



ISSN: 1136-8985

Revista para el Técnico en Cuidados de Enfermería

Número 82/2017

www.nosocomio.org

Certamen FAE

Gastroenteritis aguda en
planta de lactantes por
rotavirus

Separata

Conductas adictivas
en la Unidad de Transición
Hospitalaria (UTH)

Entrevista

El afectado por **ELA** necesita
una atención adecuada a sus
necesidades

Actividad Formativa

**Eritemas del pañal y
dermatitis relacionadas**

XXVIII Congreso Nacional
Bioética

El Sindicato que necesitan los Técnicos

LA AFILIACIÓN INCLUYE

Asesoramiento jurídico laboral.

Información puntual a través del portal del afiliado, SAE INFORMATIVO, envío de e mails y otras alternativas.

Seguro de responsabilidad civil de 120.202,41 euros.

Curso acreditado al año.

Jornadas formativas autonómicas y provinciales gratuitas.

Programa de **descuentos** en establecimientos colaboradores y plataformas de ocio.

Revista **NOSOCOMIO.**

Precios especiales en las actividades de FAE.

CUOTA DE AFILIACIÓN

7,50 €/ mes
y se puede hacer efectiva mediante domiciliación bancaria o con descuento mensual en nómina. El importe total de la misma desgrava en la declaración de la renta

NOSOCOMIO

REVISTA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Dos actividades acreditadas al año con la comodidad de la formación online y la garantía de la Comisión de Formación Continuada.

Única publicación específica para la **difusión de los trabajos de investigación elaborados por los TCE.**

Noticias, avances médicos y reportajes de interés socio sanitario.



FORMACIÓN A TU ALCANCE Y A TU MEDIDA

Amplio **programa formativo tanto presencial como a distancia** dirigido especialmente a los TCE y Técnicos Sanitarios de Grado Medio.

Congresos científicos anuales en los que colaboran prestigiosos expertos y en los que los TCE/TSGM participan activamente con la exposición de ponencias relacionadas con el tema central de la convocatoria.

Línea editorial específica de publicación de libros destinados a TCE/TSGM.

Premio de Investigación FAE de reconocimiento a la labor investigadora que desarrollan los TCE/TSGM.

Editorial

Tienes entre tus manos el número 82 de la revista NOSOCOMIO; un número que guarda especial relevancia para todos los que trabajamos en la publicación pues con él inauguramos una nueva etapa en la vida de esta cabecera.

Como comprobarás a lo largo de sus páginas, la principal novedad se encuentra en su imagen, ahora más fresca y más ágil en su lectura, manteniendo una continuidad en los contenidos, entre los que destacan los trabajos de investigación elaborados por los profesionales, novedosos reportajes de carácter sanitario y científico y una renovada actividad formativa gratuita para los afiliados a SAE.

En este sentido, una de las innovaciones más importantes se encuentra en el acceso para realizar la actividad formativa que, a partir de este número, se llevará a cabo a través de www.fundacionfae.org, tal y como te explicamos en páginas interiores. Asimismo, el espíritu de esta sección es convertirse en un archivo formativo para el afiliado, quien tendrá la oportunidad de rescatar estas páginas de la revista y conservarlas, además de guardar el curso realizado en su perfil de la web de FAE, donde cuenta con un histórico de todas las actividades formativas que ha realizado con la fundación.

Nuestro objetivo es siempre mejorar y adaptarnos a las necesidades que demandan los profesionales fruto de las transformaciones que se producen tanto en el ámbito social como sanitario, por ello hemos llevado a cabo estos pequeños cambios, que facilitarán al afiliado el acceso a su formación a través de una única herramienta, la página de la Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería.

Si quieres continuar creciendo en tu profesión es fundamental que te adaptes a los avances que ésta experimenta y la mejor forma de hacerlo es a través de la adquisición y actualización de conocimientos. Por ello te invitamos a visitar www.fundacionfae.org y elegir, entre la amplia variedad de posibilidades formativas que ofrece, la que mejor se adapte a tus necesidades.

Noticias del mundo médico

Dogspital para que los perros visiten a sus dueños hospitalizados

4

Certamen FAE

Gastroenteritis aguda en planta de lactantes por rotavirus

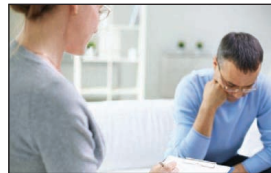
5



Separata

Conductas adictivas en la Unidad de Transición Hospitalaria (UTH)

9



Reportaje

El silencio mejora nuestra salud y nuestro bienestar

13



Actividad Formativa

Eritemas del pañal y dermatitis relacionadas

17



Entrevista

El afectado por ELA necesita una atención adecuada a sus necesidades

25



XXVIII Congreso Nacional

Los principios bioéticos deben ser una herramienta de trabajo

32

Ocio

38



CONSEJO EDITORIAL DE NOSOCOMIO

DIRECTORA: M^a Dolores Martínez Márquez

REDACCIÓN: Montse García García y Cristina Botello Martín

COMITÉ CIENTÍFICO: Iván Flores García, Jennifer Risco López y Jorge Santurio Sánchez

ADMINISTRACIÓN: Isabel Galán Villa

EDITA: FAE (Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería)

C/ Tomás López, nº3- 1º izq. 28009 Madrid

Tfno.: 91 521 52 24 / 95. Fax: 91 521 53 83. E-mail: administracion@fundacionfae.org

Copyright: Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería

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. FAE, a los efectos previstos en el artículo 32.1 párrafo segundo del vigente TRLPI, se opone de forma expresa al uso parcial o total de las páginas de NOSOCOMIO con el propósito de elaborar resúmenes de prensa con fines comerciales.

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

REDACCIÓN, ADMINISTRACIÓN Y SERVICIOS: C/ Tomás López, 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.

Dogspital para que los perros visiten a sus dueños hospitalizados

Los pacientes ingresados en el Hospital Can Misses, de Ibiza, pueden ya recibir la visita de sus perros gracias a la iniciativa del Área de Salud de Ibiza y Formentera que ha creado el espacio *Dogspital* enmarcado en la estrategia de humanización de la Unidad de Seguridad al Paciente.

Una vez que un enfermo solicita la visita de su can, se pone en marcha un protocolo que tiene en cuenta el estado médico y posibilidades de visita del paciente y la valoración del comportamiento del animal.

Asimismo, una vez que el paciente cuenta con la aprobación del médico, respecto al animal se deben acreditar las medidas de higiene y desparasitación y asimismo que esté vacunado de la rabia y la vacuna hexavalente. Para ello hay dos posibilidades, acudir a su veterinario habitual o a una de las 10 clínicas veterinarias que se han adherido al proyecto de manera altruista y que no cobrarán nada por la revisión, sólo tendrá que pagar el coste de los medicamentos utilizados.

Tras la consulta veterinaria, los monitores y educadores caninos visitarán al perro en su entorno y, posteriormente, acompañarán al animal al hospital para que se habitúe a un espacio nuevo y extraño para él.

Noticias



Cada una de estas fases deberán quedar acreditadas con la firma y fecha correspondiente en un pasaporte canino que será el documento que certificará que el perro está en condiciones de encontrarse con su dueño dentro del hospital.

Es un proyecto sin coste para el centro, que ha contado con la colaboración de veterinarios, clínicas y

educadores caninos. Situado en una sala en la entrada principal, el Dogspital cuenta con dos camas para los animales, dos butacas para los pacientes y familiares y también cuencos de comida y juguetes.

León, un yorkshire de 7 años, ha sido el primer perro en acudir a visitar a su dueño, un paciente ingresado desde hace un mes en el Servicio de Traumatología, tan sólo una semana después de la presentación oficial del Dogspital.

Distintos hospitales han ido adaptando esta iniciativa dentro de su Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria permitiendo que los perros visiten a sus dueños. En el Hospital Universitario Rey Juan Carlos de Móstoles (Madrid) serán los pacientes ingresados en el Servicio de Pediatría los que podrán recibir la visita de sus canes durante una hora semanal, siempre y cuando se cumplan los requisitos establecidos.

En definitiva, se trata de medidas que persiguen mejorar el estado anímico y general de los pacientes



Gastroenteritis aguda en planta de lactantes por rotavirus

Accésit del XIX Certamen de Investigación de FAE

Autores:

Concepción Garrúes Iñiguez, TCE de Pediatría. Oncológica (CHN)
 Lourdes Erice Aristu, TCE de Quirófano Materno Infantil (CHN)
 Andrea Narváez Giménez, DUE UCI Hospital de Navarra (CHN)

La gastroenteritis aguda por rotavirus (GEAR) es la causa principal de ingreso por gastroenteritis aguda (GEA) en lactantes menores de 24 meses, concentrándose el mayor número de casos entre los 3-12 meses de edad. La GEA tiene un carácter epidémico, siendo más frecuente en las épocas de invierno durante la llamada estación rotavírica, que comprende de octubre a abril. Las unidades de lactantes, donde el sistema de ingresos es por Boxes y sin habitaciones individuales, hace que en ciertas épocas con muchos ingresos de lactantes exista gran posibilidad de que se manifieste la GEAR nosocomial. Los rotavirus constituyen el principal agente de diarrea nosocomial en la infancia, con una incidencia de entre el 2 y el 7% de niños hospitalizados. Entre el 20 y el 50% de los episodios de GEA por rotavirus son de origen nosocomial.

Objetivos

El objetivo de este trabajo es calcular la incidencia de GEAR nosocomial en una unidad de lactantes durante un periodo de 5 años e insistir en las medidas generales de prevención e higiene de las enfermedades trasmisibles.

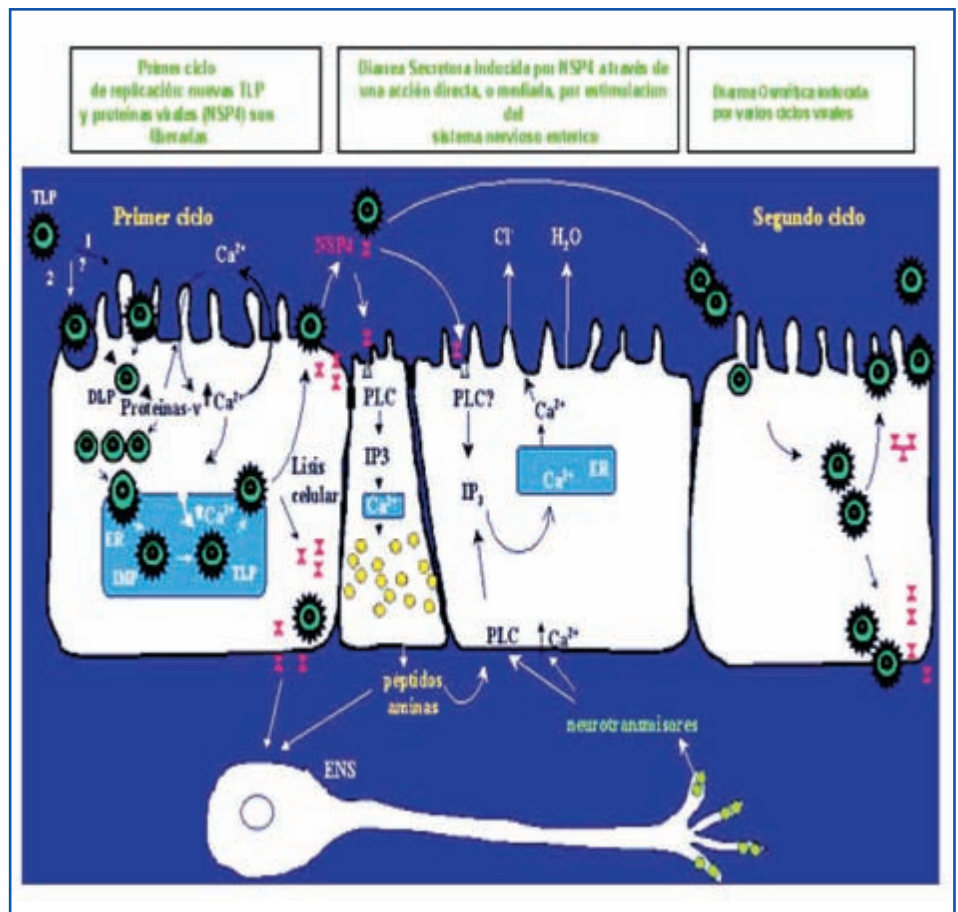
El rotavirus es un virus que causa diarrea a niños menores de 5 años y en especial a niños menores del año.

Por lo general, para la edad de 5 años, la gran mayoría de niños ha sido infectado por rotavirus al menos una vez.

Su transmisión es oral fecal.

Métodos

Analizaremos los ingresos totales y por GEA en una Unidad de Lactantes (niños menores de 18 meses) durante un periodo de 5 años y calcularemos el porcentaje de GEAR nosocomial. Las medidas de aislamiento aplicadas en todos los casos de GEAR son las habituales de las enfermedades infeccio-



Certamen



sas transmisibles, el lavado de manos (muy importante) y aislamiento cuando se conoce la etiología. Se considera GEAR nosocomial, pacientes ingresados por otro motivo que desarrollan infecciones por rotavirus a partir de las 48 h. de ingreso.

