



ISSN: 1136-8985

Revista semestral

Revista para el Técnico en Cuidados de Enfermería

Número 84/2018

www.fundacionfae.org

Certamen FAE

Enfoque sociosanitario de la situación de dependencia y estudio centrado en la discapacidad por lesión medular (II)

Separata

¿DM2 es el nuevo amigo del niño obeso?

Actividad Formativa

Cuidados del Técnico de Enfermería al paciente urostomizado

Congreso

XXIX Congreso Nacional de TCE y TES

El Sindicato que necesitan los Técnicos

OFERTA PARA NUEVAS AFILIACIONES EN 2018

La afiliación anual dará derecho a la realización de la actividad formativa gratuita de FAE del año precedente: curso acreditado y dos actividades formativas de Nosocomio, siempre y cuando se escoja el pago anual de la afiliación y en la recogida de los certificados de los cursos se esté al corriente del pago de las cuotas de afiliación.

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 150.000 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

7,62 €/ 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

El profesor Paul Zimmet, impulsor de la investigación y educación diabetológica, y sus colaboradores ya acuñaron en el año 2001 el término diabetes para destacar la estrecha relación que existe entre las dos epidemias del siglo XXI, la obesidad y la diabetes tipo 2.

La vida sedentaria y una dieta rica en grasas saturadas y azúcares y pobre en frutas y verduras son los detonantes de un incremento en el número de personas obesas y, por lo tanto, de las enfermedades relacionadas con esta patología, entre las que destaca la diabetes tipo 2.

El impacto en la salud de la diabetes implica, a largo plazo, una reducción de la calidad y de la esperanza de vida, por ello es fundamental poner en marcha actuaciones encaminadas a mejorar la detección, la prevención y el tratamiento precoz; solo así podremos frenar las complicaciones y comorbilidades asociadas a esta patología, que van desde enfermedades cardiovasculares, hasta accidentes cerebrovasculares, pasando por ceguera, insuficiencia renal o amputación de las extremidades.

Por ello, los responsables de la salud pública deben invertir más recursos y esfuerzos en planes de prevención que pasen por concienciar a la población de la necesidad de un cambio en el estilo de vida y deben empezar por la infancia, llevando a cabo iniciativas educativas que fomenten el ejercicio y una dieta variada, pues el número de niños con obesidad infantil y, por lo tanto, con riesgo de desarrollar una diabetes tipo 2, no deja de crecer. Cada uno desde nuestra posición, bien como responsable político, profesional o afectado por la diabetes, debemos implicarnos en erradicar la diabetes. Por nuestra parte, trabajamos por una mayor concienciación a la población y a los profesionales sanitarios sobre la importancia de llevar a cabo un control adecuado de la diabetes para evitar los riesgos secundarios que ésta conlleva.

Reportaje

El acento forma parte de nuestra identidad



XXIX Congreso Nacional de TCE y TES

Incremento de la violencia ocupacional en el ámbito hospitalario



Separata

¿DM2 es el nuevo amigo del niño obeso?



Actividad Formativa

Cuidados del Técnico de enfermería al paciente urostomizado



Certamen FAE

Enfoque sociosanitario de la situación de dependencia y estudio centrado en discapacidad por lesión medular (II)



Ocio

Propuestas para aprovechar tu tiempo libre



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.

El acento forma parte de nuestra identidad

En la Segunda Guerra Mundial una joven noruega, conocida como Astrid L., sufrió una lesión en su cabeza durante un ataque aéreo y, a pesar de que logró recuperarse, le quedó una secuela: ya no tuvo más el acento que le era propio, y cada vez que hablaba en noruego lo hacía con entonación alemana. Para Astrid L. las consecuencias de esta patología fueron dobles porque, además, ésta era la de las fuerzas enemigas, lo que probablemente llegó a ocasionarle evidentes conflictos.

Montse García

La relevancia del acento fue desestimada por muchos lingüistas durante gran parte del siglo XX. Sin embargo, hoy se reconoce ampliamente que el lenguaje hablado no existe sin un acento, aunque hay circunstancias bajo las cuales los hablantes no pueden modular el acento adecuadamente. Algunos individuos con lesiones cerebrales discretas en la red de producción del habla o problemas neuropsiquiátricos pueden cambiar o perder su acento regional o adquirir un acento peculiar que da lugar a lo que conocemos como Síndrome de Acento Extranjero o FAS (por sus siglas en inglés Foreign Accent Syndrome).

