con encefalopatía hepática existe cierta controversia no habiéndose demostrado mejoría clínica de modo científico tras la aplicación de esta medida (UptoDate, 2012)¹².

e) Las requeridas por otras enfermedades asociadas a la cirrosis que requieran medidas nutricionales (fundamentalmente diabetes mellitus).

Se recomienda además el abandono total de alcohol.

Tabla 2. Cuidados del TCAE en el procedimiento de taponamiento de varices esofágicas.

- Control de los signos vitales.
- Colocar al paciente en posición semisentada (Fowler).
- Vigilar estrechamente el mantenimiento de la tracción de la sonda Sengstaken-Blakemore, fugas o desplazamientos.

Las **complicaciones** que se pueden derivar de la colocación de la sonda son: dolor torácico, obstrucción de la vía aérea, dificultad para su inserción, difícil control del sangrado, neumonía por aspiración, rotura esofágica, mediastinitis, necrosis o erosión esofágica.

Cuidado de la piel

Ante la ictericia y el prurito en ocasiones se emplean fármacos antihistamínicos y sedantes. Sin embargo, otras medidas como mantener la piel hidratada con crema, realizar baños con agua tibia, aplicar y evitar una fricción excesiva al secarse después del baño, pueden resultar también efectivas para aliviar el picor y las heridas de rascado.

Además, en los periodos en los que el paciente permanezca encamado será necesario realizar los cambios posturales necesarios para prevenir la aparición de úlceras por presión y la acumulación de líquidos en las zonas declives. Salvo contraindicación médica, el paciente deberá permanecer levantado el mayor

tiempo posible; esto contribuirá al mantenimiento de la fuerza muscular y ayudará progresivamente a la recuperación de la actividad.

dios de pérdida de conciencia, hematemesis, o deposiciones de tipo melena, de color negro, consistencia semilíquida y mal olor. Estos son signos de que existe un sangrado digestivo activo.

Cuando ocurre un sangrado masivo, este suele tratarse inicialmente en planta con un taponamiento con la sonda de Sengstaken-Blakemore. Los cuidados del TCAE ante este procedimiento se exponen en la tabla 2.

■ **Ante encefalopatía y riesgo de accidentes**

Los síntomas de la encefalopatía pueden empezar lentamente y empeorar de manera gradual, o pueden comenzar de forma repentina y ser graves desde el principio. Por eso es importante que valoremos en el paciente su forma de

El paciente con cirrosis hepática que ingresa es una persona con una gran necesidad de cuidado. Son múltiples las complicaciones que le surgen y su situación de salud suele tener repercusiones en las dimensiones física, emocional y social

tiempo posible; esto contribuirá al mantenimiento de la fuerza muscular y ayudará progresivamente a la recuperación de la actividad.

Cuidados para aumentar la seguridad del paciente y prevenir riesgos

■ **Ante varices esofágicas y riesgo de hemorragia**

Cuando no existe sangrado evidente se controlará, valorará y comunicará al resto de profesionales sanitarios que atienden al paciente si hubiera presencia de episo-

hablar, andar y comer, comparándola con su forma de hacer habitual. Asimismo, deberemos valorar el patrón del sueño que suele alterarse con la encefalopatía.

Si el paciente, a pesar de la dieta, y la toma de lactulosa por vía oral, no hace 1 o 2 deposiciones al día se prescribirán enemas. Los enemas son una forma rápida y efectiva de retirar los sustratos de amonio que se acumulan en el colon¹⁰. El TCAE es quien suele administrar los enemas que pueden ser de solución acuosa o de lactulosa. En la tabla 3 se expone el

procedimiento de administración de los enemas de solución de lactulosa del Hospital Universitario Araba, sede Txagorritxu¹¹.

Cuidados del personal TCAE

■ **Preparar al paciente.** Explicaremos al paciente el procedimiento y observaremos si se siente incómodo o siente vergüenza (todo con el paciente consciente). Comprobaremos si presenta molestias en la zona.

■ **Periné.** El cuidado perineal es un procedimiento embarazoso para la mayoría de los pacientes, particularmente si el paciente es del sexo contrario. Los cuidados perineales se deben administrar eficazmente y de forma natural, pero siempre se utilizarán guantes y de ese modo, se evitarán infecciones.

■ **Inspeccionar el área perineal.** Ya que se está procediendo a la higiene del paciente, es buen momento para inspeccionar la zona perineal y determinar la existencia de inflamación, excoiación o hinchazón, especialmente entre los labios en las mujeres y los pliegues escrotales en los hombres. También será momento de observar la existencia de flujo excesivo de los orificios perineales-genitales y la presencia de olores.

■ **Lavar y secar la zona del periné-genitales.** En mujeres deberemos limpiar los labios mayores abriéndolos para lavar los pliegues que existen entre los labios mayores y los menores, ya que las secreciones tienden a colocarse alrededor de los labios menores, facilitando el crecimiento bacteriano. Enjuagar bien al paciente, pudiendo colocar una cuña para facilitar la higiene. Secar completamente el periné poniendo especial atención a los pliegues de los labios, ya que la humedad favorece el crecimiento de muchos microorganismos.

En hombres, lavar y secar el pene, usando toques firmes. Al manejar firmemente el pene podemos prevenir una erección. Retraeremos el prepucio para extraer el glande del pene y poder

Tabla 3. Los cuidados del TCAE en el procedimiento de preparación y administración del enema de lactulosa (Protocolo del Hospital Universitario Araba)¹¹.

Objetivo	Limpieza del intestino para prevenir o mejorar la encefalopatía.
Material	Equipo del enema (irrigador, goma y conexión) Lubricante Sonda rectal
Precauciones	Temperatura adecuada de la solución (aprox. a 37°) Administración lenta del enema.
Preparación del paciente	Explicar al paciente la técnica para evitar un estado de ansiedad, tranquilizarlo y aislarlo si está en habitación común para preservar su intimidad. Procurar que el paciente esté relajado y coopere a la hora de retener el enema. Orinar antes de administrar el enema. Ayudaremos al paciente a colocarse del lado izquierdo, flexionando la pierna derecha.
Cuidados durante el procedimiento	Prepararemos el equipo con la solución 250cc de lactulosa y 750cc de agua. Lubricaremos la sonda e introduciremos en el ano aproximadamente 10-15cm, evitando forzar la sonda si hay resistencia. Levantaremos el irrigador y controlaremos que la solución baje lentamente.
Cuidados posteriores al procedimiento	Si el paciente tuviera dolor, disminuiríamos la presión bajando el irrigador de altura. Cerraremos la llave de paso antes que acabe la solución Retiraremos la sonda rectal y acomodaremos al paciente. El paciente deberá permanecer acostado procurando retener el enema aproximadamente 15 minutos. El paciente, por su estado confusional, posiblemente necesite usar pañal. Después de la evacuación deberemos asear al paciente.

limpiarlo, volver a colocar el prepucio en su sitio, así evitaremos el crecimiento bacteriano. Continuaremos lavando el escroto, que tiende a estar más sucio que el pene a causa de su proximidad al recto; por ello se suele limpiar después del pene.

■ **Limpiar entre las nalgas.** Ayudaremos al paciente a que se sitúe en el lado opuesto. Poner especial atención en la zona anal y pliegues posteriores del escroto en los hombres. Limpiar el ano con papel higiénico antes de lavarlo, secar bien la zona. Poner ungüentos

protectores, en caso de que fuera necesario. Registrar cualquier valoración significativa, tal como enrojecimiento, hinchazón ó flujo.