Hoy en día muchos pediatras optan por aconsejar la vacuna contra el rotavirus para prevenir complicaciones en bebés, sobre todo si ese niño tiene otras patologías añadidas que pudieran complicar aún más su salud.

Existen dos clases de vacuna: Una monovalente y otra pentavalente.

Eficacia

Protege contra cualquier forma de gastroenteritis serotipo en un 73 a 98%. Proporciona protección contra nuevas infecciones por rotavirus evitando enfermedades graves con deshidratación y muerte del bebé.

Esta vacuna se administra de forma oral.

Dosis:

- ▶ 1ª dosis a los 2 meses
- ▶ 2ª dosis a los 4 meses
- ▶ 3ª dosis a los 6 meses

NIÑOS A LOS QUE NO SE DEBERÍA ADMINISTRAR LA VACUNA

- ▶ Bebés con inmunodeficiencia combinada grave.
- ▶ Bebés que hayan tenido una reacción alérgica severa.
- ▶ Bebés que hayan sufrido de bloqueo/obstrucción de heces llamado intususcepción.
- ▶ Y bebés con alguna clase de enfermedad severa o que estén moderadamente enfermos.

Resultados

Durante los 5 años analizados, estuvieron ingresados en la Unidad de Lactantes 4.049 niños, de los que 430

tenían como diagnóstico GEA por rotavirus (GEAR) y 3.619 otras patologías. De estos últimos, 40 (1,1%) desarrollaron una GEA por rotavirus nosocomial. Durante este periodo de tiempo el total de niños ingresados por GEAR fue de 202 de los cuales 40 (20%) fueron de origen nosocomial. El porcentaje de las GEAR nosocomiales sobre el total ha variado a lo largo de los años entre 5 y 45%. La GEAR nosocomial ha sido más frecuente en lactantes menores de 6 meses, y los principales factores de

riaciones anuales. Los picos de mayor incidencia de GEA nosocomial por rotavirus se relacionan con la infección por virus sincitial respiratorio (VRS) y GEA por rotavirus de origen comunitario. La GEA nosocomial por rotavirus afecta en mayor porcentaje a menores de 6 meses.

Las cifras que se dan en nuestra Unidad son más bajas que las descritas en otras series, posiblemente debido a la política de altas precoces que se practica en nuestra Unidad de Lactantes.



riesgo han sido: coincidencia en el tiempo con epidemia Bronquiolititis por Virus Sincitial respiratorio, ingresos prolongados y sobre ocupación de boxes, sobre todo si alguno de esos ingresos es por GEAR comunitaria.

Conclusiones

La GEAR nosocomial está asociada a la GEAR comunitaria y presenta va-

Es necesario insistir en la importancia del lavado de manos en los casos de GEA, en las temporadas rota víricas, y en el lavado cuidadoso de todo el material que haya podido entrar en contacto con el lactante con GEAR. Aún así, el Rotavirus es un virus muy ubicuo y resistente y probablemente poco sensible a medidas higiénicas generales, que exige un cuidado especial.



Nosocomio. La revista del Técnico en Cuidados de Enfermería. Información para los autores.

Normas de publicación

Nosocomio considerará para su publicación en su sección Separata aquellos trabajos relacionados directamente con la enfermería y con la investigación en cuidados de salud y cuyos autores sean Técnicos en Cuidados de Enfermería.

- Todos los textos recibidos para su publicación serán sometidos a revisión por el Comité Científico de la Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería (FAE), que determinará su aceptación o no en función de criterios objetivables de evaluación de la pertinencia y calidad.
- Todos los trabajos aceptados quedan como propiedad permanente de FAE y no podrán ser reproducidos, en parte o totalmente, sin permiso de ésta. No se aceptarán trabajos publicados o presentados anterior o simultáneamente en otra revista, circunstancia que el autor deberá declarar expresamente en la carta de presentación que acompañará al artículo.
- En general, la extensión máxima de los manuscritos no deberá superar las 4.500 palabras (incluyendo en el recuento el texto, resúmenes en español, bibliografía, anexos, tablas, gráficos y, en general, todas las partes del artículo).
- Se admite un máximo de cuatro ilustraciones por artículo y un máximo de cuatro firmantes.

No obstante, para una información más amplia sobre presentación y estilo de redacción, los autores pueden consultar los "Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados a revistas biomédicas" (normas de Vancouver).

Presentación de los trabajos

El procesador de texto utilizado será el procesador Microsoft Word, teniendo en cuenta los siguientes parámetros:

- ▶ Tipo de letra Times New Roman a tamaño de 12 puntos con un interlineado de 1,5.
- ▶ Evitar el uso de mayúsculas en el título y encabezados de párrafo, que serán destacados en negrita.
- ▶ Evitar la utilización de negritas, subrayados o mayúsculas para resaltar el texto. Utilice preferiblemente entrecorchetos y cursivas, pero no simultáneamente (salvo para pasajes textuales de informantes en estudios cualitativos).
- ▶ Las páginas irán numeradas correlativamente en el ángulo superior derecho.

En la primera página del artículo se indicarán, en el orden que aquí se cita, los siguientes datos:

- ▶ Título del artículo: Debe describir el contenido sustancial del trabajo mediante frases enunciativas. Debe ser claro, conciso y correcto.
- ▶ Nombre y apellidos de los autores (recomendamos la no utilización de abreviaturas ni contracciones).
- ▶ Nombre completo del centro de trabajo.
- ▶ Dirección de correo electrónico para correspondencia.

En la segunda página se incluirá: el título del artículo y un resumen de no más de 150 palabras, preferiblemente estructurado (justificación, objetivo, diseño, metodología, resultados principales y conclusión).

En las siguientes páginas se incluirá: el texto del artículo, dividiendo claramente los apartados del mismo, así como cuatro / cinco palabras clave que identifiquen el contenido del artículo.

Referencias bibliográficas:

Se presentarán según el orden de aparición en el texto con la correspondiente numeración correlativa. En el artículo constará siempre la numeración de la cita en número volado, vaya o no acompañada del nombre de los autores; cuando se mencionen estos en el texto, si se trata de un trabajo realizado por dos, se mencionarán ambos, y si se trata de varios se citará el primero seguido de la expresión "et al".

Ilustraciones

- ▶ **Fotografías.** Han de aportarse en archivo electrónico en formato JPG, TIF o GIF y alta resolución, indicando en archivo adjunto los pies de fotografías que han de incluirse.
- ▶ **Gráficos y tablas.** Se compondrán mediante aplicación informática y se adjuntarán en archivo aparte. Deben ir numerados, con su enunciado (título) correspondiente, y las siglas y abreviaturas se acompañarán siempre de una nota explicativa al pie.

Envío de manuscritos

Los trabajos se remitirán por correo electrónico a divulgacion@fundacionfae.org indicando en el asunto SEPARATA NOSOCOMIO.

Debe acompañar una carta de presentación en la que, además de solicitar la valoración del trabajo, los firmantes declaran:

- ▶ Que es un trabajo original.
- ▶ Que no ha sido previamente publicado en otro medio.
- ▶ Que no ha sido remitido simultáneamente a otra publicación.
- ▶ Que todos los autores han contribuido intelectualmente en su elaboración y por tanto son autores materiales del mismo.
- ▶ Que todos los autores principales son Técnicos en Cuidados de Enfermería.
- ▶ Que todos los autores han leído y aprobado la versión final del manuscrito remitido, y por tanto no hay ninguna razón para introducir cambios en los mismos una vez iniciado el proceso de evaluación.
- ▶ Que no existen conflictos de intereses en la gestación y elaboración del texto.
- ▶ Que, en caso de ser publicado el artículo, transfieren todos los derechos de autor al editor, sin cuyo permiso expreso no podrá reproducirse ninguno de los materiales publicados en la revista.

Esta carta deberá ir firmada por todos los autores.

Aceptación de las normas

- El envío de un trabajo a la revista implica la aceptación de las presentes normas de publicación y de la decisión final acerca de la aceptación o rechazo para su publicación.
- A cada autor se le enviará un certificado de autoría y dos ejemplares de la revista donde haya sido publicado su artículo.

Conductas adictivas en la Unidad de Transición Hospitalaria (UTH)

María del Carmen Gómez Núñez, TCE en la Unidad de Transición Hospitalaria,
Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario 12 de Octubre.

Según la OMS, el término "salud" comprende tanto el bienestar físico como el mental sin olvidar el social. Estos aspectos se ven deteriorados ante una adicción y explica la creación del grupo de adicciones en la Unidad de Transición Hospitalaria (UTH), que es el paso intermedio entre el ingreso y la deshabituación total de la ingesta de sustancias adictivas. En esta unidad se ayuda a los pacientes con la desintoxicación y se les enseñan técnicas que les sirvan de herramientas para poder llevar una vida sin adicciones.

El equipo multidisciplinar de la unidad tiene muy claro que para poder dar una asistencia adecuada a las personas que padecen esta enfermedad hay que tener una comunicación continua, de manera que los profesionales se reúnen diariamente para comentar toda clase de información y detalles (feedback) sobre los pacientes. De esta manera no hay contradicciones en los tratamientos y todos siguen las mismas directrices para que el paciente se sienta lo más cómodo posible.

Palabras clave:

UTH
sustancias adictivas
desintoxicación
abstinencia



La necesidad de tener unos conceptos básicos se hace imprescindible para el buen diagnóstico de una adicción y así poder ayudar a las personas que necesiten nuestra ayuda; si los profesionales de sanidad no tenemos los conceptos claros, no vamos a poder desarrollar nuestra ac-

tividad en toda su extensión. Por lo tanto, es imprescindible tener un buen manejo de los conceptos y el vocabulario técnico.

■ **Droga:** sustancia que al ser introducida en el cuerpo puede cambiar el comportamiento o la conducta del individuo.

■ **Adicción:** enfermedad producida por el uso de las drogas que le llevan al sujeto a su uso continuado a pesar de las consecuencias negativas.

■ **Tolerancia:** necesidad de aumento de la dosis para obtener los mismos efectos que con dosis inferiores.

■ **Dependencia:** el individuo tiene la necesidad de ingerir o introducir una sustancia (droga) en el organismo para evitar los síntomas de abstinencia.

■ **Síndrome de abstinencia:** sintomatología producida por la interrupción brusca de una sustancia (droga), a la que el organismo está habituado.

Introducción

“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente de la ausencia de afecciones o enfermedades.” La cita procede del preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, y que entró en vigor el 7 de abril de 1948. Esta definición no ha sido modificada desde 1948.

Teniendo en cuenta la cita anterior, y sobre todo en lo que se refiere al bienestar mental y social, la UTH, integrada en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario 12 de Octubre, pretende mantener la continuidad de cuidados de un heterogéneo grupo de pacientes. Ésta es la unidad que permite que, los pacientes que están ingresados en la planta de Psiquiatría, en el Servicio de Urgencias o en otros servicios del hospital puedan continuar el tratamiento de desintoxicación, iniciar la deshabituación y reincorporarse a la actividad que estaban realizando antes del ingreso. En la UTH se atiende también de forma ambulatoria a pacientes que son derivados por las distintas especialidades mé-



dico-quirúrgicas. Resumiendo, la UTH permite hacer la transición entre el régimen de hospitalización y los cuidados ambulatorios.

Esta Unidad integra actividades clínicas y las del Laboratorio de Psicofisiología Clínica, siendo el primer laboratorio de estas características ubicado en un hospital público. El equipo de la UTH del Hospital U. 12 de Octubre está integrado por: dos psiquiatras, dos enfermeras, un psicólogo, una terapeuta ocupacional y una TCE, junto con personal de investigación (un psiquiatra, tres neuropsicólogas, una psicóloga y una TCE).

Objetivo de la UTH en las conductas adictivas

El principal objetivo del Programa de Conductas Adictivas de nuestra unidad es conseguir la abstinencia y aliviar su sintomatología. Así, se les enseña que pueden hacer su vida normal sin tener que seguir consumiendo las sustancias de las que dependían, dándoles para ello las herramientas que les van a servir tanto en la actualidad como en un futuro para evitar las recaídas en el consumo.

A esta unidad acuden también personas que además de su adicción presentan otra patología psiquiátrica; lo que se conoce como patolo-

gía dual. A estas personas en concreto se les ayuda a combatir tanto su adicción como su otra patología psiquiátrica, utilizando la medicación y las diferentes terapias psicológicas.

Factores de riesgo

En las personas dependientes de una sustancia se conjugan diferentes factores:

- **Factores biológicos:** como los factores genéticos. Es más frecuente una dependencia de alcohol entre individuos de la misma familia.

- **Factores psicológicos:** personalidad caracterizada por baja tolerancia a la frustración, hiperactividad, impulsividad, ansiedad o depresión.

- **Factores sociales:** la presión del grupo, la tolerancia familiar y la disponibilidad, entre otros, pueden llegar a hacer del consumo de sustancias un hábito cotidiano y aceptado socialmente.

Teniendo en cuenta todos estos factores, no sólo hay que valorar su adicción en sí misma, sino también los antecedentes familiares, el entorno donde uno vive y las características de personalidad.

El proceso de atención en las conductas adictivas

La acogida del paciente la puede realizar indistintamente la enfermera o el psiquiatra, y esto implica



que haya una comunicación permanente entre ambos profesionales y al paciente le resulte más fácil y llevadero el tiempo que tiene que estar en la Unidad para su desintoxicación.