La base neuronal del acento es un tema candente en la investigación de la neurociencia pero, hasta el momento, solo hay un puñado de teorías sobre cómo el cerebro aprende un nuevo acento.

El idioma y sus variantes, el acento, los giros y las expresiones que cada uno de nosotros emplea cuando habla son un importante elemento de distinción del individuo y de identificación dentro de un grupo social. La forma de expresarnos dice mucho de quienes somos, nuestra manera de hablar marca diferencias con el resto de personas y, consciente o inconscientemente, usamos nuestro acento para evidenciar quiénes somos.

De hecho, en España hay una gran variedad de acentos y todo el mundo

Reportaje



identifica el de las distintas regiones españolas. El doctor Nick Miller, académico de la Universidad de Newcastle, en Inglaterra, considera que "la forma en que hablamos es una ventana a nuestro interior".

Síndrome de Acento Extranjero

Este rasgo personal permanece, normalmente, inalterable. Sin embargo, hay un número reducido de personas que padecen este Síndrome del Acento Extranjero que se produce cuando las variantes del lenguaje pierden sus características y, de pronto, las personas afectadas por este síndrome hablan su lengua materna con acento extranjero lo que puede llegar, en ocasiones, a generar graves conflictos de identidad personal.

Se trata de un déficit del habla en el que se ve alterada la prosodia y la segmentación del lenguaje. No

afecta a otras habilidades lingüísticas como la corrección léxica y gramatical y la inteligibilidad.

Es uno de los síndromes más curiosos y de los que en la literatura afasiológica se encuentran pocos casos descritos: 70 a nivel mundial. Esta baja incidencia lo convierten en una de las denominadas enfermedades raras. Se han descrito casos en pacientes de distintas edades y en varios idiomas: coreano (con acento japonés), holandés (con acento francés), noruego (con acento alemán) e inglés (con acento chino, ruso).

En España hay 5 personas afectadas y en aquellos países donde se conocen más casos no son aquellos en los que el síndrome es más común sino donde los investigadores le han prestado más atención.

Hoy en día estas manifestaciones no se asocian a ninguna estructura anatómica cerebral específica, sino, que diversas lesiones corticales y/o

subcorticales de pequeño tamaño pueden producir el síndrome. Puede ser un efecto secundario de una lesión cerebral grave como un derrame. En los casos descritos hasta el momento se han podido encontrar lesiones que involucran a regiones fronto-temporo-parietales del hemisferio dominante del habla (hemisferio izquierdo) como el giro precentral, área premotora, área motora suplementaria, giro postcentral, áreas parietales izquierdas de asociación, cerebelo y ganglios basales.

El aumento en el número de informes sobre FAS ha llevado a una mejor definición de los tres subtipos diferentes: síndrome de acento foráneo del desarrollo, psicogénico y una nueva variante del síndrome del acento foráneo neurógeno.

El primer caso, descrito por Pierre Marie y Foix en 1917, fue un parisino que había desarrollado un acento "alsaciano" junto a una hemiparesia derecha como consecuencia de una herida de guerra. Más conocido es el caso documentado por el neurólogo Monrad-Kröhn de la joven noruega Astrid L. alcanzada por un fragmento de proyectil durante un bombardeo nazi en la segunda guerra mundial. El examen radiológico reveló una lesión frontotemporoparietal y, como resultado de la misma, su noruego empezó a sonar con un fuerte acento alemán.

Sin embargo, el interés por esta patología se ha reactivado en los últimos años. Muestra de ello es que de los más de 50 artículos sobre sus características lingüísticas y su base neurológica que se han publicado desde entonces, alrededor del 20% han sido editados en la última década.