Conclusiones

El paciente con cirrosis hepática que ingresa es una persona con una gran necesidad de cuidado. Son múltiples las complicaciones que le surgen y su situación de salud suele tener repercusiones en las dimensiones física, emocional y social. Requiere, por ello, de un trato exquisito y de una atención

multidisciplinar compleja, en la que participan con un papel fundamental los TCAE. Esta revisión sobre el cuidado de un paciente con cirrosis y el papel de las TCAE ayuda y promueve que estos pacientes sean atendidos por profesionales sensibles a sus necesidades, técnicamente preparados y con criterios unificados. Esperamos de este modo contribuir a un aumento de la calidad asistencial procurada a estos pacientes que sea perceptible tanto por los TCAE como por los pacientes mismos. ●

Bibliografía

1. Bustios C, Davalos M, Román R, Zumaeta E. Características epidemiológicas y clínicas de la cirrosis hepática en la Unidad de Hígado del HNERM Es-Salud. Rev Gastroenterol Perú. 2007;27:238-45.
2. Ministerio de Sanidad y Consumo. La salud de la población española en el contexto europeo y del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005; p. 1-336. Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/tabla/Indicadores5.pdf>
3. Arrazola Saniger M, Lerma García D, Garrido Miranda JM, Ramírez Arãosla A, Ogáyar Luque M. Atención de enfermería en el cumplimiento terapéutico. Revista Enf. 2002;25:870-4.
4. Ripoll Noiseux C, Bañares Cañizares R. Cirrosis hepática: actualización. Medicine. 2008;10:685-90.
5. Gomez N, Herrero J, Quiroga J. La nutrición en el enfermo hepático. [Último acceso: 22/10/12] Disponible en: http://www.fneth.org/documentos/doc_download/20-la-nutricion-en-el-enfermo-hepatico.html
6. Jiménez-Herrera MF, Valero Mora E. El traslado interhospitalario de un paciente con hemorragia digestiva por varices esofágicas. Enferm Clin. 2011;21:284-87.
7. González-Alonso R, Crespo I, García-Aguilera X, Albillos Martínez A. Ascitis y síndrome hepatorenal en la cirrosis hepática. Medicine. 2008;10:702-12.
8. Gómez Ayala AE. Cirrosis hepática: actualización. Farmacia Profesional. 2012;26:45-51.
9. Schiff E, Sorrel M, Maddrey W. Disease of the Liver. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; 1999.
10. Ferenci P. Hepatic encephalopathy in adults: Treatment. UpToDate. 2016. [Último acceso: 10/01/16] Disponible en: http://www.uptodate.com/contents/hepatic-encephalopathy-in-adults-treatment?source=search_result&search=Treatment+of+hepatic+encephalopathy+in+adults&selectedTitle=1~110
11. Mendoza MJ, Borda ML, Cuesta AG, Del Álamo A, García P. Los enemas: ¿cómo los administramos y qué se sabe? Comunicación Oral. Jornadas de Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería del País Vasco. Donostia, 22 y 23 de Abril 2010.



Cuidados generales de **pacientes** con **trasplante renal**

Los Técnicos en Cuidados de Enfermería/Auxiliares de Enfermería que trabajamos en la unidad de trasplante jugamos un papel importante, ya que tenemos un estrecho contacto con los pacientes y sus familiares. Los pacientes que ingresan para ser trasplantados han de hacer frente a una serie de adaptaciones, a un estilo de vida nuevo como consecuencia de la cirugía. El personal de enfermería debe involucrarse en sus labores de cuidado y apoyo psicológico para satisfacer al paciente en su bienestar biológico, psíquico y social, teniendo en cuenta que los problemas o desconocimientos repercuten negativamente en su recuperación.

Mientras prestamos cuidados básicos como escuchar al paciente, detectar sus problemas, conocer su idiosincrasia y la de su familia, podemos enseñarle, en la medida de lo posible, a proporcionarse los autocuidados para conseguir un exitoso trasplante.

SUMARIO

¿Por qué se realiza el trasplante renal?

¿Cuándo no es recomendable un trasplante renal?

Actuación del personal de enfermería cuando el receptor llega a la unidad de trasplante renal

Información útil para el paciente y sus familiares

Preparación física del paciente en la unidad de trasplante

Procedimiento para el receptor del riñón

Complicaciones del paciente trasplantado

Rechazo al riñón trasplantado

Alta del paciente trasplantado

Cuidados de un trasplantado en su domicilio

Consejos generales

Introducción

El trasplante de riñón o trasplante renal es la cirugía para colocar un riñón sano en un paciente con enfermedad renal avanzada. El riñón trasplantado asume la función de los riñones deficientes y el paciente no necesitará más tratamiento de diálisis.

El riñón donado puede ser:

- a) De donante fallecido (cadavérico).
- b) De donante vivo:
 - Donante emparentado genéticamente (pariente vivo).
 - Donante no emparentado.

El donante vivo tiene que ser evaluado médica y psicológicamente para comprobar que no tenga ninguna enfermedad importante, ni tampoco renal.

Durante el trasplante, el cirujano coloca el riñón nuevo en la parte inferior del abdomen y conecta la arteria y la vena del mismo a la de su riñón. Con frecuencia, el riñón trasplantado comenzará a producir orina en cuanto la sangre comience a fluir hacia él. A veces se necesitan varios días o incluso semanas para empezar a funcionar.

Los riñones son los órganos principales del sistema urinario: filtran la sangre y producen la orina como un desecho que debe ser excretado.

¿Por qué se realiza el trasplante renal?

El médico recomienda el trasplante de riñón si el paciente tiene una enfermedad renal avanzada causada por múltiples patologías

como pueden ser: diabetes mellitus, hipertensión, lupus eritematoso sistemático, enfermedades hereditarias, enfermedad renal poliquística severa, glomerulonefritis, etc.

Una vez que ha sido remitido al centro de trasplantes, el equipo que realiza dichos trasplantes lo evaluará y examinará. Para que sea exitoso, es muy importante que los tejidos del nuevo riñón sean muy similares a los del riñón original del paciente. Esto ayuda a impedir que el sistema de defensa natural del cuerpo rechace el trasplante.

Antes de poder encontrar un riñón adecuado, es necesario practicar a los pacientes algunas pruebas. Después, los resultados serán revisados con los resultados de pruebas similares llevadas a cabo



en el riñón disponible, o en la persona que asuma la donación de un riñón para un paciente.

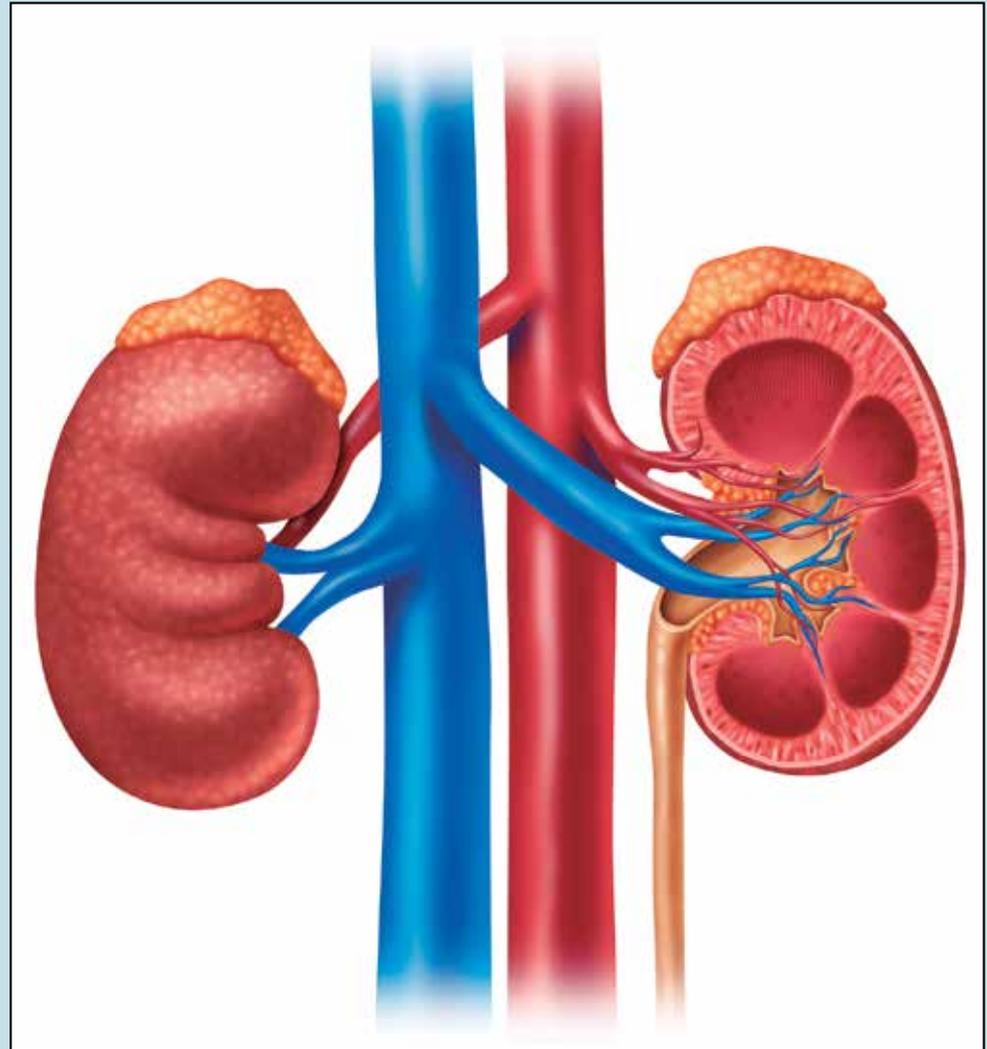
Pruebas antes del trasplante:

- **Compatibilidad del grupo sanguíneo:** una sencilla prueba de sangre determina a cuál de los 4 grupos de sangre principales (A, B, AB u O) pertenece un paciente o donante.