En primer lugar, el paciente es valorado por el profesional de enfermería; se realizará la toma de constantes vitales y se registrarán los datos personales tales como: domicilio, número de teléfono, situación laboral, nivel de estudios, estado civil y la razón por la que ha acudido a la UTH, en el caso de que no haya sido remitido por otro servicio, si lo hace por iniciativa propia o por la insistencia de un familiar.

En el caso de sospecha/ diagnóstico de adicción al alcohol, se medirán los niveles en aire espirado, que nos permitirá saber si ha ingerido alcohol horas previas a su llegada a la unidad.

Una vez recogidos estos primeros datos tiene lugar la entrevista con el psiquiatra, en la que se obtienen el resto de datos clínicos. El psiquiatra valorará qué tratamiento es el más adecuado de acuerdo a

su(s) adicción(es) y a sus necesidades y qué herramientas psicoterapéuticas son las más útiles en este momento. Marcará las pautas farmacológicas a seguir; valorará también cuándo deberá acudir a una cita con el psicólogo. A través de esta entrevista el psiquiatra valora los antecedentes médicos y psiquiátricos: conocer si padece otras enfermedades relevantes como las de transmisión sexual (ETS), infección por Hepatitis, VIH, tuberculosis u otras. Se obtiene información también sobre si ha habido desintoxicaciones previas en otros centros o tratamientos anteriores. Se determina la gravedad del consumo actual, las cantidades, a las horas a las que se consume y el tipo de vía utilizada para ello. Se utilizan una serie de cuestionarios para poder objetivar el grado de complicaciones psicológicas y psicopatológicas (ansiedad, depresión, gravedad del síndrome de abstinencia y gravedad de la dependencia). Con esta recogida de datos tan amplia se obtiene una información muy valiosa de cara a poder ayudar al paciente.



Separata

Actuación del equipo de enfermería

Los profesionales sanitarios tenemos que trabajar con y para el paciente, con el fin de que se produzcan los cambios necesarios para que éste pueda abandonar el consumo de sustancias adictivas.

En esta Unidad el trato con el paciente es muy cálido y esto crea un ambiente de confianza que hace que el paciente sea mucho más abordable a la hora de cumplir las pautas



marcadas por el psiquiatra. Enfermería, por su parte, utiliza todos los recursos disponibles a su alcance para que el paciente se sienta lo más cómodo posible y avance durante el proceso de desintoxicación.

Todas las teorías enfatizan que el desempeño de la actividad de enfermería se lleva a través de una relación interpersonal, donde cuidar implica entablar una relación con una persona y su familia con el objetivo de ayudar a satisfacer ciertas necesidades, superando obstáculos, adaptándose hacia patrones diferentes de salud y respetando lo que no se puede cambiar.

En las consultas de adicciones el paciente tiene que encontrar el medio que le ayude a superar su problemática y la mejor forma de superar los obstáculos, para así poder

“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente de la ausencia de afecciones o enfermedades.”

Separata

llegar a hacer un cambio en su vida que lo lleve a superar tanto física como psicológicamente su enfermedad.

Una vez que el psiquiatra le ha pautado el tratamiento, enfermería se encarga de administrarlo, pudiendo resolver las dudas que le surgiesen y orientando al paciente acerca de las pautas a seguir, los efectos secundarios, los beneficios que le aportará, así



como comunicarle que cierta medicación la tomará en la Unidad y otra parte en casa.

En los pacientes que carecen de apoyo familiar y están neurológicamente deteriorados, enfermería es la encargada de dosificarles la medicación tanto para el resto del día como para el fin de semana.

Dentro de la UTH, el TCE tiene unas funciones específicas tanto de gestión como asistenciales.

En la parte asistencial:

- ▶ La colaboración de la TCE con las enfermeras es continua y la información sobre diferentes aspectos de los pacientes es bi-direccional, es decir, la información va tanto del TCE hacia las enfermeras y viceversa.
- ▶ Comunica al facultativo especialista cualquier signo o síntoma que observe en el paciente durante el periodo de espera para ser atendido.
- ▶ Escucha y aclara las dudas de los pacientes acerca del proceso.
- ▶ Indica a los pacientes dónde se encuentran los diferentes servicios del hospital al que son remitidos por el psiquiatra para las diferentes pruebas diagnósticas.
- ▶ Traslada al laboratorio las analíticas realizadas por la enfermera.

- ▶ Solicita telefónicamente un celador y silla de ruedas para el traslado de pacientes a otros servicios en caso de que estos tengan dificultades con la deambulación.
- ▶ Control de los pedidos de material necesario para la unidad.
- ▶ Recepción de los pedidos y comprobación de que éstos se corresponden con lo recibido.
- ▶ Reponer en cada despacho el material que sea necesario y almacenar el no utilizado.

En la parte de gestión:

- ▶ Citar a los pacientes tanto personal como telefónicamente.
- ▶ Buscar los números de historia clínica de los pacientes que van a ser atendidos o incluidos en las diferentes agendas; la apertura de historia se hace en el Servicio de Psiquiatría en el Centro de Actividades Ambulatorias de este hospital.
- ▶ Inclusión de pacientes en las diferentes agendas de los profesionales de la Unidad.
- ▶ Inclusión de pacientes en las agendas de las diferentes terapias que se llevan a cabo en la UTH.
- ▶ Impresión de las listas de trabajo de cada profesional.



- ▶ Hacer justificantes de asistencia a los pacientes y a los familiares que lo requieran.
 - ▶ Imprimir etiquetas a los pacientes que lo necesiten.
 - ▶ Anulación y cambio de citas de pacientes que avisan con antelación la imposibilidad de asistencia a la consulta el día indicado tanto personal como telefónicamente.
- Citar también, como deber importante del TCE así como del resto

del equipo multidisciplinar, tener la inquietud de formación a través de cursos de actualización en técnicas y cuidados que se llevan a cabo en diferentes ámbitos de la sanidad, para así poder ayudar a las personas afectadas por problemas de adicción y a sus familiares.

Conclusión

Las Unidades de Transición Hospitalarias son un recurso en el que pueden desarrollarse actividades del programa de adicciones como la desintoxicación y el inicio de la deshabitación. Al estar incluidas en el contexto hospitalario le permite admitir a pacientes de cualquier Servicio sin que exista lista de espera por lo que no se pierde la continuidad de cuidados. La atención dada a los familiares de estos pacientes favorece la recuperación y la prevención de recaídas así como la detección de problemas psicopatológicos de los miembros de la familia.

Bibliografía

- (1) Martínez Ruiz, M. and Rubio Valladolid, G. *Manual de drogodependencias para enfermería. España: Ediciones Díaz de Santos; 2002.*
- (2) Herrera Arce, A., López De Gámiz, E., Murua Navarro, F., Martínez, H., Jiménez-Lerma, J. (2003). *Enfermería en adicciones: El modelo teórico de H. Peplau a través de los patrones funcionales de M. Gordon. A propósito de un caso práctico. Trastornos Adictivos, 5(2):58-74.*
- (3) Sanoguera Martínez, M. (2004). *Los cuidados enfermeros desde una unidad de conductas adictivas: en busca de la excelencia. Revista Española de Drogodependencia, 29 (1 y 2):118-126.*
- (4) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Informe de la Evaluación final de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016. Disponible en: http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/2017_Informe_Evaluacion_Final_Estrategia_Nacional_sobre_Drogas_2009_2016.pdf*

El silencio mejora nuestra salud y nuestro bienestar

"El ruido innecesario es la ausencia más cruel de cuidado que se puede infligir sobre una persona. El ruido repentino es, incluso, causa de muerte entre los pacientes niños", así lo ponía de manifiesto Florence Nightingale en 1859.

Cristina Botello

Actualmente, el silencio sólo está presente en nuestras vidas mientras dormimos; la radio, la televisión, el tráfico, las conversaciones, la música, las obras...el listado de emisores de ruido es interminable.

Esta contaminación sonora ha sido calificada por la Organización Mundial de la Salud como una plaga moderna, alertando de que el ruido provocado por el tráfico contribuye a un 3% de las defunciones por ataques cardíacos o apopléjicos en Europa, siendo, además, la segunda causa de enfermedad

Reportaje



por motivos medioambientales, por detrás de la contaminación atmosférica; la música a todo volumen provoca la pérdida de capacidad auditiva, lo que afecta casi a un 2% de los niños y jóvenes europeos; la exposición a niveles de ruido de 50 o más decibelios –en un restaurante este nivel se sitúa en 55 decibelios– basta para originar problemas cardiovasculares; un 2% de la población sufre perturbaciones graves del sueño por culpa de la contaminación sonora y, al menos, un 15% se quejan de molestias.

El Ministerio de Sanidad español subraya estos datos, incidiendo en

cómo la contaminación acústica produce daños auditivos –enmascaramiento de la audición, fatiga auditiva, hipoacusia permanente–, daños psicosociales –dificultad de comunicación, perturbación del reposo y el descanso, alteraciones del sueño nocturno, disminución de la capacidad de concentración, malestar, ansiedad, estrés–, cambios en órganos distintos a la audición que pueden provocar, entre otras, alteraciones de la frecuencia cardíaca e hipertensión arterial aguda, aumento de cortisol –la hormona del estrés–, alteración del ritmo respiratorio, dilatación pupilar, hiperreflexia o vértigos.



Entre los factores que influyen en la lesión auditiva están la intensidad del ruido, su frecuencia, el tiempo de exposición, la susceptibilidad individual, la edad, padecer enfermedades del oído medio y la naturaleza del ruido.

Apostar por el silencio

Estos datos son suficientes para que empecemos a prestar atención al silencio. No podemos evadirnos de nuestras obligaciones y responsabilidades a lo largo del día, lo que nos impide rebajar los niveles de ruido que se generan a nuestro alrededor, pero sí podemos buscar pequeñas alternativas que nos permitan disfrutar de momentos de silencio y tranquilidad, logrando así recobrar el equilibrio interno y reconectarnos, dándole matices y fluidez a la rutina del día.

Sin embargo, junto al sonido externo a veces nos encontramos con uno interno que fluye de nuestras preocupaciones y nos causa ansiedad y malestar. Por ello hay que buscar momentos de silencio y calma que nos permitan tomar dis-

tancia con ambas fuentes de ruido para conseguir la armonía.

Algunas de las actuaciones que se pueden llevar a cabo

para desconectar son, por ejemplo, apagar la música y dedicar unos minutos para estar a solas con nosotros mismos, bajar el tono al hablar, logrando así una mayor empatía con los demás, restringir el uso de aparatos de audio personales a una hora al día, usar tapones para los oídos en entornos ruidosos, practicar la meditación, el yoga u otras disciplinas que tienen el silencio como el centro de su actividad, evitar generar conversaciones sin necesidad, leer en silencio, pasear por la naturaleza, desconectar el móvil, escuchar antes de responder, o evitar crear ruido ambiente, entre otras.

En este sentido, una de las últimas acciones llevadas a cabo en la investigación sobre los beneficios del silencio fue la del doctor Luciano Bernardi, de la Universidad italiana de

BENEFICIOS DEL SILENCIO

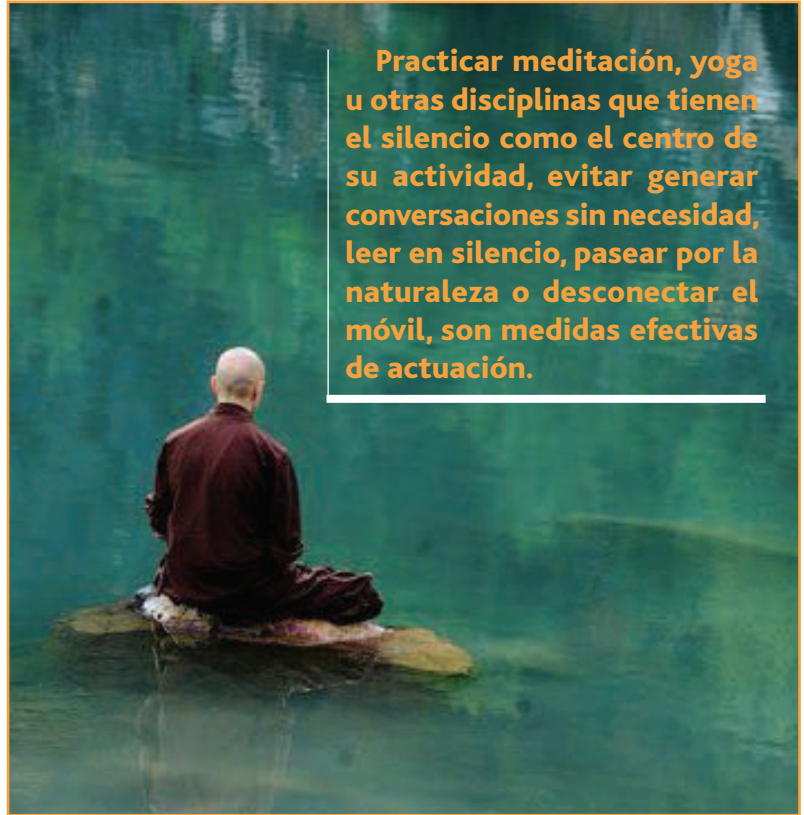
- Facilita el control de la presión arterial.
- Baja el riesgo cardiovascular, previniendo las dolencias del corazón e ictus.
- Refuerza el sistema inmunológico.
- Reduce el estrés, y, con ello, los niveles de cortisol en sangre y de adrenalina.
- Previene accidentes cerebrovasculares.
- Permite la regulación hormonal buena y la interacción de todos los sistemas relacionados con las hormonas del cuerpo.
- Reduce el dolor.
- Predispone a los beneficios de una vida reflexiva, permitiendo que el cerebro se vuelva más interactivo y amplíe su capacidad de lidiar con los problemas emocionales.