La tabla 1 muestra los grupos sanguíneos compatibles.

- **Compatibilidad del tipo de tejido HLA (antígenos leucocitarios humanos):** es conveniente la compatibilidad del tipo de tejido de los donantes con el de los receptores. Cuanto mejor sea la compatibilidad, mayor es la oportunidad de que el trasplante de riñón dure más tiempo. No obstante, no es primordial una compatibilidad perfecta. El tipo de tejido se determina normalmente observando 6 proteínas diferentes en el cuerpo mediante una prueba de sangre. Las oportunidades de encontrar una compatibilidad perfecta es menor que con los grupos sanguíneos. Es muy poco común poder encontrar una compatibilidad exacta del tipo de tejido entre donante y paciente.

- **Pruebas cruzadas linfocitarias:** la última prueba que se hace antes de implantar un órgano



es la de compatibilidad cruzada. Para ello se mezcla una pequeña muestra de su sangre con una muestra de la sangre del donante del órgano en un tubo para ver si se produce una reacción. Si no se produce ninguna reacción, el

resultado se llama compatibilidad cruzada negativa y se puede proceder al trasplante.

¿Cuándo no es recomendable un trasplante renal?

Un trasplante renal puede no llevarse a cabo si el paciente tiene:

- Infecciones, como por ejemplo tuberculosis o infecciones óseas.
- Tabaquismo, consumo de alcohol, drogas u otros hábitos de riesgo en el estilo de vida.
- Antecedentes de cáncer.
- Enfermedad hepática, cardiopatía o neumopatía.
- Infecciones, como hepatitis.

Tabla 1. Grupos sanguíneos compatibles.

Paciente	Donante
Grupo A	Grupo A u O
Grupo B	Grupo B u O
Grupo AB	Grupo A, B, AB u O
Grupo O	Grupo O
Observe que el grupo sanguíneo O es compatible con los demás grupos	



Actuación del personal de enfermería cuando el receptor llega a la unidad de trasplante renal

El receptor y sus familiares llegan al servicio de trasplantes muy nerviosos. Se les explicará qué vamos hacer y se les pedirá su colaboración cuando la precisemos.

Los pasos a seguir van a ser los siguientes:

- Acogida: el equipo de enfermería que lo va a cuidar, tanto en la preparación como en el postrasplante se presentará al paciente y a sus familiares.
- Atención y asesoramiento a la familia: para la intervención a veces se necesita preparación psicológica, tanto para el paciente como para la familia. Necesitan exponer sus preocupaciones y temores sobre la cirugía. La va-

biendo a qué atenerse. Buscamos que las personas se cuiden por sí mismas y sean independientes, necesitan saber qué actividades les ayudarán a recuperar su grado de optimismo después de la intervención.

Información útil para el paciente y sus familiares

Explicar al paciente:

- Pruebas preoperatorias.
- Traslado al quirófano (hora y tiempo de la intervención aproximado).
- Lugar donde el paciente despertará.
- Tratamiento postoperatorio.
- Necesidad de movilidad precoz.
- Necesidad de mantener las vías respiratorias despejadas.
- Analgesia.

Preparación física del paciente en la unidad de trasplante

La entrada de cada nuevo paciente en nuestra unidad de trasplante difiere poco de un caso a otro. Se cursará la hoja del ingreso y se firmará el consentimiento informado por parte del paciente del trasplante renal y del tratamiento.

El día de ingreso, al paciente se le realizará hemodiálisis dejándole 1/2 kg por encima de su peso seco, se le sacará una bioquímica post-HD y una coagulación y hemograma completo. Se solicitará al banco de sangre pruebas cruzadas para posible transfusión. Se le hará una toma de constantes, un electrocardiograma y una radiografía de tórax, se le pesará y medirá.

Dejaremos al paciente en ayunas como mínimo 4 h antes de la intervención y se procederá al protocolo de trasplante con rasurado de la zona operatoria, enema de limpieza, eliminación del esmalte de las uñas, enjuague bucal y ducha con jabón antiséptico. También se identificará al paciente con una pulsera en la muñeca.

Iniciaremos el tratamiento inmunosupresor (tacrolimus, prednisona...) y antibiótico (ciclosporina, rapamicina...) según criterio médico. Colocamos un gorro para recoger el pelo y comprobamos que las prótesis dentales, lentes de contacto, anillos y pulseras han sido retirados antes del traslado a quirógrafa.

Procedimiento para el receptor del riñón

A los pacientes receptores del riñón se les aplica anestesia general antes de la cirugía. El cirujano hace una incisión en el área abdominal inferior (generalmente fosa iliaca derecha dado su mejor abordaje quirúrgico).

Hay que darle al paciente la oportunidad de preguntar y aclarar sus preocupaciones. La pérdida de control es uno de los miedos asociados a la intervención. Si a los pacientes se les permite participar en las decisiones respecto a su atención, tendrán la sensación de que controlan la situación y podrán reducir su ansiedad

loración psicológica que hace el personal de enfermería del paciente nos permite obtener datos relacionados a sus preocupaciones y temores. Hay que darle al paciente la oportunidad de preguntar y aclarar sus preocupaciones, esto le reducirá su ansiedad. La pérdida de control es uno de los miedos asociados a la intervención. Si a los pacientes se les permite participar en las decisiones respecto a su atención, tendrán la sensación de que controlan la situación y podrán reducir su ansiedad. Enseñar es una de las funciones más importantes del personal de enfermería en la etapa preoperatoria ya que ayuda a tranquilizar al paciente sa-

- Referente a la cirugía y al posible rechazo es el médico el responsable de dar las explicaciones oportunas.

Información para familiares:

- Dónde esperar hasta que el paciente regrese a la habitación.
- Duración de la intervención.
- Cómo informarse una vez finalizada la intervención.
- Estado en el que el paciente regresa a la habitación.
- Horario de visitas.
- Aislamiento.
- Utilización de medidas preventivas (guantes, bata, mascarilla).
- Si el paciente será enviado a la sala de recuperación.



- El cirujano coloca el nuevo riñón en la zona baja del abdomen. Se conecta la arteria y la vena del nuevo riñón a la arteria y a la vena en la pelvis. La sangre circula a través del nuevo riñón, el cual produce orina exactamente como lo hacían sus propios riñones cuando estaban sanos. Luego se conecta a la vejiga el conducto que transporta la orina (uréter).
- Los riñones propios se dejan en el mismo lugar, a menos que estén causando hipertensión arterial, infecciones o sean demasiado grandes para su cuerpo. Luego se cierra la incisión.

En los días sucesivos, debemos establecer un plan de cuidados.

1. Necesidad respiratoria: debido a la inmunosupresión y a la inmovilidad de las primeras 48 h, el paciente puede desarrollar neumonía y atelectasias. Es muy importante el levantamiento precoz y los ejercicios respiratorios. El personal de enfermería adiestrará al paciente al respecto.

2. Necesidad de comer y beber: el paciente permanecerá en dieta absoluta hasta que tenga peristaltismo intestinal. Seguiremos todas las fases dietéticas que obliga una cirugía. El TCE debe colaborar con la dietista en la elaboración de la dieta de un paciente trasplantado ya que conoce sus hábitos alimentarios. En ocasiones, se le dará complementos dietéticos. Si el paciente no puede comer solo, el TCE lo ayudará y anotará la cantidad que come (primer plato, segundo plato y postre). Los líquidos que el paciente ingiera serán libres pero controlados.

3. Necesidad de eliminación: es importante que el personal de la unidad sepa juzgar la función de eliminación por el aspecto de



El rechazo inmunológico es una causa frecuente de disfunción precoz y tardía del trasplante. El riñón trasplantado es considerado por el organismo como algo extraño, de modo que el sistema inmunológico de forma automática lo intenta rechazar

las heces, color, consistencia... El paciente puede estar estreñido o, por el contrario, tener diarreas provocadas por la medicación. Se le debe explicar al paciente para evitar preocupaciones y actuar al respecto.