Pavia, quien, estudiando los efectos de los distintos tipos de música en los sistemas cardiovascular y respiratorio introdujo pausas de dos minutos entre los extractos de las canciones, observando que durante este tiempo los indicadores de relajación humanos se disparaban, mucho más que con cualquier música o que durante el silencio previo al arranque del experimento.

Sin embargo, el silencio absoluto prolongado tampoco es beneficioso ya que el cerebro necesita estímulos y si no los encuentra en el exterior, puede llegar a sobredimensionar el ruido del corazón o de los intestinos.

Por lo tanto, debemos mantener un equilibrio entre el ruido y el silencio, inclinando la balanza en este último sentido.

Reportaje



Practicar meditación, yoga u otras disciplinas que tienen el silencio como el centro de su actividad, evitar generar conversaciones sin necesidad, leer en silencio, pasear por la naturaleza o desconectar el móvil, son medidas efectivas de actuación.

ACCIONES A ABORDAR

El Ministerio de Sanidad señala en su Resumen Ejecutivo de los Efectos del Ruido en la Salud las recomendaciones y acciones prioritarias a abordar:

- Adecuación a la legislación sobre ruido desarrollada por la Ley 37/2003.
- Introducir la acústica en el programa educativo en todos los niveles, desde conocimientos elementales sobre sus efectos en la edad infantil, hasta los específicos en las carreras técnicas.
- Continuar investigando para evaluar en profundidad los efectos nocivos de la energía acústica.
- Mantener el control de los emisores acústicos.
- Implementar medidas de formación e información ciudadana sobre las condiciones acústicas de las ciudades, sobre los efectos del ruido, sobre comportamientos acústicos adecuados.
- Continuar trabajando en la concienciación de las Administraciones.





Normas para realizar la Actividad Formativa y conseguir tu certificado

Con el objetivo de mejorar el acceso a la realización de la actividad formativa que los afiliados al Sindicato de Técnicos de Enfermería pueden realizar de manera gratuita, la Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería ha cambiado el proceso de acceso a dicha actividad. Los afiliados que quieran realizar dicha actividad deben hacerlo a través de la web www.fundacionfae.org y seguir los pasos que se indican a continuación:

Clique en Identifícate (parte superior derecha de su pantalla)



Una vez que se identifique le aparecerá la siguiente pantalla:



Si ya es usuario registrado deberá introducir su correo electrónico y contraseña en la opción de la derecha: INICIAR SESIÓN. Una vez haya puesto estos datos, por favor, clique en LOGIN. Si por el contrario, no es usuario registrado puede registrarse en la opción situada a la izquierda: NUEVO USUARIO.

Cuando se encuentre identificado verá la siguiente pantalla:



Para acceder al curso deberá clicar en NOSOCOMIO

Aparecerá la pantalla que mostramos a continuación:



Pinche sobre el título del curso y lea con atención el texto que aparece a su derecha, desplácese por la pantalla hasta el final y elija la convocatoria en la que desee inscribirse.



Recuerde que una vez se haya inscrito en la convocatoria elegida no podrá volver a inscribirse en otra diferente y deberá realizar el test en las fechas indicadas.

Eritemas del pañal y dermatitis relacionadas.

Cuidados y atención del TCE

La piel del recién nacido tiene ciertas particularidades que la hacen distinta a la de niños y adultos, de tal modo que su cuidado debe ser diferente. Se debe cuidar desde el nacimiento y tiene unas características especiales que se han de considerar para evitar dañarla: se lesiona con facilidad, debemos evitar su contacto con agentes que puedan dañarla, se recupera fácilmente con un mínimo cuidado.

Introducción

La alta facilidad para lesionarse frecuentemente queda compensada con una alta capacidad de recuperación de las lesiones o agresiones. La piel del niño, sobre todo si está lesionada, absorbe sustancias que en el adulto no pasarían esta barrera natural. Sustancias como pueden ser los mercuriales y el ácido bórico penetrarían y tendrían efectos sistémicos tóxicos sobre el sistema nervioso central, el páncreas y el riñón, entre otros.

Es necesario conocer las diferencias anatómicas y fisiológicas de la piel del R.N. respecto a la de los niños mayores y adultos para establecer unos cuidados apropiados.

Características de la piel infantil. Higiene del bebé

Al nacer, los bebés están cubiertos por una capa de grasa que se conoce como *vermix caseoso* o unto sebáceo, útil para la protección contra infecciones cutáneas y como nutriente de la piel, que evita la descamación precoz dentro del vientre materno, pero que va desapareciendo conforme el bebé se va desarrollando. También



puede apreciarse el lanugo (vello muy fino).

La relación entre la superficie cutánea y el peso corporal es tres veces mayor en el recién nacido. Por lo tanto, el riesgo de penetración y de intoxicación por absorción cutánea está muy aumentado. La piel infantil tiene una alta permeabilidad debido a un menor grosor y grado de queratinización del extracto córneo, así como por la unión más débil entre la dermis y la epidermis. Este hecho, junto con la elevada superficie corporal rela-

tiva, hace que sea especialmente importante la selección de los productos de dermocosmética desde el punto de vista de su calidad y ausencia de agresividad. A diferencia del adulto, que tiene un Ph cutáneo ácido entre 5.5- 6, el poder tampón de la piel del bebé es escaso debido al ácido láctico y al bajo contenido en ácidos grasos, lo que favorece el crecimiento microbiano y las infecciones.

El bebé no tiene normalizada la sudoración ni la función termorreguladora, tiene desarrollado totalmente

el sistema glandular, pero no el control neurológico del mismo. Por ello, presenta una sudoración escasa, así como una pobre lubricación de la piel, que se traducen en tendencia a la sequedad.

El manto hidrolipídico de la piel del niño es menos resistente, por ser más fino, y presenta una capacidad protectora notablemente inferior que la piel adulta.

La melanogénesis, mecanismo protector de la piel frente a la radiación ultravioleta, está poco desarrollada en bebés y niños. A su vez, la síntesis y la distribución de la melanina son escasas, por lo que la capacidad protectora está disminuida. Los preparados con filtros de protección solar son imprescindibles para preservar a los niños de esa sensibilidad a la exposición solar.

Higiene del bebé

El baño del bebé debe ser, en primer lugar, un momento de placer y, en segundo lugar, de higiene. Pasar un rato todos los días sumergido en agua cálida relajante y refrescante será el momento ideal para un contacto especial, transmitiéndole confianza y cariño. La higiene es importante no sólo para prevenir infecciones, inflamaciones e incluso enfermedades, sino que es también un hábito saludable.

Los bebés no reciben su primer baño hasta pasadas 24 horas

Eritemas del pañal y dermatitis relacionadas



desde el nacimiento, ya que el unto sebáceo que trae el bebé es una excelente crema protectora.

Se comenzará con baños entre dos y cinco minutos, debido a que el recién nacido es sensible al frío y al cansancio del baño prolongado. La temperatura del agua debe ser de 35-37°C, la temperatura ambiente de la habitación debe ser de 22 a 25°C y no debe haber corrientes de aire.

Pasos a seguir en el baño del bebé: se enjabonan el cuerpo y la cabeza con una esponja especial para bebés insistiendo en los pliegues del cuerpo, como los brazos, cuello, axilas etc., para evitar cualquier posibilidad de maceración. Al sacarlo del agua hay que envolverlo en una toalla suave y seca que lo cubra hasta la cabeza, secar cuidadosamente con suavidad y sin arrastrar con golpecitos, comenzando por la cabeza sin frotar y sobre todo repasando los pliegues. Después del baño es conveniente hidratar la piel con una loción o aceite.

Eritema de pañal

El eritema o la dermatitis del pañal, también denominada dermatitis irritativa del área del pañal, es una inflamación cutánea en las zonas cubiertas por el pañal: la zona entre el ombligo y la parte superior de los muslos, incluidos los genitales, el periné y las nalgas.

Habitualmente la padecen los lactantes y los niños pequeños, aunque puede ocurrir en cualquier persona que lleve pañales, como los pacientes con incontinencia o paraplejía.

No se conoce la prevalencia exacta del eritema del pañal, pero se estima que oscila entre el 7% y el 35% de los niños menores de 2 años. La incidencia es mayor en los niños de 6 a 12 meses y en aquellos alimentados con leches artificiales. También es tres o cuatro veces mayor en los niños que padecen diarrea.

Causas

Se desconoce la causa exacta del eritema del pañal, aunque probablemente tenga un origen multifactorial. Los principales parecen ser la oclusión, la fricción, la humedad excesiva, el aumento del pH de la piel, la irritación producida por la orina y las heces. La combinación de todos estos factores conduce a la lesión de la epidermis, el compromiso de la función de barrera de la piel y el aumento de la susceptibilidad a la irritación cutánea.

► **Hiperhidratación de la piel, humedad:** el microclima templado y húmedo que se crea bajo el pañal hace que la piel se rompa debido a la fricción y a la acción de las en-



zimas fecales y de los microorganismos. La irritación de la piel incrementa el coeficiente de fricción y la permeabilidad a los productos químicos y las enzimas.

► **Elevación del pH:** las ureasas bacterianas lisan la urea urinaria, liberan amoníaco y aumentan el pH bajo el pañal. El pH alcalino (el pH cutáneo normal es de 5-6) predispone a la dermatitis irritativa del área del pañal.

► **Enzimas fecales:** las enzimas fecales, como las proteasas y las lipasas, tienen una acción irritante directa sobre la piel. Estos efectos

aumentan en presencia de pH alto y de sales biliares. El efecto combinado de las sales biliares, las enzimas fecales y el aumento del pH produce la inflamación de la piel cubierta por el pañal, lo que conduce finalmente al eritema del pañal.

► **Microorganismos:** la colonización candidiásica de la zona perineal es un factor importante que contribuye a producir el eritema del pañal, aunque no está claro si es una causa primaria de dermatitis o si es secundaria. Se descubre la presencia de *Candida albicans* en la piel del 40-75% de los niños con eritema del pañal. Dicha colonización candidiá-

sica aumenta con el uso de antibióticos orales. Otros microorganismos que están implicados en el eritema del pañal son *staphylococcus aureus*, *streptococcus*, bacterias, virus del herpes simple I, dermatofitos y citomegalovirus.

► **Fuerzas de fricción:** la fricción se produce entre piel-piel y piel-pañales.

Para conocer la causa en cada caso es conveniente saber:

→ Cuáles han sido las medidas higiénicas o terapéuticas utilizadas previamente: jabones, toallitas, cremas (especialmente antifúngicos y corticoides). Algunos de ellos pueden desencadenar o agravar la dermatitis o incluso producir reacciones generales en el organismo. Hay que desaconsejar la utilización de talco, que puede provocar irritación pulmonar crónica o aguda, conocida como talcosis.

→ Qué tipo de pañales se utilizan y cuál es la frecuencia en el cambio de los mismos.

→ Cuánto tiempo lleva y cómo ha progresado la inflamación del niño. Una evolución muy rápida o la persistencia de la dermatitis más allá de los 3 días nos debe hacer pensar en otros diagnósticos diferentes de la dermatitis simple del pañal.

→ Cualquier dermatitis de la zona del pañal que no se soluciona con el tratamiento habitual requiere investigaciones adicionales.

→ Coexistencia de diarrea, que puede iniciar o mantener la dermatitis, y de otros síntomas, como fiebre, vómitos... que pueden orientar a otras causas de dermatitis.

Manifestaciones clínicas

Las lesiones afectan a la superficie convexa de la zona del pañal: nalgas, parte superior del muslo, zona inferior



del abdomen, zona púbica y genitales, mientras que los pliegues inguinales suelen mantenerse indemnes.

Cuando la erupción es aguda, se manifiesta por un eritema brillante, con aspecto vidrioso, que posteriormente se descama. Una erupción de larga duración puede presentar un eritema leve con descamación. En las erupciones graves pueden observarse vesículas, erosiones o incluso úlceras redondeadas poco profundas. La dermatitis erosiva del pañal es una forma grave de dermatitis irritativa que presenta nódulos erosivos eritematosos.

El exantema del pañal candidiásico se caracteriza por un eritema brillante, con pequeñas pústulas y pústulas satélite; los pliegues inguinales están casi siempre afectados y la zona perianal puede ser el primer lugar lesionado. La afectación de los genitales puede producir disuria en ambos sexos y, en ocasiones, retención aguda de orina en los varones.

El eritema ocurre en sitios de roce entre el pañal y las áreas convexas, el resultado es un patrón que afecta las áreas de roce, más no los pliegues de la piel. Conocida como

Eritemas del pañal y dermatitis relacionadas



la dermatitis en W, es la forma más frecuente de presentación.

Inicialmente se observa eritema, descamación y pueden existir erosiones. Si hay sobreinfección, puede haber pústulas; pueden observarse lesiones vesiculares en zonas de contacto con pañales. Cuando la mejoría ocurre, pueden quedar hipocromías residuales.