Referente a la diuresis, se anotará la salida de forma horaria, así como sus características (hematuria, clara, etc).

Se harán balances cada 24 h de las entradas de los líquidos parenterales y enterales con las salidas (orinas y drenajes). Debe ser un control estricto diario.

4. Necesidades de higiene y aseo personal: los primeros días, la higiene del paciente se hará en la cama, pero en el momento que

el paciente pueda asearse solo, lo hará él para evitar la dependencia y empezar a tener actividad para el buen funcionamiento del organismo. Se debe vigilar la integridad de la piel y curar la herida quirúrgica explicando su aspecto.

5. Necesidad de descanso y sueño: el paciente no se da cuenta de lo que es el sueño hasta que se ve privado del mismo por el dolor. El personal de enfermería debe contribuir a hacer más agradable el transcurso del día, aumentar la sensación de bienestar, eliminar factores irritantes como los ruidos, olores, las escenas desagradables; contribuirá a provocar el sueño como lo hará también a satisfacer el hambre. A la hora de



La planificación de cuidados al alta del paciente tiene como finalidad ayudarlo a incorporarse a su vida diaria en las mejores condiciones posibles

dormir conviene evitar toda clase de sobreexcitación. El personal debe ayudar al paciente a que no sienta nostalgia al llegar la noche (en caso de estancias largas suele ocurrir). El lavado de dientes y cara, y el arreglo de la cama debe llevarse a cabo momentos antes de irse a dormir.

Todos estos cuidados unidos a la estricta ejecución de las órdenes médicas nos llevarán a la recuperación del paciente trasplantado renal.

Complicaciones del paciente trasplantado

Aunque el trasplante de riñón es un tratamiento exitoso para una enfermedad renal en etapa terminal, las complicaciones pueden

surgir. Conocer los síntomas comunes de estas complicaciones y obtener un tratamiento a tiempo conducirán a un buen resultado.

Las complicaciones quirúrgicas que pueden ocurrir después del trasplante renal incluyen:

- Obstrucción urinaria.
- Infección.
- Sangrado.
- Complicaciones inmunológicas.
- Rechazo al riñón nuevo.
- Pérdida de orina dentro del organismo.
- Daño en los órganos cercanos.

Rechazo al riñón trasplantado

El rechazo inmunológico es una causa frecuente de disfunción precoz y tardía del trasplante. To-

do el mundo tiene unos mecanismos de defensa frente a agentes externos perjudiciales para el organismo, que se conoce como el sistema inmunológico. Es un sistema muy eficaz y complejo. El riñón trasplantado es considerado por el organismo como algo extraño, de modo que el sistema inmunológico de forma automática lo intenta rechazar. Con el tratamiento inmunosupresor se intenta frenar para permitir que el riñón se adapte a nuestro organismo. Esto se consigue en la mayor parte de los casos. El rechazo del riñón se produce cuando el sistema inmunológico supera el efecto del tratamiento inmunosupresor que administramos.

Existen varios tipos rechazos:

- Rechazo hiperagudo: se produce de forma inmediata tras el trasplante y conduce a la pérdida del riñón. Es muy poco frecuente. Se debe a que el paciente tiene en el momento del trasplante unas sustancias (anticuerpos) que se unen inmediatamente al riñón, destruyéndolo.
- Rechazo agudo acelerado: se debe a la acción de unas células del sistema inmunológico (linfocitos). Puede aparecer en cualquier momento del trasplante, aunque suele ocurrir en los 6 primeros meses.
- Rechazo agudo: es el más frecuente en los 3 primeros meses. Se sospecha, normalmente, por una elevación de las cifras habituales de creatinina. En ocasiones, puede dar síntomas como el dolor del injerto, aumento del tamaño y de la consistencia del riñón, fiebre o disminución de la diuresis, aunque a veces es totalmente asintomático y se detecta únicamente en los análisis. Actualmente, el diagnóstico de



sospecha debe confirmarse con una biopsia renal.

- Rechazo crónico: se caracteriza por la elevación progresiva y lenta de las cifras de creatinina, acompañado de hipertensión y pérdida de proteínas por la orina.

Alta del paciente trasplantado

La planificación de cuidados al alta del paciente como la educación sanitaria tiene como finalidad ayudarle a incorporarse a su vida diaria en las mejores condiciones posibles. Al tratarse de un paciente, al que hemos cuidado durante su estancia en el hospital, conocemos su forma de vida; de esta manera podremos modificar aquellos hábitos que puedan perjudicarlo.

El período de recuperación es aproximadamente de 6 meses. Necesitará hacerse revisiones médicas regulares con exámenes de sangre y radiografías.

- El personal de enfermería adiestrará al paciente a preparar su medicación.
- El paciente debe tomar algunos fármacos durante toda su vida y aunque se sienta bien y piense que puede dejar de tomarlos, no puede dejar de hacerlo ni un solo día.
- Se le dará el número de teléfono de la unidad de trasplante renal para que pueda consultar cualquier duda.
- Se le explicarán los síntomas de rechazo. Si estos aparecen, debe acudir al hospital.
- Se le explicará la importancia que tiene seguir una dieta equilibrada y muy variada, pobre en sal.

El paciente debe ser capaz de repetir a la enfermera:

1. Cómo debe prepararse la medicación.
2. Algunos efectos secundarios debidos a la misma.
3. Dosis.
4. Horarios.
5. Reconocer los alimentos que deben ser suprimidos.
6. Importancia de la higiene bucal.

Cuidados de un trasplantado en su domicilio

- Las curas de la herida quirúrgica las realizará en su centro de salud.
- Usará faja durante los 3 primeros meses para proteger el injerto.
- No podrá estar en contacto con personas que presenten procesos infecciosos (gripe).
- Seguirá una dieta sana baja en sal, evitando grasas y azúcares, procurando no ganar peso.
- Beberá al menos 1,5 l de agua (bajo orden médica).
- Importante no fumar, no consumir alcohol o drogas.
- Cepillarse los dientes después de cada comida.
- No tomar productos de herbolario, excepto tila, manzanilla o poleo, porque estos productos podrían interaccionar con la inmunosupresión.
- No es aconsejable conducir durante los 3 primeros meses.
- Vigilar la exposición al sol. Las radiaciones ultravioletas son perjudiciales para todo el mundo, pero su piel ahora es más sensible a los efectos del sol.
- Realizará paseos por sitios llanos progresivamente hasta conseguir caminar un mínimo de 1 h al día.
- En caso de fiebre, cambios en la orina, malestar general, vómito o diarrea, acudirá al médico (urgencias).

Consejos generales

1. En las primeras semanas debe tomarse la temperatura axilar 2 veces al día (mañana y tarde). Si la temperatura es mayor a 37,5°C debe ponerse en contacto con el hospital.
2. La prednisona suele provocar acidez de estómago. No debe tomar medicamentos por su cuenta, el nefrólogo le prescribirá los más adecuados.
3. Si se tiene la sensación de estar resfriado o griposo, hay que comunicarlo al nefrólogo.
4. Si aparecen llagas en la boca, también debe avisar a su centro hospitalario.
5. Si no trabaja, debe tratar de llevar una vida activa, practicar deportes de forma regular. Esto le mejorará la circulación, evitará la obesidad y el estreñimiento.
6. No debe fumar, ni permanecer muchas horas en ambientes contaminados.
7. Tomar con moderación las bebidas alcohólicas. ●

Bibliografía recomendada

- Fundación Real Iñigo Álvarez de Toledo. Trasplante renal. Madrid: Panamericana; 2007. p. 1-450.
- Cofán Pujol F. Ya estoy trasplantado de riñón: ¿y ahora qué? Barcelona: Permanyer; 2009.
- Andreu Periz L, Force Sanmartín E. La enfermería y el trasplante de órganos. Madrid: Panamericana; 2004. p. 1-238.
- Aguado JM, Fortún J, Gavalda J, Pahisa A, De la Torre J. Infecciones en pacientes trasplantados. Barcelona: Elsevier; 2010. p. 1-624
- Andreu Periz L, Force Sanmartín E. 500 Cuestiones que plantea el cuidado del enfermo renal. Barcelona: Elsevier Masson; 2001. p. 1-410.
- Patton KT, Thibodeau GA. Anatomía y Fisiología. Barcelona: Elsevier; 2007. p. 1-1096.