Dermatitis relacionadas con los pañales

La dermatitis relacionada con el uso del pañal es común en bebés de entre 4 y 15 meses de edad, y es posible que se note más cuando los bebés empiezan a comer alimentos sólidos.

- **Dermatitis por Cándida:** La dermatitis del pañal causada por infección con una levadura u hongo llamado cándida es muy común en los niños. La cándida prolifera mejor en lugares calientes y húmedos, como dentro de un pañal. Una dermatitis del pañal relacionada con hongos es más probable que se presente en bebés que:



“La dermatitis del pañal es una afectación de la piel que se localiza en el área que cubre el pañal, normalmente lo hará en la región inguinal pero puede abarcar otras zonas como los glúteos, región vulvar en las niñas o pene en los niños y las caderas; puede estar localizada o abarcar toda el área”.



- ▶ No se mantienen limpios y secos.
- ▶ Están recibiendo antibióticos, cuyas madres están tomando antibióticos mientras amamantan.
- ▶ Tienen deposiciones más frecuentes.

Puede presentarse como:

- Dermatitis candidiásica primaria, asociada a diarreas y uso de antibióticos.
- Dermatitis candidiásica psoriasiforme, generalmente se presenta en niños con predisposición a dermatitis atópica o psoriasis.

- **Granuloma Glúteo Infantil:** Se presenta como nódulos violáceos o purpúricos de hasta 2-3 cm de diámetro en el área del pañal con predominio de glúteos. Se asocia

a la utilización de corticoides de alta potencia como el dipropionato de batemetasona.

- **Dermatitis Ulcerativa de Jacquet:** Es poco común, es una forma severa de dermatitis irritativa de contacto debido al cambio infrecuente de pañales o mala calidad de los mismos. Se presenta en infantes y niños con incontinencia urinaria debido a problemas neurológicos o anomalías anatómicas.

Otras causas de la dermatitis del pañal serían la presencia de:

- Ácidos en las heces (observados con más frecuencia cuando el niño tiene diarrea).
- Amoníaco (producido cuando las bacterias descomponen la orina).
- Pañales que están demasiado ajustados o frotan la piel.

Síntomas

Podemos notar los siguientes síntomas en el área del pañal del bebé:

- Sarpullido o brote de color rojo brillante que se vuelve más grande.
- Áreas descamativas de color rojo vivo en el escroto y el pene en los niños.
- Áreas descamativas o rojas en los labios y la vagina en las niñas.
- Granos, ampollas, úlceras, protuberancias grandes o llagas purulentas.
- Parches rojos más pequeños (llamados lesiones satélites) que crecen y se mezclan con otros parches.

Los bebés más grandes se pueden rascar cuando les quitan el pañal.



La dermatitis del pañal por lo general NO se disemina más allá del borde de éste.

Dermatitis independientes de los pañales

Es posible que la inflamación de la piel no se relacione con el uso de pañales, y en algunas ocasiones puede ser la manifestación cutánea de una enfermedad sistémica subyacente. Por tanto, es importante diferenciar el eritema del pañal de otras enfermedades de aspecto similar.

■ **Dermatitis seborreica:** la erupción suele ser rosada, con descamación untuosa y adherente. Afecta sobre todo a los pliegues inguinales, aunque puede haber lesiones similares en la cara, el cuero cabelludo y el cuello.

■ **Psoriasis:** se caracteriza por placas bien delimitadas, con descamación seca, que se elimina fácilmente. Las lesiones pueden encontrarse en otras partes del cuerpo, sobre todo en las superficies de extensión de las articulaciones. Es característico observar cambios ungueales.

■ **Dermatitis atópica:** se presenta como lesiones pruriginosas eritematosas, papulares o eccematosas, en la cara, las superficies de extensión de las extremidades y las fosas cubital y poplítea. En los lactantes, comienza en la cara antes de afectar otras zonas. La dermatitis atópica suele respetar la zona del pañal, aunque se ha demostrado que la incidencia de eritema del pañal aumenta en los lactantes que padecen dermatitis atópica.

■ **Impétigo bulloso:** El impétigo bulloso en el área del pañal es frecuente en neonatos con lesión inicial a nivel de cordón o cicatriz umbilical. Se caracteriza por vesículas delgadas, ampollas flácidas que se rompen con facilidad y dejan áreas eritematosas. Lo produce principalmente el *S. aureus*.

■ **Enfermedad de Kawasaki:** Vasculitis multisistémica aguda, autolimitada, que afecta casi exclusivamente a niños menores de 5 años principalmente varones.

■ **Histiocitosis a células de Langerhans:** Es un raro desorden que afecta con mayor incidencia al año de

edad: pápulas, nódulos y úlceras amarronadas de distribución característica.

■ **Hemangiomas:** Tumores vasculares benignos que en el área de pañal tienden a complicarse con ulceraciones, pueden ser dolorosas y causar distress al miccionar o defecar.

■ **Deficiencia de Zinc:** Ocurre por una mala absorción, excesiva pérdida o combinación de ambas.

■ **Desórdenes Ampollares:** Lesiones ampollares en las zonas del pañal que pueden ocurrir en la epidermolisis bulosa.

Prevención y tratamiento

La mayoría de los casos de eritema del pañal mejoran espontáneamente. Sólo algunos casos requieren tratamiento activo. En realidad, la piel más sana es la piel que no está sometida a oclusión, pero esto resulta prácticamente imposible, por lo que es preciso encontrar un punto de equilibrio.

La pauta a seguir ante la dermatitis irritativa del pañal se orienta, en primer lugar, hacia la prevención y,

una vez establecida, hacia el tratamiento sintomático.

La profilaxis adecuada requiere mantener la zona seca y limpia. Para la limpieza se recomienda utilizar jabones neutros o ligeramente ácidos y se desaconsejan los perfumes. Se han de cambiar los pañales con frecuencia. Tras limpiar la zona del pañal, se aplicarán sustancias que aislen la piel del contacto con el pañal. Las cremas de barrera, como las pastas y pastas al agua de óxido de zinc, impiden la entrada de humedad e irritantes en la piel y protegen de la maceración. Se debe evitar la aplicación de polvos de talco u óxido de zinc si existen erosiones cutáneas, dado que podría dar lugar a granulomas de cuerpo extraño.

La utilización de pañales extra-absorbentes reduce la frecuencia y severidad de la dermatitis del pañal

También se puede bajar el pH de

la orina administrando 120-150 ml. de zumos a base de cítricos.

A menudo se utilizan los corticosteroides tópicos de baja potencia (crema de hidrocortisona al 1%) o moderada (acetónido de triamcinolona al 0,04% una vez al día) para reducir la inflamación, aunque siempre se debe consultar al pediatra antes de su utilización. Cabe recordar que la absorción percutánea de estas cremas aumenta con la oclusión. Se usan si la dermatitis del pañal es muy molesta para el bebé o si genera cierta preocupación, por la apariencia o la extensión. Siempre deben aplicarse en capa fina y acompañados de una gran cantidad de hidratación. Los corticoides nunca deben aplicarse por sí solos si hay sospecha de una posible sobreinfección por bacterias o candida.

Para el eritema del pañal candidiásico suele ser suficiente la aplicación

de crema de miconazol o clotrimazol dos veces al día. La aplicación tópica debe mantenerse hasta que haya desaparecido por completo el exantema.

La sobreinfección bacteriana debe tratarse con antibióticos tópicos u orales, dependiendo de la gravedad de la infección y del microorganismo que lo produzca, pues su valor profiláctico no está demostrado y su aplicación sobre la piel irritada puede hacerla empeorar. Los preparados en polvos pueden actuar como astringentes, además de antibacterianos y son útiles en la dermatitis perianal.

En ningún caso se utilizarán, de forma preventiva, corticoesteroides, antimicóticos, ni antibióticos tópicos, dado el riesgo de sensibilización.

Conclusión

La dermatitis por pañal es uno de los





problemas más frecuentes en niños menores de 2 años, en cuya aparición están involucrados factores ambientales e individuales que determinan su curso y pronóstico.

Las presentaciones galénicas de los cosméticos y productos farmacéuticos destinados a la piel infantil, son variadas: cremas, pomadas, ungüentos, soluciones... Su penetrabilidad depende de la forma farmacéutica aplicada, de la concentración del producto y de su potencia.

Una mención especial merecen los polvos de talco, tan ampliamente utilizados en épocas anteriores y actualmente tan en desuso: resecan la piel de la zona de aplicación, en especial la zona genital, que posteriormente se humedece por la orina. Con estos cambios continuos se somete la piel a un sufrimiento continuo.

No existen estudios de adecuada calidad metodológica que evalúen las prácticas para el cuidado de la piel del RN, incluyendo baño y lubricación. Las recomen-

daciones actuales están basadas en la experiencia local; y se resumen en un cuidado "lo más natural posible" y con la menor exposición a agentes externos.

El cambio frecuente de pañales y la utilización de los nuevos pañales existentes en el mercado contribuyen a prevenir y reducir la severidad de la dermatitis del pañal.

Lo ideal sería utilizar productos sin perfume ni parabenos en niños, embarazadas o lactantes. En España, la gran mayoría de los pediatras y alergólogos está de acuerdo con este enfoque. Sin embargo, aún resulta muy difícil acceder a productos infantiles ecológicos e hipoalérgicos sin perfume en España, se trata nada más y nada menos que de un cambio de mentalidad.

Bibliografía

García-Patos Briones V. Cuidados de la piel del RN. *La dermatología y el pediatra*. Ed. Ergón: Barcelona 1997; 21-32.

Strom K. *Dermatitis del pañal*. En: Abeck D, Cremer H. *Dermatología Pediátrica. Clínica, Diagnóstico, Tratamiento*. Barcelona: Blatt Medic; 2003.

Zambrano E., Torrelo A., Zambrano A. *Dermatitis del pañal. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en dermatología pediátrica*. 2006

Zambrano Pérez E, Torrelló Fernández A, Zambrano Zambrano A. *Dermatitis del pañal*. En: Moraga F, editor: *Protocolos de Dermatología (I)*, actualizado en 2007.

Torelló Fernández A, Zambrano Pérez E, Zambrano Zambrano A. *Eccemas en la infancia*. En: Fonseca *Dermatología Pediátrica*. Madrid: Aula Medica; 2003.

Juan de Gamez Esternod, German Troconis Trens. *Problemas dermatológicos más frecuentes*. Introducción a la pediatría. 2007.

Tras la realización de esta actividad formativa, FAE te entregará un certificado.

¡¡ CONSIGUE EL TUYO!!

El afectado por ELA necesita una atención adecuada a sus necesidades

La Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) es una enfermedad degenerativa que actualmente afecta a más de 4.000 personas en nuestro país, detectándose cada día tres nuevos casos y restándose otros tres por fallecimiento. Este interesante "equilibrio" político, hace que hoy en día la ELA esté aún considerada como una enfermedad rara, lo que conlleva negar a los afectados una atención sanitaria adecuada a sus necesidades.

Cristina Botello

M^a Carmen Martín, Técnico en Cuidados de Enfermería desde hace 18 años, compagina su trabajo como TCE en el Hospital Clínico con su labor como voluntaria en Reto Todos Unidos, un grupo de afectados y familiares, que cuenta con más de 4.000 seguidores en Facebook.

¿Qué carencias existen en los hospitales para atender adecuadamente a estos pacientes?

Uno de los principales problemas con que se encuentra un paciente de ELA en España es que cuando se le diagnostica la enfermedad pasa automáticamente a ser un enfermo terminal y se le niegan recursos que ralentizarían la evolución de la patología y le permitirían mejorar su calidad de vida,

como son, por ejemplo, el fisioterapeuta y el logopeda.

A esto hay que añadir que ni los hospitales ni los profesionales están preparados para atender adecuadamente a los afectados por la ELA debido a la falta de formación y de un protocolo establecido para ello.

En primer lugar, los hospitales deberían tener un servicio de urgencias totalmente pensado y equipado para estos pacientes, separado de las urgencias comunes y atendido por profesionales debidamente formados.

Ante esta carencia, los actuales servicios de urgencias deberían evitar que el paciente con ELA pase 24 horas en urgencias. Se debería actuar con mayor diligencia, tal y como se hace con los pacientes inmunodeprimidos u oncológicos, a quienes se les ingresa enseguida.

Asimismo, los hospitales deberían contar con unidades multidisciplinarias para realizar los ingresos y evitar así que éstos se realicen en la unidad de neumología y en habitaciones compartidas, lo que deriva en situaciones que causan ansiedad y malestar entre los afectados por esta enfermedad.

Un ejemplo es el caso de Isabel González: "mi estado de salud es delicado y el de ánimo es bajito, y



Movilización pidiendo más investigación para la ELA.



M^a Carmen Martín junto a miembros de Reto Todos Unidos.

tuve que presenciar en uno de mis ingresos el fallecimiento de mi compañera de habitación con la consiguiente agonía; toda la noche estuve viendo como pasaban médicos, enfermeras y familiares...un drama que viví con el corazón encogido. Cuando se la llevaron y no paraba de llorar. Es una monstruosidad para un enfermo de ELA que sabe que padece una enfermedad mortal y que fallecerá en poco tiempo enfrentarse a una situación así”.

No se necesita una unidad de ELA en cada hospital grande, pero sí debe haber una en alguno de los hospitales de referencia para evitar estos episodios.

Y los profesionales, ¿qué herramientas deberían tener?

El personal de planta, Técnicos en Cuidados de Enfermería y enfermeras, debería tener mayor conocimiento sobre las necesidades del enfermo con ELA. Por ejemplo, deberían saber que cuando un paciente ingresa en urgencias, se le debe desvestir sentado porque si se le tumba se ahoga o que, al cambiar un pañal –a pesar de que los enfermos no quieren que se les ponga porque el esfínter lo controlan- hay que hacerlo con sumo cuidado pues los afectados por ELA suelen tener espasticidad en algún miembro, lo que hace que los movimientos rápidos sean muy dolorosos, a lo que se suma la imposibilidad de manifestar queja o dolor por parte del paciente pues, en la mayoría de los casos, han perdido el habla y están inmóviles.

De ahí, otra de las necesidades –y otra de nuestras reivindicaciones-: el afectado por ELA debe estar acompañados las 24 horas del día, pues, de lo contrario, el enfermo se queda indefenso, con mucho miedo y, en ocasiones, llorando por el dolor que le producen al moverle. Es un despropósito que no se permita al cuidador/familiar estar todo el tiempo con el enfermo. Es imperdonable tener que sufrir innecesariamente.

El paciente con ELA no es problemático, pero tiene unas necesidades diferentes a las de otros pacientes y los profesionales las tienen que conocer para poder darles una atención integral perfecta.

Al fin y al cabo, somos los TCE quienes les recibimos en urgencias, les movemos, les damos de comer, les tomamos las constantes... y, por ello, es fundamental que recibamos una formación adecuada para saber cómo tratarles sin perjudicarles.

No obstante, esperamos que estas situaciones se vayan resolviendo poco a poco gracias a la pulsera que desde la Asociación Española de afectados por ELA (adEla) han impulsado para que los pacientes con ELA estén identificados a través de un código bidi y facilitar así su reconocimiento entre los profesionales.

¿Por qué motivos puede ingresar un paciente con ELA?

Pueden ingresar por atragantamiento –a veces con su propia saliva-, por ahogamiento y, una vez que se les pone la sonda de gastrostomía endoscópica percutánea (PEG), también pueden

ingresar por broncoaspiración, que deriva en neumonía e infecciones respiratorias.

Para evitar estas infecciones, es fundamental aprender a darles de comer para que la comida no llegue al pulmón. Esto, al principio, cuesta mucho porque la enfermedad avanza muy rápido y el aprendizaje tiene que ir por delante y eso es casi imposible, ¿quién está preparado para estas cosas?

En este sentido, no conozco cómo se trabaja en el resto de hospitales, pero aquí en Madrid, tanto en el Hospital de La Paz como en el Hospital Clínico, los nutricionistas informan bastante bien a pacientes y familiares sobre las pautas que deben seguir para poder garantizar una alimentación adecuada, sin poner en riesgo al afectado. Pautas que, por supuesto, también debe conocer el TCE.

Además de este tipo de informa-

ción, ¿los familiares reciben algún tipo de formación?

Durante este año, adEla ha dado un par de cursos con profesionales del hospital para orientar a los familiares. Pero los familiares van aprendiendo con el día a día, mejor que ellos nadie va a saber tratarlos. Yo siempre digo que con los familiares tenemos el 80% del trabajo hecho. Y ese 20% restante lo tenemos que hacer bien los profesionales sanitarios. Nos tenemos que implicar.

¿A qué problemas se enfrenta un afectado de ELA en el día a día?

El principal problema es la falta de recursos económicos ya que estamos hablando de una enfermedad muy cara. Los ordenadores que necesitan para poder comunicarse, las camas articuladas para poder dormir incorporados y no ahogarse o los batidos proteicos que necesi-

Entrevista

tan tomar desde el principio porque pierden la movilidad, la musculatura y el apetito y no ingieren todo el aporte proteico y nutricional que necesitan, son sólo algunos ejemplos de lo cara que resulta esta enfermedad.

Hay afectados que tienen una pensión porque han cotizado, pero hay otros que no han podido llegar a cotizar porque la enfermedad ha aparecido muy pronto en sus vidas y la pensión que les queda es mínima.

Otra de las dificultades del día a día son las tramas burocráticas con las que se encuentra el afectado y su familia. En Madrid, por ejemplo, los batidos no son fáciles de conseguir porque la receta del médico debe pasar por una inspección y es muy difícil que ésta la selle si el paciente no tiene hecha la gastrostomía, aunque el médico lo haya recetado. No podemos



Manifestación para visibilizar la enfermedad.



Miembros de Reto Todos Unidos en la Asamblea de Madrid.

quiera de estas patologías, se abrirían caminos y el resto podría aprovecharse de los mismos.

¿En qué punto están las investigaciones?

En investigación hay que destacar el trabajo que realiza la Fundación Española para el Fomento de la Investigación de la ELA (FUNDELA), desde donde se respalda el proyecto europeo MinE, que ya ha recaudado el 70% de los recursos que necesita. Yo imagino que nos darán pronto buenas noticias. Y también creo que las inversiones que está realizando Francisco Luzón van a contribuir a dar un gran salto en la investigación.

Por otro lado, están los proyectos con biomarcadores que se están realizando en varias comunidades autónomas. Uno de estos proyectos es el de Precipita, que está desarrollando Alberto García, uno de los investigadores del equipo del Dr. Mora en el Hospital Doce de Octubre de Madrid.

estar luchando todos los días con este tipo de cosas porque a los familiares les desgasta muchísimo y no es justo.

Las cosas deberían ser más fáciles. Yo siempre lucho para que, ya que la ELA es una enfermedad tan cruel, la sociedad no lo sea. Pido un poco más de comprensión.

Háblanos de la enfermedad, ¿en qué consiste la ELA?

La ELA es la destrucción masiva de las motoneuronas, dejando al paciente inerte y sin ningún tipo de movimiento voluntario ni involuntario, hasta producir su muerte por asfixia.

Al principio, la persona afectada se cae, pierde fuerza o nota gangosidad en el habla...pero el problema es que, a pesar de ser una enfermedad que tiene más de 160 años de vida, no hay ninguna prueba concisa para diagnosticarla y, finalmente, se acaba haciendo

Entrevista

por descarte con un electromiograma, que permite observar que los estímulos se mueren.

Hoy, el 80% de las enfermedades raras en nuestro país son de las motoneuronas, por ello, tal y como señalan los investigadores, si se consiguiera un avance en cual-



Un momento de una de las marchas para visibilizar la ELA.

Pero el problema, que nosotros ya hemos planteado a los políticos, es que no se aumenta el presupuesto para investigación y esto hace que los avances no sean tan rápidos como desearíamos. Lo que para el afectado de ELA sería fundamental porque la enfermedad evoluciona a gran velocidad.

Lo deseable sería un tratamiento que frenara la enfermedad desde el principio de la misma.

Por ello, quiero insistir en que las donaciones de los actos y eventos que se realizan deben ir destinadas a la investigación para seguir avanzando. El resto de las necesidades –una silla, un collarín, un arnés, un ordenador...– deben ser cubiertas por las instituciones. Tenemos que acostumbrarnos a pedir las cosas donde corresponde, en este caso, al Gobierno y las instituciones sanitarias.

¿Con qué edad aparece y qué pronóstico de vida tiene la ELA?

Se dice que aparece entre los cincuenta y los ochenta años, pero hay gente de treinta y cuarenta años que tiene ELA.

En cuanto al pronóstico de vida, los médicos hablan de entre 2 y 5 años, pero hay afectados que en un año se nos han ido y otros que conviven con ella desde hace más de veinte.

En cuanto a Reto Todos Unidos, ¿en qué consiste? ¿cómo te involucras en este proyecto?

Reto Todos Unidos somos una gran familia formada por afectados, familiares, asociaciones que participan con nosotros... El grupo lo creó Yolanda, una chica de Barcelona y,



Reto Todos Unido exige un mayor control en las cifras de fallecidos y nuevos afectados.

junto a ella, nos hemos involucrado otras nueve personas.

Nuestro objetivo es visibilizar la ELA, conseguir mejor atención sanitaria para los pacientes y luchar por los recursos necesarios para que esta enfermedad sea sostenible y los afectados mejoren su calidad de vida.

Yo conocí el grupo cuando, hace tres años, a mi madre le diagnosticaron ELA. Mi padre me habló de esta página de Facebook y me puse en contacto con Yolanda.

¿Por qué no os habéis constituido como asociación?

Nos lo planteamos una vez, pero constituirse conlleva mucho trabajo y nosotros no tenemos tiempo para asumirlo: Los familiares que integran nuestro proyecto tienen que estar 24 horas pendientes de la persona afectada. Y, en mi caso, no puedo implicarme más por mi trabajo. Todo el tiempo que tengo para estar con ellos es para

luchar por mejorar su situación y visibilizar los problemas a los que se enfrentan diariamente.

Nosotros lo que hacemos es una labor más cercana con el paciente y la familia. No hacemos labor burocrática, sino humana: nos ayudamos, apoyamos y resolvemos dudas. Estamos más en contacto con el día a día y los problemas a los que se enfrentan los pacientes.

Sin embargo, a pesar de no estar constituidos, hemos conseguido muchas cosas para visibilizar la enfermedad en estos tres años que yo llevo implicada en el proyecto: empezamos el 13 de febrero de 2015 con una marcha contra la ELA en Madrid a la que acudieron casi 2.000 personas. Desde entonces no hemos parado: tres marchas más –Madrid, Barcelona y Sevilla–, asistimos a reuniones y asambleas con los partidos políticos, y hemos conseguido que el Papa nos reciba, aunque llegar a Roma no fue fácil



Un momento de la visita al Papa Francisco.

por todo lo que conlleva la movilización de los pacientes con ELA.

¿Qué apoyos recibís?

Contamos con el apoyo y la información de mucha gente que nos orienta y ayuda para poder seguir avanzando. Por ejemplo, tenemos muy buena relación con el investigador Alberto García y con las responsables de la asociación cordobesa Red de Padres, que recoge las más de 7.000 enfermedades raras que hay en España.

Sin embargo, tengo que decir que la implicación de otras asociaciones con nuestro proyecto no es tan sobresaliente como nos gustaría y estoy convencida de que esto es así porque no estamos constituidos y no les conviene.

No obstante, si tengo que pedirles algo, por ejemplo, un collarín o un arnés, no tengo duda en dirigirme a estas asociaciones, pues considero que son ellas quienes nos tienen que facilitar los recursos ya que son quienes reciben las subvenciones.

Desde el punto de vista político, Jorge, uno de los afectados de ELA de 31 años, se encarga de enviar cartas y concertar las reuniones con todos los partidos políticos, lo que ha facilitado que nos conozcan y nos escuchen. Todos nos animan a no bajar la guardia y seguir pleiteando, luchando, molestando y abriendo puertas. En este sentido, Ciudadanos y PSOE nos apoyan mucho.

Sin embargo, aunque nos sentimos apoyados, todavía no hemos visto ninguna mejora en las cuestiones que reivindicamos: más recursos para mejorar la calidad de vida de los afectados, que precisan de muchas ayudas técnicas para poder tener cierta autonomía, por ejemplo, a la hora de expresarse; más inversión en investigación; y un mayor control de las cifras de nuevos afectados y fallecidos: cuando se produzca un exitus que se especifique que es por ELA en el registro de defunción, pues la mayoría de las veces se pone parada cardiorrespiratoria, lo que oculta la enfermedad y maquilla las cifras.

¿Qué actividades realizas tú con los afectados de Reto Todos Unidos?

Yo soy voluntaria y hago el seguimiento de cuatro afectados: voy muchas veces a sus casas, les

acompaño al médico o si tienen que hacer alguna gestión.

También realizamos actividades de ocio: vamos al cine, salimos a tomar algo...siempre teniendo en cuenta las dificultades que presenta su movilización. Cualquier cosa que queremos hacer es complicado, pero no imposible.

No obstante, a pesar de las dificultades, nos reímos mucho. Ellos quieren vivir y tenemos que facilitárselo.

¿Qué actividades se están realizando ahora para visibilizar la ELA?

Se están haciendo muchas cosas locales en zonas como Asturias y Barcelona, por ejemplo. En Alicante, Jose María Caruana, que no puede caminar, pero sí pedalear, quiere conseguir un record Guinness pedaleando 21.617 kilómetros y recaudar así fondos para el proyecto Precipita.

Hace poco, viajamos con Jorge a Portugal porque sus amigos le habían organizado un partido de fútbol para recaudar fondos para la investigación.

Aquí en Madrid, quiero hacer alguna actividad para recaudar fondos y al año que viene quiero poner una bandera de Red de Padres en mi hospital el día de las enfermedades raras para concienciar y visibilizar.

¿Cómo ves el futuro?

Hoy por hoy, los afectados de ELA están abandonados, desatendidos y ni la sociedad ni el Gobierno ni la sanidad pública escuchan sus necesidades vitales, al contrario,



El grupo de Reto Todos Unidos en Roma.

cada día aparecen nuevas dificultades desde las instituciones.