Cuidados de enfermería en el paciente urostomizado

En el presente trabajo se abordan los conceptos de ostomía y algunas de sus clasificaciones y se revisan en profundidad todos los aspectos relacionados con los cuidados del paciente urostomizado.

Palabras clave:

- Ostomía
- Riñones
- Estoma
- Bolsas urinarias

Introducción

Ostomía es el término con el que se designa la intervención quirúrgica cuyo objetivo es crear una comunicación artificial entre una víscera y la piel abdominal, para derivar al exterior los productos de desecho del organismo.

Centrándonos brevemente en las principales ostomías de eliminación, tenemos:

- Según las características del efluente que sale a través de estoma podemos distinguir 2 grandes grupos: ostomías di-

gestivas (heces) y ostomías urinarias (orina).

- Atendiendo al tiempo de permanencia, pueden ser temporales o definitivas.

- Según el órgano implicado, las podemos clasificar en: colostomía (heces blandas o sólidas), ileostomía (heces líquidas) y urostomía (orina).

Una urostomía es necesaria cuando la vejiga no funciona con normalidad. Los 4 problemas más frecuentes que pueden requerir una urostomía son:

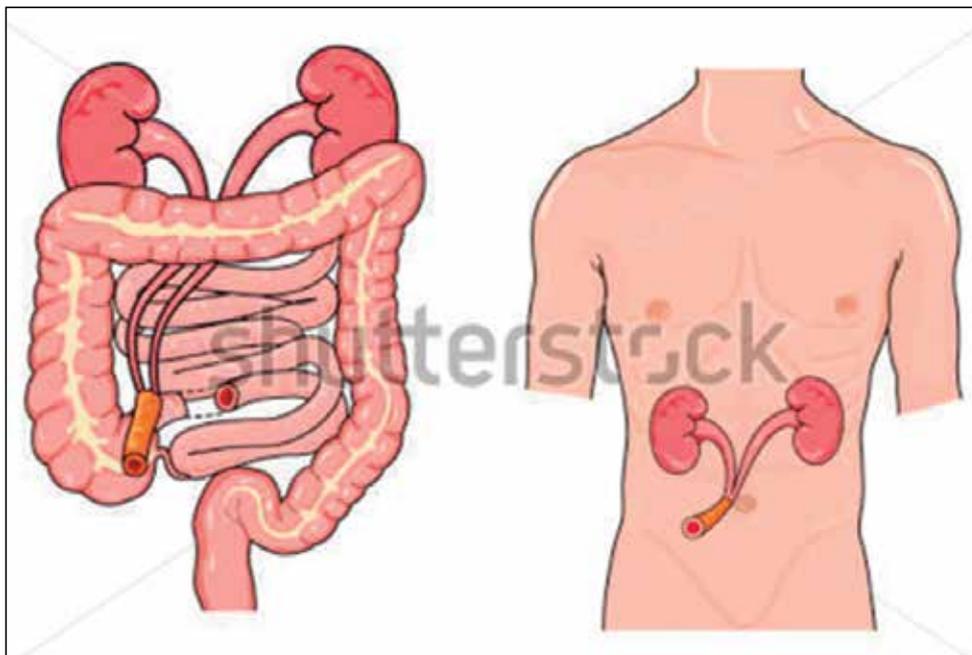
- Cáncer de vejiga.
- Vejiga neurógena o neurogénica (lesión en los nervios que controlan la vejiga).
- Defectos congénitos (nacimiento).
- Inflamación crónica de la vejiga.

El paciente urostomizado ha sido objeto de una intervención quirúrgica para obtener una salida de la orina al exterior, dando lugar a alteraciones biológicas (cambios higiénicos, dietéticos, pérdida de control del esfínter vesical), psicológicas (afectación de la propia imagen, autoestima) y sociales (dificultad de integración y reinserción).

1. Sistema urinario

El sistema urinario empieza en los riñones. Los riñones son 2 órganos en forma de judía o haba localizados justo encima de la cintura, hacia la espalda.

La orina, o desechos líquidos, circula desde los riñones por 2 tubos estrechos llamados uréteres, y se acumula en la vejiga urinaria. El flujo de orina es muy constante. El músculo esfínter permite que la vejiga acumule orina hasta que llegue el momento conveniente para que la persona orine.



Cuando una persona orina, relaja el músculo esfínter y la orina sale del cuerpo por la uretra.

2. El estoma y la urostomía

El estoma es la consecuencia quirúrgica de abocar al exterior una porción de vía urinaria (uréter) o intestino delgado (íleon)¹ para poder expulsar la orina, que por diferentes alteraciones, no puede ser eliminada por su orificio natural.

En la práctica nos referiremos al estoma como al segmento del intestino delgado o vía urinaria (uréter), de color rojo-rosáceo y aspecto húmedo, que observamos en el abdomen. Es muy importante entender que el tejido del estoma no es piel, sino mucosa, lo que vemos en el exterior es la parte interna suturada a la piel como nueva vía urinaria.

Por tanto, la urostomía es una derivación urinaria realizada mediante una abertura quirúrgica en la pared abdominal, denominada estoma que permite la salida de la orina al exterior. Cuando se efectúa, la orina deja de eliminarse por la uretra y se elimina a través del estoma. La persona carece del músculo esfínter y no puede controlar de forma voluntaria el momento de orinar, ha de llevar un dispositivo para acumular la orina.

3. Tipos de urostomías

■ Ureterostomía cutánea

a) Unilateral o en Y: el estoma se crea a partir del propio uréter (mucosa ureteral), es más

pequeño, de aspecto rosado y puede estar localizado en cualquier posición en el abdomen, normalmente a la derecha.

b) Bilateral: análoga a la unilateral pero se realizan 2 estomas, 1 por cada uréter.

Estos tipos de urostomías han sido las derivaciones más usadas en la historia por su simplicidad y por ser una cirugía poco agresiva. Sin embargo, hoy se suelen utilizar otras técnicas por la principal complicación que éstas presentan, la estenosis del estoma (estrechamiento del estoma).

■ Ureteroileostomía tipo Bricker

Es la más frecuente y consiste en la extirpación de una parte del intestino delgado (íleon) con el que el cirujano realizará un asa intestinal tubular donde ahora desembocarán los uréteres; esta asa intestinal tubular es utilizada para crear el estoma (mucosa intestinal).

Para la elección del dispositivo de urostomía hay que valorar las características individuales, anatómicas y quirúrgicas del paciente.

El aspecto del estoma es igual al de una ostomía digestiva (más rojo), estará localizado a la derecha del abdomen, (a la izquierda si es de colon) y el efluente es orina y moco intestinal, no heces.

4. Tipos de dispositivos y bolsas urinarias

Existen dispositivos diseñados especialmente para recoger la orina. Son bolsas que se colocarán alrededor del estoma mediante un adhesivo que protege la piel evitando que se produzcan irritaciones por las denominadas fugas.

Es posible que a través del estoma salgan 1 o 2 catéteres que se

irán cayendo solos o los retirará el urólogo pasadas unas semanas tras la cirugía. Su función es mantener la permeabilidad de la vía urinaria y evitar la estenosis que puede llegar a cerrar el estoma. Los catéteres se introducirán en la bolsa de urostomía, se manipularán con cuidado y se evitarán acodamientos.

En este apartado conoceremos los distintos tipos de bolsas que existen y sus indicaciones generales. La elección del dispositivo es una tarea más complicada de lo que podría parecer, puesto que hay que valorar las características individuales, anatómicas y quirúrgicas de la persona. Por ello es necesario el asesoramiento profesional de una enfermera con formación en ostomías.

Las bolsas empleadas para recoger la orina son abiertas, disponen de un sistema de vaciado por la parte inferior, en forma de grifo sencillo y seguro de abrir y cerrar, el objetivo es poder vaciar

la orina antes de que supere la mitad de la capacidad de la bolsa sin tener que cambiarla. Este grifo puede unirse a otra bolsa de orina de mayor capacidad (700-800ml, se acoplan a la pierna) o a otras más grandes de 2-5 litros para la noche. Poseen un sistema antirreflujo para evitar el retroceso de la orina y las posibles infecciones.

• Tipos de sistemas de bolsas:

a) 1 pieza: aquellas bolsas que se pegan directamente a la piel, llevan incluido el adhesivo. Cada vez que sea necesario cambiarlas, debemos despegar el adhesivo, lo que supone una

¹El intestino delgado es un tubo alargado y hueco, mide entre 7 y 9 metros de largo, plegado varias veces. Se divide en 3 partes: duodeno (la parte más cercana al estómago), yeyuno (la porción media) e íleon (el tramo final).

mayor agresión para la piel. No son aconsejables si hay que realizar muchos cambios de bolsa o la piel es delicada.

b) 2 piezas: consta de 2 partes. Una placa o disco que incluye el adhesivo, y la bolsa que se acopla al disco o placa por diferentes sistemas. Estos sistemas permiten cambiar la bolsa sin tener que despegar el adhesivo de la piel. Son aconsejables cuando se realizan más de 2 cambios de bolsas al día o en pieles dañadas. Es la utilizada habitualmente.

Es aconsejable utilizar bolsas transparentes tras la cirugía para vigilar el aspecto y las características de la orina, cuando todo se normalice se podrán emplear bolsas opacas y beneficiarse de su discreción.

En situaciones especiales, como la realización de deportes, relaciones sexuales, el baño en piscina o mar, etc., existen tamaños mini o pediátricos de bolsas de urostomías.

5. Cuidados de enfermería del paciente urostomizado ingresado

■ Objetivos:

- Establecer un protocolo que unifique los criterios de cuidados de enfermería.
- Mantener el estoma en condiciones de higiene y la piel periestomal limpia.
- Proporcionar a todos los pacientes y/o familiares la educación necesaria para que sean independientes en el autocuidado de su urostomía al alta hospitalaria.

■ Personal responsable

El personal responsable del manejo de este protocolo serán los

profesionales de enfermería de la unidad donde el paciente se encuentre hospitalizado.

■ Material

- Bolsa colectora de 2 piezas: placa o disco adhesivo, bolsa y aro de cierre o *clipper*. Con válvula de vaciado y sistema antirreflujo.
- Suero fisiológico.
- Gasas.
- Guantes.
- Jabón neutro.
- Empapador–cubrecamas.
- Tijeras.
- Bolsa de diuresis.

■ Procedimiento

1. Elegir el dispositivo que más se adapte al paciente.
2. Preparar el material y trasladarlo al lado del paciente.
3. Preservar la intimidad.
4. Informar al paciente y al familiar del procedimiento que se le va aplicar.
5. Colocar al paciente decúbito supino con el abdomen descubierto.
6. Proteger la cama con el cubrecamas.
7. Colocarse los guantes. No es necesario que sean estériles.
8. Retirada del dispositivo.
 - Retirada de todo el dispositivo: separar suavemente la piel del disco adhesivo, de arriba abajo, evitando tirones. Cuidado de no extraer los catéteres si los hubiera.
 - Retirada solo de la bolsa: se tira de la bolsa con una mano y con la otra se sujeta el disco para que no se separe la piel.
9. Limpieza del estoma y la piel circundante. En el postoperatorio inmediato (0-72h), mientras existen edemas y suturas, se puede utilizar suero fisiológico y gasas estériles. Posteriormente, utilizar esponja, con agua templada y jabón neutro.
10. Secar la piel cuidadosamente presionando con suavidad, no frotar. Si es posible, dejar la piel expuesta al aire durante unos minutos. Mientras se coloca el disco y para evitar que la orina moje la piel, se puede colocar una torunda de gasa en el orificio del estoma.
11. Observar atentamente el estoma y la piel periestomal en busca de signos de enrojecimiento, irritaciones, heridas o necrosis.
12. Si hay catéteres ureterales, hay que comprobar la permeabilidad de los mismos diariamente.
13. Medir el estoma con la plantilla para determinar el tamaño y forma exactos. Recortar el disco según la medida obtenida.
14. No dejar más de 2 o 3 mm de piel descubierta entre el estoma y el disco, ya que el adhesivo es el que actúa de barrera impidiendo que la orina irrite la piel periestomal.
15. A veces, la presencia de catéteres ureterales sujetos con sutura hace necesario adaptar la forma del disco a la situación.
16. Si existiera vello alrededor del estoma, recortarlo con tijeras, nunca rasurar.
17. Una vez preparada la piel y bien seca, retirar el film transparente que protege el adhesivo del disco y fijarlo de abajo hacia arriba, presionando suave pero firmemente.
18. Colocar la bolsa colectora. Si el paciente lleva catéteres, introducirlos cuidadosamente a través de los laterales de la bolsa, en la zona preparada para ello. Pediremos al paciente que “saque tripa” para facilitarnos la adaptación de la bolsa en el aro de enganche del disco adhesivo. A continuación se cierra el *clipper* presionando sus extremos hasta oír un clic.

19. Para asegurarnos que la bolsa haya quedado herméticamente cerrada tiraremos de ella con las 2 manos suavemente.

20. Durante la colocación de la bolsa, asegurarnos de que la válvula inferior de drenaje esté cerrada.

21. La bolsa se coloca hacia un lado y se conecta al sistema de drenaje mientras el paciente permanece encamado.

22. Si el paciente deambula, la bolsa se coloca hacia abajo, manteniendo la válvula inferior cerrada. El paciente la vacía en el inodoro cuando se llene 1/3 o 1/2. Durante la noche se conectará a una bolsa de mayor capacidad.

23. La bolsa se cambia a diario y el disco se deja durante 4 días. Si se producen fugas de orina, se cambiará el disco las veces que sea necesario.

24. Desde el primer cambio se procederá a la educación del paciente sobre sus cuidados, hasta conseguir su total autonomía antes del alta.

25. Avisar a la enfermera estomaterapeuta una vez que llegue el paciente portador de una urostomía a la unidad.

26. Al alta les proporcionaremos el material necesario para los cambios de bolsa en los primeros días que esté en su domicilio.

■ Problemas comunes

– Irritación de la piel periestomal, para disminuir su aparición:

a) No traumatizar la piel ni física (no frotar ni rasurar) ni químicamente (no dejar la piel desprotegida entre el disco y el estoma).

b) Si aparece irritación, utilizar cremas de barrera para curarlas.

c) Un sistema bien ajustado e incluso sellado con alguna pasta o resina moldeable donde



Los dispositivos de urostomía convexos deben ser utilizados siempre bajo estrecha vigilancia del profesional especializado.

el disco adhesivo pueda permanecer varios días pegado a la piel suele ser suficiente para curar la irritación.

– Retracción del estoma. Se utilizará un disco convexo para facilitar la adherencia.

– Obstrucción de los catéteres:

a) Comprobar la permeabilidad diariamente.

b) Si no sale orina se realizará un lavado suave con 1 cc de suero fisiológico y técnica estéril.

c) Comprobar de nuevo la permeabilidad.

– Problemas de adherencia:

a) En los casos en que la situación del estoma o la morfología de la piel dificulta la adherencia del dispositivo, se puede utilizar pasta o resina moldeables para modificar la superficie abdominal.

b) Si esto no es suficiente, habrá que buscar dispositivos más adecuados (discos convexos o cinturón de sujeción).

■ Registros

– En la hoja de cuidados de enfermería se especificarán los cambios de bolsa y de disco, al igual que las sesiones de educación para el cuidado del estoma.

– Se le entregará al paciente un informe de enfermería al alta, así como un teléfono para contactar con el profesional experto en estomatoterapia del hospital.

6. Complicaciones del estoma

■ Complicaciones iniciales

Suelen aparecer en el postoperatorio inmediato, pudiendo ser



La urostomía produce un impacto psicológico en el paciente, ya que altera factores que forman parte de su vida cotidiana como la seguridad, la autoimagen, las relaciones interpersonales y la vida sexual.

consecuencia directa de la intervención o bien de la adaptación de un dispositivo inadecuado.

– **Dermatitis periestomal.** Suele ser una complicación tardía pero también nos la podemos encontrar en el postoperatorio inmediato como consecuencia de una mala adaptación del dispositivo, por cambios demasiado frecuentes del adhesivo, aparición de alergia a una resina determinada, etc.

– **Edema.** Todo estoma muestra un edema agudo postoperatorio que suele remitir al cabo de 1 o 2 semanas, pero si se cronifica, puede llegar a interferir las funciones del estoma, lo cual daría lugar a una reintervención.

– **Necrosis.** Se identifica por el color negro parduzco de la mucosa.

Es necesaria la reintervención si la necrosis se extiende a capas profundas.

– **Hemorragia.** Cuando ocurre en las primeras horas del postoperatorio, generalmente es debida a la lesión de un vaso sanguíneo en la sutura del intestino o uréter a la pared abdominal.