Nadie puede abarcarlo todo, pero si cada uno, en la medida en que podemos, contribuimos, todo sería mucho más fácil y se ayudaría no solo a la ELA, sino a muchas otras enfermedades. Por otro lado, el Gobierno no puede seguir recortando la sanidad como lo está haciendo.

No obstante, tal y como dicen los propios afectados, estamos en un buen momento porque hace tres años nadie sabía lo que era la ELA y ahora la gente la conoce. Es verdad que falta mucho por hacer, pero sí que somos un poco más visibles y si no paramos de hacer cosas, seguiremos realizando pequeñas conquistas.

Como dice Caruana, "hay que seguir saliendo a la calle y que todo el mundo nos vea porque estamos acostumbrados a que nadie sepa lo que es la ELA".

Carta escrita por Isabel González

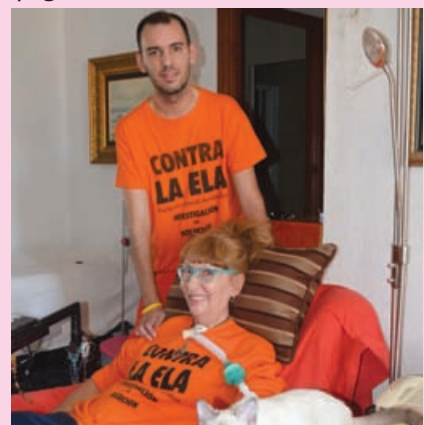
Es penoso que a día de hoy no exista un protocolo para afectados de ELA.

Fui a revisión al Gregorio Marañón. Mi médico me pidió una ambulancia individual por mi situación (soy ventilodependiente), pero nos recogió una ambulancia colectiva que hizo un gran recorrido por los barrios recogiendo a otros pacientes; a lo que hay que sumar una amortiguación lamentable y unas pastillas de frenos en las últimas. Llegué una hora tarde y mareada. Para la vuelta, a las dos horas de pedir la ambulancia, llegó una sin rampa y se marchó. A todo esto, yo estaba en ayunas para el cambio de sonda. A las 16 horas todavía seguía esperando hecha purpura; al final tuvimos que pedir un eurotaxi, que es lo que queríamos evitar tanto mi médico como yo. Siempre he ido en taxi por el mal

funcionamiento de las ambulancias, pero ahora mi economía no alcanza a tener que mantener a tres cuidadoras.

Necesito saber qué tengo que hacer para que a los enfermos de ELA se nos escuche y se ponga solución a esta situación tan precaria.

A todo esto, los señores diputados tienen una tarjeta que les inhíbe de pagar taxis.



Isabel González junto a otro de los miembros de Reto Todos Unidos.

XXVIII Congreso Nacional de TCE y Los principios bioéticos deben

¿Puede un paciente decidir en qué condiciones quiere que se le mantenga con vida? ¿Por cuánto tiempo? ¿Es ética la contención mecánica de los pacientes? ¿Lo es la maternidad subrogada? La controversia estuvo presente en la mayor parte de las intervenciones del XXVIII Congreso Nacional de Técnicos en Cuidados de Enfermería y Técnicos de Emergencias y las respuestas a todas estas cuestiones están en el propio título del Congreso: la Bioética. Los más de 400 asistentes al mismo podrán añadir en su curriculum vitae 1,3 créditos de formación concedidos por la Comisión de Formación Continuada de Castilla-La Mancha.

Montse García

El acto de inauguración de este XXVIII Congreso Nacional de Técnicos en Cuidados de Enfermería y Técnicos de Emergencias Sanitarias, que se celebró en el Auditorio el Batel de Cartagena del 31 de mayo al 2 de junio de 2017, contó con la

participación de Manuel Villegas García, Consejero de Salud de la Región de Murcia, Maravillas Izquierdo Martínez, Subdirectora General de la Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Fondos de Compensación del Ministerio de Sanidad,

José López Martínez, alcalde de Cartagena, Dolores Martínez Márquez, Presidenta de FAE, organizadora del Congreso, y Rosa Romero, Presidenta del mismo.

Todos ellos reconocieron el papel fundamental que en la sanidad juegan los Técnicos en Cuidados de Enfermería y su afán formativo, que la responsable ministerial reconoció agradeciendo, asimismo, en nombre del Ministerio de Sanidad, el importante papel que en este sentido desempeña la FAE y las alternativas que pone al alcance de los profesionales.

Por su parte, el Consejero de Sanidad alabó la idoneidad del tema elegido para la celebración de este congreso y la necesaria formación de los profesionales en esta disciplina que debe convertirse en una herramienta más en el trabajo diario.

Tras la bienvenida a la ciudad, por parte del regidor, quedó oficialmente inaugurado este Congreso en el que se pudo comprobar que la bioética rige todas las decisiones y actuaciones llevadas a cabo en relación con la salud.



MESA DE INAUGURACIÓN: Dolores Martínez Márquez, Presidenta de FAE, Manuel Villegas García, Consejero de Salud de la Región de Murcia, José López Martínez, Alcalde de Cartagena, Maravillas Izquierdo Martínez, Subdirectora General de la Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Fondos de Compensación del Ministerio de Sanidad, y Rosa Romero, Presidenta del Congreso.

Técnicos de Emergencias Sanitarias ser una herramienta de trabajo

Principios bioéticos

Son los principios básicos de esta disciplina (justicia, autonomía, maleficencia y no maleficencia) establecidos en 1978 en el Informe Belmont, los que deben regir cualquier decisión y actuación que se lleve a cabo en el ámbito sanitario.

La práctica sanitaria se convierte en un contacto entre dos sistemas de valores: por un lado los valores médicos y, por otro lado, los valores del usuario. Los profesionales de esta rama, a través de sus acciones, deben tener presentes los mencionados principios bioéticos. Es decir, hay que actuar bajo el **principio de beneficencia** que se basa en la necesidad de no hacer daño, de hacer siempre el bien, hay que evitar hacer daño con imprudencias o negligencias para respetar el **principio de la no maleficencia**. Además, hay que respetar siempre la capacidad que tiene la persona de tomar decisiones en relación con su enfermedad, es decir, el **principio de autonomía**, así como el **principio de justicia** que encierra en su significado la igualdad, equidad y la planificación; se basa, precisamente, en atender al más necesitado de los posibles a atender, exige tratar a todas las personas por igual, sin discriminación por raza, etnia, edad, nivel económico o escolaridad, jerarquizar adecuadamente las acciones a realizar, hacer uso racional de los recursos materiales para evitar que falten cuando más lo necesitemos.



AUDITORIO: Más de 400 profesionales asistieron a este Congreso.

Los principios de la bioética son un instrumento de análisis que puede ayudar en la deliberación sobre cualquier dilema derivado de la asistencia y cuidado de los mismos. Y estos fundamentos son la base de las decisiones bioéticas que debe regir cualquier actuación con independencia del servicio, unidad o situación en la que se encuentre el paciente.

Estas manifestaciones, expresadas de diferentes maneras, estuvieron presentes en todas las ponencias e intervenciones presentadas al auditorio con diferentes enfoques, en función del servicio, ámbito o características particulares de los pacientes.

Así, María de los Ángeles López de las Hazas, TCE del Hospital del

Tajo en Aranjuez, plasmó la necesidad de aplicar estos criterios y *La importancia de la mediación de los TCE en las situaciones de violencia de género* explicando que, en algunas ocasiones, se pueden llegar a confundir estos conceptos y caer en falsos paternalismos perjudicando al respecto al principio de autonomía o beneficencia.

Han de aplicarse, igualmente, los principios bioéticos en situaciones prenatales como es un aborto y así se presentaron ponencias como *Cuestiones éticas en el inicio de la vida* del profesor Juan Luis Delgado Marín, especialista en Medicina Fetal y Coordinador de la unidad de medicina materno-fetal del Hospital General Universitario Virgen de la Arrixaca, de Murcia y *Bioética y*



Mesa de ponencias.

aborto, de Aida Mohamed Amar, Kaltum Amar Al-Lal El- Malki, M^a Rosa Bernal Calvo y Ana Montesinos Claro, TCE del Hospital Comarcal de Melilla.

La atención a los más pequeños y la relación que se establece entre los padres y los profesionales sanitarios, que también ha de establecerse con una visión bioética, se puso de manifiesto en la ponencia *Bioética en urgencias pediátricas*, de M^a del Carmen Martínez Martínez, Juana Solano Ardil y Carmen Gracia Molina, TCE del Hospital Santa Lucía de Cartagena, que plantearon que, "en algunas ocasiones, la autoridad paterna como representante legal de los niños, puede obstaculizar la labor del médico ante algunas decisiones ya que los niños, como pacientes, al no tener autonomía para decidir acerca de su bienestar, dependen de la voluntad de sus padres y estos pueden transmitir sus creencias y valores".

Reportaje

La contención mecánica puede atender contra la dignidad humana

"Existen estudios que señalan que España tiene, comparativamente con otros países, un porcentaje de uso de sujeciones muy superior al resto de los países de nuestro en-

torno llegando casi al 40%, frente a cifras que suponen alrededor del 15% en países como Francia, Italia, Noruega o EEUU y otros países cuya prevalencia no llega al 10% como Suiza, Dinamarca, Islandia o Japón. Su uso se estima en un tercio de los pacientes en los hospitales de menor tamaño alcanzando mayor proporción en los pacientes mayores de 65 años, siendo significativo su uso en determinadas unidades como UCI, neonatología y salud mental", manifestaron Virginia Lobo, Alesandra Matamala, Olga Buendía y Belén Hernández, TCE del Hospital Ramón y Cajal de Madrid, autoras de la ponencia *Consideraciones éticas en el uso de las contenciones mecánicas*.

Para estas profesionales, aunque "la contención se utiliza como una intervención extrema y excepcional, su uso no está exento de problemas, tanto desde el punto de vista ético o legal, como por las complicaciones que puedan ocurrir como caídas o úlceras por presión". Por eso, "el de-



Primera mesa de ponentes.



María Isabel Iniesta, TCE del Complejo Hospitalario de Albacete, en la presentación de su ponencia.

bate sobre su uso, la idoneidad de sus indicaciones y las condiciones de su práctica es efectivamente trascendente tanto por la frecuencia de su uso como por afectar directamente a los derechos fundamentales como la libertad del individuo y el respeto a la dignidad y autonomía personal. Restringir esta libertad solo se entendería cuando el beneficio para el paciente supera, ampliamente, el perjuicio que esta limitación pudiera causar –Autonomía vs Beneficencia–, pero incluso para proteger a los pacientes, las medidas tomadas han de ser proporcionadas respetando los derechos fundamentales de la persona. A veces los principios bioéticos entran en colisión unos con otros”.

“También hay controversias legales, manifestaron, dado que la protección de los derechos fundamentales, de la salud, y la protección de personas especialmente vulnerables, están ampliamente reguladas y supone una piedra angular básica del funcionamiento del sistema judicial”.

En este sentido, José A. Oliver, Blanca Lozano, Juan Carlos Álvarez, TCE del asturiano Hospital Comar-

cal de Jario, y Ernesto del Castillo, TCE de la Residencia Asistida San José de Toledo, abogaron durante su presentación *Inmovilización de pacientes. Aspectos éticos y legales en el uso de contención mecánica*, por una ley que regule el uso de las contenciones mecánicas en todo el territorio nacional y que sirva de marco para actualizar todos los variados protocolos utilizados actualmente en los distintos ámbitos sanitarios.

“Las Comunidades Autónomas han comenzado a legislar en el ámbito de sus competencias sobre contenciones, especialmente en los servicios sociales. Si bien no establecen un protocolo específico, sí dan unas directrices en cuanto al uso, controles, medidas, registro y de la necesidad de cumplir con unos estándares de calidad para que los usuarios no sean sometidos a contención sin supervisión facultativa salvo peligro inminente de muerte”.

“Conocer las leyes fundamentales que delimitan su uso y alcance y los aspectos éticos que deben tenerse en cuenta cuando se emplean debe ser parte de nuestra forma-



Vicente Bellver Capella, Catedrático de Filosofía del Derecho. Universidad de Valencia. Vocal del Comité de Bioética de España.

ción básica como profesionales”, finalizaron.

Dilemas éticos en la UCI

Los dilemas bioéticos se plantean también a diario en las Unidades de Cuidados Intensivos donde, a menudo, se atiende a pacientes en situación terminal ante quienes surgen dudas sobre el mantenimiento de los tratamientos, aun sabiendo que no existen posibilidades de supervivencia.

“Tanto en los enfermos recuperables como los que no lo son, se utilizan medicaciones y equipos sofisticados en diferentes procedimientos diagnósti-



Yolanda Fernández planteó los dilemas bioéticos que se presentan en la UCI.

cos y terapéuticos: catéteres arteriales y venosos, sondas, monitores, respiradores... Todas estas medidas con frecuencia son invasivas, tienen riesgo, pueden ocasionar molestias y complicaciones”. Así lo manifestaron en su trabajo *Dilemas éticos en la UCI*, Yolanda Fernández Álvarez, M^a del Mar Burón Rodríguez, Saray Ubón Burón y Rosa Ana López Castellano, que plantearon, igualmente, que “el dilema bioético al que se enfrenta el equipo de salud en una UCI cuando debe decidir iniciar o suspender las medidas de

soporte vital es muy complejo, debe ser analizado de forma sistemática y con un perfil multidisciplinario”.

En este sentido, la ponencia presentada por María Ángeles Regueiro, M^a del Carmen Zurdo, Montserrat Pérez y Josune Dorrrosoro bajo el título *Humanizar la muerte* planteaba que “la falta de políticas sanitarias lleva a que se utilicen recursos muy costosos, en un número proporcionalmente bajo de pacientes con enfermedades agudas o crónicas reagudizadas, con resultados inciertos o malos. El objetivo no es solo salvar vidas y curar enfermedades, también hay que ser capaz de reconocer en qué momento renunciar a ello y reorientar los esfuerzos para aliviar el sufrimiento, consolar al paciente y ayudarlo a morir con dignidad”, han manifestado estas autoras que piden “una reflexión de todos los profesionales de la salud acerca de esta tesitura para, además de evitar el dolor y la angustia del paciente en primer lugar, y de su familia, ayudar a definir una serie de estrategias ante la muerte adecuadas, basándose en conceptos bioé-



María del Mar Álvarez Paradela, TCE del Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

ticos como *eutanasia, ortotanasia o distanasia*”.

Ejercicio ético de la profesión

M^a del Mar Álvarez Paradela, Anais Dalama Álvarez y M^a Rodríguez plantearon un interrogante a todos los asistentes: *¿Ejercemos éticamente nuestra profesión?* y manifestaron que “una buena práctica del cuidado debe incluir además de unos valores competenciales asociados al conocimiento, las habilidades técnicas y los valores humanos. Junto con la medi-

cina basada en la evidencia se debería promover la medicina basada en la afectividad, lo que supone la adopción en la práctica profesional de objetivos relacionados con los hechos de cuidar, aliviar y confortar, además de curar”.

“La ética en la realización de nuestras tareas comienza en el cuidado cotidiano. En la relación paciente-personal sanitario debemos tener en cuenta el bienestar, la intimidad, la autonomía, la dignidad, la veracidad, la confidencialidad y responsabilidad, ante un ser humano frágil, y frecuentemente angustiado, que vive el duro trance de la enfermedad”.

“Los TCE son los responsables directos de unos cuidados que se hacen integrando distintas intervenciones y donde, a veces, aquellas que constituyen lo más sencillo, lo que en ocasiones se olvida, lo pequeño, pero que a la vez es lo más propio, cobran un especial protagonismo. Deben ir adaptando sus hábitos de trabajo a las nuevas formas de cuidar, formándonos en la flexibilidad, en el respeto a los valores de la persona y en el trabajo interdisciplinar”.

Juan Martínez, Presidente del Comité Científico, recordó en la lectura de las conclusiones del Congreso las palabras de la ponencia inaugural de Maravillas Martínez, responsable ministerial, al afirmar que “todos, desde la Administración a los profesionales, cada uno en la dimensión que le corresponde, debemos ser conscientes de la gran responsabilidad que asumimos diariamente no solo en el ámbito técnico sino también en el ético cuando atendemos a los usuarios en cualquier parte en la que se



Tanto las ponencias pronunciadas desde el atril de los oradores como el visionado de los pósters han permitido comprobar que la bioética inunda cualquier proceso vital y a cualquier edad.

Reportaje

encuentren" y que en definitiva, cuanto más potente, eficaz y adelantada se vuelva la medicina, mayores son los desafíos a la bioética y



Deliberaciones del Comité Científico durante la valoración de los pósters.

más rigurosos, mejor conocidos y definidos deben ser las normas de la protección a los individuos.

Entrega de premios

Tras la lectura de conclusiones de este congreso, se procedió al acto de clausura del mismo en el que participaron Rosa Romera Fernández, Presidenta del Congreso, José Carlos



Alberto Villar recoge el premio al mejor póster.



Isabel López recoge el premio a la mejor ponencia.

López Lacoma, Director de Enfermería del área II Complejo Hospitalario Universitario de Cartagena, Juan Martínez Hernández, Presidente del Comité Científico y Dolores Martínez Márquez, Presidenta de FAE, que



Póster ganador.

anunció que Barcelona será la sede del próximo Congreso, en el que se debatirá sobre Maltrato.

La entrega de premios, que se lleva a cabo en la cena de clausura, marca el final definitivo de este Congreso. En esta edición, el Comité Científico con-

sideró que los criterios de valoración marcados: valor científico, aspectos técnicos y sociales y el interés social y profesional, se cumplían de manera destacada en los trabajos a los que se concedieron los premios.

Los primeros premios fueron para el poster *Ética al final de la vida*, de Rosa Margarita Barros, Susana Piernavieja, Nuria M^a Rubiera y Alberto Villar (TCE de centros asturianos), y para la ponencia *¿Implementamos la adecuación del tratamiento de soporte vital?* de Isabel López Sánchez, Antonina García García, Llanos Jiménez



La responsable de FAE en Barcelona, Tània Riera, recoge el testigo para la organización del XXIX Congreso Nacional de TCE.

Pérez y Ana M^a Piqueras Carrión (TCE de la Gerencia de Atención Primaria de Albacete).

Respecto al accésit, se otorgó al póster *Bioética y calidad asistencial* de Amalia Aurora, Manuel Quintana, Ana Isabel Santiago y Manuela Valle (TCE de Huelva y Las Palmas).

Entre las ponencias, el accésit fue para la titulada *A propósito del testamento vital. Una decisión consciente*, de María Barros, Ana Isabel Cruz, Esperanza Mingorance y Laura Ramis (TCE del Hospital Son Llàtzer de Baleares).

PUBLICACIONES

El gran salto

- ▶ **Autor:** Jonathan Lee
 - ▶ **Editorial:** Libros del Asteroide
 - ▶ **Páginas:** 432
 - ▶ **Precio:** 22,95 €
- E-book: 12,99 €

Libros del Asteroide trae a España el tercer libro de Jonathan Lee, *El gran salto* (2015), en el que el autor novela una de las gotas que salpican el cuadro de la historia contemporánea: el intento de asesinato de Margaret Thatcher por el IRA el 12 de octubre de 1984 en el Grand Hotel de Brighton.

En este lienzo, Lee une las vidas de los tres personajes protagonistas conectando sus ilusiones, logros y fracasos bajo la pincelada de uno de los atentados más importantes del Ejército Republicano Irlandés, que costó la vida de cinco personas.

El protagonista, Dan, un joven experto en explosivos del IRA, llega al Grand Hotel, donde se registra bajo el nombre de Roy Walsh, con la misión de colocar una bomba para que, 24 días más tarde, explote durante la celebración en el alojamiento de la convención del partido Conservador y acabar así con la vida de la primera ministra y todo su gabinete.



Este atentado unirá su destino al de Moose, subdirector del hotel, un exatleta y padre soltero convencido de que la visita de Margaret Thatcher puede ser la oportunidad para relanzar su carrera, y Freya, su hija, que trabaja de recepcionista mientras decide qué hacer con su futuro.

Jonathan Lee dibuja con gran ingenio las vivezas, los logros, fracasos e ilusiones de gente corriente unida por un atentado terrorista. Tras *Who is Mr. Satoshi* (2010) y *Joy* (2012), *El gran salto* confirma a su autor como uno de los más destacados escritores ingleses de su generación.

CINE

Oro

- ▶ **Director:** Agustín Díaz Yanes
- ▶ **Género:** Aventura, drama histórico
- ▶ **Nacionalidad:** España
- ▶ **Estreno:** 10 de noviembre de 2017
- ▶ **Reparto:** Raúl Arévalo, José Coronado, Bárbara Lennie, Óscar Jaenada, Luis Callejo, Juan José Ballesta, Juan Diego, Juan Carlos Aduviri, Anna Castillo, Antonio Dechent, Juan Echanove, Andrés Gertrúdix, José Manuel Cervino y Diego París.

Agustín Díaz Yanes y Arturo Pérez-Reverte vuelven a colaborar en un proyecto cinematográfico tras la taquillera *Alatriste*.

En esta ocasión el director lleva a la pantalla un relato inédito del autor, en el que narra la aventura de los conquistadores españoles

del s. XVI Lope de Aguirre y Núñez de Balboa durante su expedición, dentro del marco de la conquista de América, a través de la selva amazónica en busca de una ciudad que se creía que estaba completamente hecha de oro.

Canarias, Andalucía, Madrid y Panamá han sido los escenarios en los que Díaz Yanes ha situado la crudeza de las personalidades de sus protagonistas y la violencia de los acontecimientos que dibujan esta aventura, que el director ha ido reconstruyendo a partir de la lectura de todas las crónicas de Indias.



DANZA

Áureo, un menú degustación de danza

- ▶ **Género:** Danza Contemporánea
- ▶ **Compañía:** Dantzaz Konpainia
- ▶ **Lugar:** Teatro Rosalía de Castro (A Coruña).
- ▶ **Fecha:** 24 de noviembre de 2017
- ▶ **Horario:** 20:30 h
- ▶ **Precio:** desde 9,60 €

Esta nueva producción de Dantzaz nace tras un proceso de investigación que toma como inspiración el número áureo, un signo presente en el mundo de las artes, la arquitectura y

el dibujo desde la antigua Grecia, y que era comúnmente empleado para expresar la belleza y la divina proporción.

El menú de *Áureo* lo componen cinco piezas breves en las que tienen cabida la danza moderna y contemporánea, la libertad de creación y el compromiso artístico, convirtiendo la puesta en escena en toda una declaración de intenciones, que entremezcla la visión de reconocidos coreógrafos de proyección internacional - el israelí Itzik Galili, el eslovaco Lukas Timulak o la vasca Jone San Martín,- con la de nuevos valores emergentes de las artes del movimiento -Christine Hassid y Judith Argomaniz-.

Estas cinco concepciones del arte invitan al espectador a sumergirse en temas como el valor de los momentos presentes, la belleza de las cosas, las vidas de los hombres del mar...

La excelencia, la frescura, la innovación, la investigación y la calidad artística son los ingredientes de este collage de danza que reúne en escena a doce bailarines de diferentes nacionalidades: Gran Bretaña, Bélgica, Italia, Noruega, Alemania o España. Un rasgo que define la filosofía de Dantzaz y que acredita su apuesta por la creación internacional contemporánea.



CONGRESO INTERNACIONAL DE TÉCNICOS EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA

MALTRATO



BARCELONA 2018

30, 31 de mayo y 1 de junio

SAE
SINDICATO DE TÉCNICOS DE ENFERMERÍA

FAE
FUNDACIÓN PARA LA FORMACIÓN
Y AVANCE DE LA ENFERMERÍA

XXII Certamen Nacional FAE de Investigación y Trabajos Científicos

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



- 1 Está dirigido a todos los Técnicos de grado medio de la rama sanitaria de Formación Profesional: Enfermería, Farmacia y Emergencias, tanto a los que desarrollan activamente su labor profesional en cualquiera de los ámbitos de la sanidad, como a los que, encontrándose en posesión de la titulación, no la ejercen en la actualidad.
- 2 Participarán en el concurso todos aquellos trabajos remitidos al correo electrónico comitecientifico@fundacionfae.org, de los que se requieren sean originales, novedosos, inéditos y que estén relacionados con la temática propia de la sanidad o la salud.
- 3 Deberán ir acompañados en una hoja aparte con los datos personales de todos los autores: nombre, apellidos y DNI, así como también la dirección y el teléfono de al menos uno de ellos. Quedarán fuera de concurso los temas premiados en los años anteriores (www.fundacionfae.org).
- 4 Se valorarán los aspectos científicos y técnicos de los trabajos, así como su interés social y profesional, y la labor investigadora desarrollada en los mismos.
- 5 Los trabajos que deberán ser como mínimo de 20 páginas para la modalidad de trabajo de investigación y un mínimo de 10 para la modalidad de trabajos científicos, deberán presentarse en tamaño DIN A-4, mecanografiados a una cara a doble espacio, en castellano y con margen lateral, superior e inferior, con páginas numeradas.
- 6 Irán precedidos de un resumen de no más de quince líneas en el que se exponga el planteamiento general del trabajo. La bibliografía debe incluir invariablemente el nombre del autor, título del libro, editorial, fecha y lugar de publicación. Se podrán presentar los trabajos acompañados de soporte documental, fotografías, diapositivas y vídeos que realcen la presentación de los mismos.
- 7 El premio tendrá periodicidad anual y ámbito nacional. La fecha límite de presentación de trabajos será el 28 de febrero de 2018.
- 8 El tribunal estará compuesto por un comité científico nombrado a tal efecto: dos destacados profesionales del mundo sanitario, dos miembros de FAE y un representante nombrado por el patrocinador.
- 9 El premio se entregará en un lugar y fecha a determinar, siendo inapelable la decisión del tribunal, que puede declarar desierto el premio. Su adjudicación se comunicará directamente a los interesados, haciéndose público a través de los medios de comunicación que FAE considere oportunos.
- 10 Los trabajos remitidos no serán devueltos y pasarán a ser propiedad de FAE, que se reserva el derecho de su inserción en las publicaciones que estime convenientes, respetando la autoría de los mismos. Con este objetivo, se enviará igualmente un resumen del trabajo de no más de 6 páginas en el trabajo de investigación y de 3 en el trabajo científico.
- 11 No podrán optar al premio FAE los miembros del Patronato y del Comité Científico de Nosocomio.
- 12 La participación en el premio supone la aceptación de las bases.

* De no más de 65 horas