■ **Complicaciones tardías**

Las complicaciones tardías en una urostomía ocurren después del alta hospitalaria, incluso después de varios meses o años.

– **Estenosis.** Es el estrechamiento de la boca del estoma, que puede llegar a cerrarlo por completo. Podemos evitarlo con dilataciones digitales, que la enfermera nos enseñará a realizar.

– **Retracción.** Se define como el hundimiento del estoma por debajo del nivel de la piel. La retracción suele ir acompañada de una gran irritación de la piel periestomal. Como ya sabemos, en las primeras semanas tras la cirugía, el estoma va a reducirse de tamaño, pero esto no significa que se hunda o invagine.

La aparición de esta complicación supondrá un problema de fugas e irritaciones, si no utilizamos los dispositivos convexos. Estos se adaptan mejor a la situación, pero requieren de un seguimiento por parte del personal especializado. Suele recomendarse la utilización conjunta del cinturón y la convexidad para favorecer la adaptación del dispositivo a la piel. Nunca utilizar un dispositivo convexo por nuestra cuenta, por los problemas que pueden surgir. Los dispositivos convexos deben ser utilizados siempre bajo estrecha vigilancia del profesional especializado. Un estoma puede hundirse o aplanarse por muy diferentes razones, algunas de ellas propias de la persona, pero siempre podemos intentar prevenirlo controlando el aumento de peso.

– **Hernia.** Es una complicación muy frecuente que consiste en un fallo de la pared abdominal que hace que abulte tanto la ostomía como la piel de alrededor. Su tamaño puede variar de muy pequeñas a muy grandes. Esta es una complicación inevitable, para prevenirlas, es aconsejable no forzar los músculos del abdomen al coger pesos, toser fuerte, etc.

– **Granulomas.** Aparición o crecimiento de pequeñas masas carnosas alrededor del estoma.

– **Prolapso.** Consiste en la exteriorización del intestino a través

del estoma. Aunque son muy llamativos (pueden alcanzar 10 cm o más), no suelen ser un problema grave. Se debe acudir al especialista que hará una reducción manual del prolapso. Si crea incomodidad y abulta bajo la ropa se tendrá que adaptar el tamaño de la bolsa (capacidad) a la longitud del prolapso y vigilar la posible aparición de úlceras por el roce con el plástico.

7. Dieta

- En los días posteriores a la cirugía, el paciente habrá pasado por diferentes etapas: sueros hasta la recuperación del movimiento intestinal, momento en el que se prueba tolerancia con agua, manzanilla o caldo. De ser así, se aumentará la dieta de forma progresiva.
- Lo más habitual es que al alta hospitalaria la dieta sea suave y de fácil digestión, todo dependerá de los días de ingreso y de las complicaciones que se hayan producido.
- Cuando el paciente esté en su domicilio, se irán añadiendo a su dieta alimentos de forma progresiva. Es normal que inmediatamente después de la cirugía, esté alterado el ritmo intestinal y la digestión de los alimentos, pero poco a poco se recuperará con normalidad.

Consejos dietéticos

Como norma general, a las personas urostomizadas se les sugiere una dieta donde se recomienda:

- Aumentar la ingesta de líquidos a 2-3 l al día para mantener la orina diluida.
- Incluir en la dieta frutas que aporten vitamina C como cítricos o kiwis y verduras.
- Evitar los olores de la orina. Los espárragos, cebollas, ajos, pescados y mariscos producen un olor en la orina más fuerte y desagradable de lo habitual.
- Observar cualquier cambio en el color o aspecto de la orina que deberá ser consultado. Algunos alimentos y medicamentos pueden colorear la orina.
- Seguir una dieta equilibrada para evitar el exceso de peso, que puede provocar retracción en el estoma y favorecer la aparición de fugas.

8. Aspectos psicológicos

Estas intervenciones pueden devolver la salud física, pero provocan numerosos problemas que producen en el paciente un impacto físico y psicológico, pues alteran un conjunto de factores que forman parte importante de la vida cotidiana como la seguridad, la autoimagen, las relaciones interpersonales y la vida sexual.

■ Complicaciones:

- a) Pérdida de la propia autoestima como individuo íntegro, no aceptándose como persona capaz de mantener una relación normal.
- b) Pérdida de la propia aceptación del cuerpo.
- c) Pérdida de la seguridad en sí mismo al no sentirse capaz de realizar actividades físicas.

■ Soluciones:

- a) Explicar al paciente/familia antes de la intervención lo que se le va a realizar, y darle tiempo para que pregunte todas sus dudas e inquietudes.
- b) Conseguir antes del alta hospitalaria que el paciente no rechace esa parte de su cuerpo, que tome conciencia de ella, no aprendiendo solo a cambiarse de dispositivo sino a ser capaz de mirar y tocar su estoma con naturalidad, tanto él como el familiar más cercano.
- c) Si el paciente urostomizado no se ha concienciado aún de su situación puede entrar en una ansiedad depresiva. El objetivo del equipo de enfermería será conseguir que el paciente mantenga su autoestima aceptando su estado. La rapidez dependerá de la información y preparación recibida (educar al paciente desde el preoperatorio). ●

Bibliografía recomendada

Del Campo Alepuz G, Pérez Moltó C, Guevara Vera E, Villalta Mompeán MJ. Cuidados de Enfermería en Pacientes Ostomizados. Trabajo realizado en la asignatura Cuidados I Crónicos, de la Diplomatura Universitaria de Enfermería. Curso 2011.

Martínez Morales M. Cuidados del Paciente Ostomizado. Boletín Oncológico del área sanitaria de Teruel. 2011.

Carballo Chinarro AI. Guía Rápida de Urostomía. Fundación *Te Cuidamos*. 2008. Disponible en: <http://www.tecuidamos.org/pdf/Guia-rapida-URO.pdf>

García Villanueva N, Ribera Reboloso J, Picazo Abad J, Villada Munera A. Protocolo de Cuidados de Enfermería en Pacientes Urostomizados. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete y SESCAM. Disponible en: <http://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/cadc5568310547b9cf68eda3bec9d782.pdf>

Manual sobre derivaciones urinarias. Madrid: Coloplast; 2001. p. 1-63.

► Exposición

Casos de estudio. Grete Stern

- **Lugar:** Instituto Valenciano de Arte Moderno (IVAM)
- **Fecha:** Hasta el 3 de abril de 2016
- **Horario:** De martes a domingo, de 11 a 19:30 h.
- **Precio:** General, 2 €; grupos (previa cita), 1,50 €; reducida, 1 € (carnet joven, estudiantes); gratuito: domingo, jubilados, y discapacitados.

Los casos de estudio son proyectos que vinculan el marco expositivo con la investigación, la documentación y el análisis de la obra de un artista. En esta ocasión, el IVAM nos permite hacer esta aproximación al trabajo de la fotógrafa e ilustradora Grete Stern.

La muestra que nos presenta el IVAM recoge su serie *Sueños*, en la que, a través de toques surrealistas, la autora ofrece una visión vanguardista y onírica de los problemas de la mujer, siendo duramente crítica con el concepto de mujer sumisa.

Este proyecto, que nació como un trabajo de encargo, terminó convirtiéndose en el ideario de Stern, que le permitió conjugar su pensamiento y sus inquietudes sociales con la fotografía como medio de expresión de sus problemas, aspiraciones y controversias.

Casos de Estudio. Grete Stern permitirá al visitante apreciar la riqueza de su obra, en la que los sueños tendrán gran protagonismo, al sintetizar perfectamente los planteamientos artísticos y personales de esta artista.



► Teatro

El Mercader de Venecia

- **Reperto:** Arturo Querejeta, Franchesco Carril e Isabel Rodes.
- **Autor:** William Shakespeare. Versión de Yolanda Pallín.
- **Director:** Eduardo Vasco
- **Representación:** 18 de marzo de 2016 (20:30 h)
- **Lugar:** Teatro Bretón de los Herreros (Logroño)
- **Precio:** De 8 a 20 € (venta anticipada en Generaltickets -www.generaltickets.com- y entidades asociadas).

Siempre es un buen momento para conocer -o redescubrir- las obras clásicas. Con esta apuesta, las tablas del Teatro Bretón de los Herreros de Logroño se trasladan a Venecia -que bien podría ser cualquier ciudad del mundo- para invitarnos a disfrutar de una de las obras más representadas de Shakespeare, *El mercader de Venecia*.

Esta nueva adaptación, de Yolanda Pallín y dirigida por Eduardo Vasco, mantiene intactos los temas, completamente atemporales, que ya abordó en 1600 su autor: el abuso de poder, las diferencias entre la ley y la justicia, el valor de las buenas acciones en un mundo eminentemente cruel, la clemencia y la compasión cuando se alían con la inteligencia, y la naturaleza humana, trágica y risible a un tiempo.

La riqueza argumental de esta obra y la grandeza de sus personajes se asientan sobre una trama principal -la historia de amor entre Bassanio y Porcia-, alrededor de la que circulan las idas y venidas del usurero judío Shylock, por un lado, y la historia amorosa de Jessica y Lorenzo, por otro. Todo ello acompañado, en este nuevo montaje, por la música en



directo, que actúa como un personaje más. Este nuevo montaje de la compañía Noviembre Teatro, se suma a las anteriores adaptaciones que ya hicieran de algunas de las obras más conocidas del dramaturgo inglés -*Hamlet* (2004), *Noche de reyes* (2012) y *Otelo* (2013)-.

► Lectura

Sheila Levine está muerta y vive en Nueva York

- **Autor:** Gail Parent
- **Editorial:** Libros del Asteroide
- **Precio:** 19,95 €

En 1971, la guionista de cine y televisión Gail Parent publicó su primer y único libro, *Sheila Levine está muerta y vive en Nueva York*. Ya entonces, la crítica no tardó en calificarla como la alternativa femenina a las primeras comedias de Woody Allen o al *Alexander Portnoy* de Philip Roth; y hoy continúa siendo considerada la nota de suicidio más divertida que se haya escrito nunca.

Alisarse el pelo, conseguir un trabajo creativo o casarse son algunos de los objetivos que Sheila Levine, hija de padres judíos, escribe en su "plan de vida" tras graduarse en la universidad. Aparentemente factible, su plan de vida se verá,



una y otra vez, torpedeado por la imposibilidad de cumplir una de estas metas: encontrar marido. Ésta, su tarea más ambiciosa, es también la menos

fructífera, llevándola a tomar la drástica decisión de suicidarse.

Pero antes, por supuesto, debe dejar todo bien atado y explicar los motivos que la mueven a hacerlo en una larga carta en la que el estilo mordaz, irónico e, incluso, ácido, de la narración harán que el lector no pueda dejarla de lado.

► Cine

La Modista

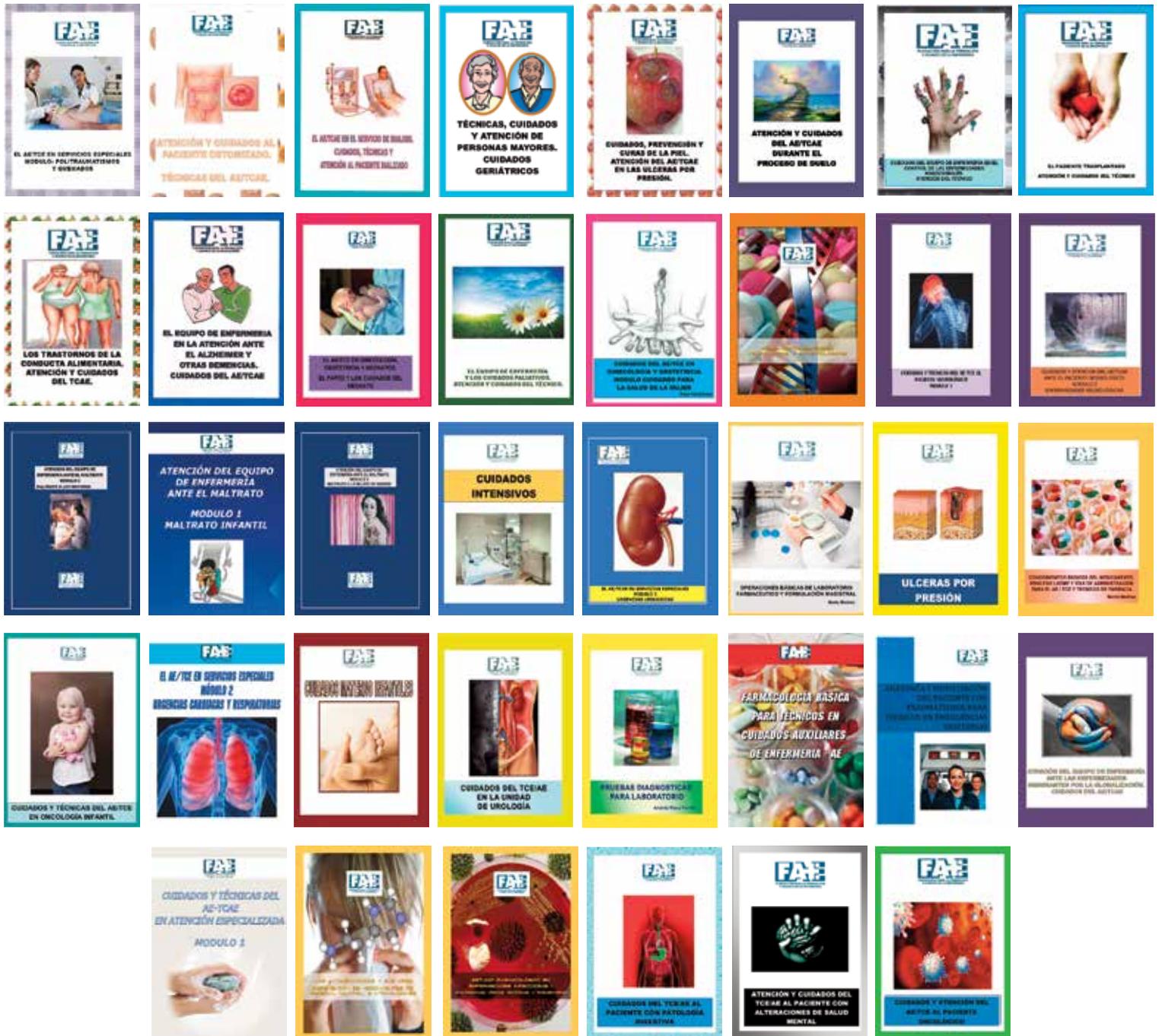
- **Director:** Jocelyn Moorhouse
- **Género:** Comedia dramática
- **Nacionalidad:** Australia
- **Estreno:** 4 de marzo de 2016
- **Reperto:** Kate Winslet, Liam Hemsworth, Hugo Weaving, Sarah Snook, Judy Davis, Hayley Magnus, Caroline Goodall, Kerry Fox, Rebecca Gibney, Shane Jacobson, James Mackay, Barry Otto, Julia Blake, Sacha Horler, Shane Bourne.

Si siguiendo los pasos que ya diera en el *best seller* de Rosalie Ham, *The Dressmaker* (2000), Tilly Dunnage regresa a su casa en Dungatar, una pequeña localidad de Australia, a primeros de los años 50, tras haber estado varios años trabajando en las exclusivas casas de moda de París.



Este retorno a sus orígenes, no sólo permitirán a esta hermosa modista corregir sus errores del pasado, como la estropeada relación que existe con su excéntrica madre, sino también enamorarse y transformar a las mujeres del pueblo con su máquina de coser y su excepcional estilo. Un cambio que no dejará indiferente a nadie. ●

LÍNEA EDITORIAL DE FAE



*PRECIO DE CADA EJEMPLAR

Afiliados 15 € / No afiliados: 20 €

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

*GASTOS DE ENVÍO GRATIS, excepto a Canarias, Ceuta y Melilla, que serán de 15 euros y correrán por cuenta del afiliado /no afiliado

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

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

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

TÉCNICAS Y CUIDADOS DEL TCE ANTE EL MALTRATO

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

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

*GASTOS DE ENVÍO GRATIS, excepto a Canarias, Ceuta y Melilla, que son de 15 € y correrán por cuenta del afiliado /no afiliado



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



XXVII CONGRESO NACIONAL DE TÉCNICOS EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y TÉCNICOS EN EMERGENCIAS SANITARIAS

TOLEDO 8, 9 Y 10 DE JUNIO 2016

Hotel Beatriz. Toledo Auditorium

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

FAE
FUNDACIÓN PARA LA FORMACIÓN
Y AVANCE DE LA ENFERMERÍA



SAE
Sindicato de Técnicos de Enfermería