Investigaciones en España

Un equipo multidisciplinar de la Universidad de Málaga trabaja en el diseño de nuevos tratamientos que combinarían técnicas neurológicas y lingüísticas. La revista *Neuropsychologia* recogía en 2012 un trabajo, firmado por Ignacio Moreno-Torres,

filólogo del departamento de Filología Española II, y Marcelo Berthier, neurólogo del Centro de Investigaciones Médica-Sanitarias de la UMA (Universidad de Málaga), en el que se realiza un análisis completo de una paciente que presentaba algunos rasgos propios de FAS y con la que estudios anteriores no se obtuvieron resultados satisfactorios.

Los autores señalan que se realizaron estudios desde ambas disciplinas: en la lingüística, se analizó la capacidad de comunicación y producción lingüística, y en neurología se realizaron pruebas médicas. Una característica de estos pacientes es la peculiar pronunciación de las sílabas de la "b", la "d" y la "g", que las hacen fuertes, mientras que una persona nativa española las puede pronunciar fuertes o suaves. En estudios de neuroimagen mediante el uso de la resonancia magnética se descubrieron pequeñas lesiones que afectaban especialmente a zonas del cerebro relacionadas con la planificación de los mecanismos y que permiten la iniciación del lenguaje y la articulación de las palabras, concretamente al opérculo frontal de la ínsula interior.

Ignacio Moreno explica que se está abordando el tratamiento a dos niveles porque la idea es una estimulación farmacológica que incite al aprendizaje y, por otro lado, ejercicios específicos para la tarea en la que se tienen problemas, es decir, se realizan actividades para las partes afectadas.

En la Universidad de Málaga se está tratando a dos pacientes con los que se ha trabajado en dos niveles: farmacológico y en la parte cognitiva lingüística y parece que los ejercicios han sido efectivos y hay una recuperación notable en ambos casos. De hecho, el profesor Moreno confirma que "no hay casos de tratamientos descritos en la bibliografía y aunque es una cuestión que requiere más atención en determinados casos, sí es posible una recuperación casi completa".

Con respecto a cómo afectan estos déficits lingüísticos también se ha investigado el impacto de este síndrome en la comunicación cotidiana y en el perfil psicosocial, hallándose que contaban con un nivel muy reducido de interacción y participación social, además de una disminución de las habilidades relacionadas con la iniciativa de comenzar una conversación o transmitir emociones y estados de ánimo.

De hecho, padecer este síndrome puede llevar a que ciertas personas muestren rechazo a hablar en público y consecuentemente, poco a poco, se van aislando de la sociedad.

Los pacientes con este síndrome pueden dirigirse a cualquier neurólogo o neuropsicólogo. El problema es que es poco conocido, y es un déficit leve en términos del impacto del habla, por lo que muchos profesionales pueden no darle suficiente importancia; sin embargo, es importante recibir tratamiento psicológico y logopédico.



XXIX Congreso Nacional de TCE y Incremento de la violencia ocupa

Maltrato. El papel del técnico para detectarlo y actuar fue el eje central del XXIX Congreso Nacional y IV Internacional de Técnicos en Cuidados de Enfermería y Técnicos en Emergencias Sanitarias, organizado por la Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería y el Sindicato de Técnicos de Enfermería, que congregó a más de 400 profesionales en Barcelona.

Cristina Botello

La celebración de esta edición congresual, inaugurada por Neus Rams i Pla, Directora General de Ordenación Profesional, Candela Calle, Directora Gerente del Instituto Catalán de la Salud, Carme Borrell, Gerente de la Agencia de Salud Pública de Barcelona, M^a Dolores Martínez, Presidenta de FAE y Secretaria General de SAE, y Tània Riera, Presidenta de esta edición del

Congreso y Secretaria Provincial de SAE, ha remarcado la relevante posición que los técnicos tienen en los equipos asistenciales como el eslabón más cercano al paciente y su familia y, por lo tanto, como los profesionales más adecuados para detectar situaciones potenciales o reales de maltrato y transmitirlos.

El programa científico, compuesto por más de 30 ponencias y

casi 200 pósteres, y acreditado por 1,3 créditos por la Comisión de Formación Continuada, ha permitido a los congresistas abordar los diferentes protocolos de actuación ante las distintas situaciones de maltrato – violencia de género, agresión a las personas mayores, maltrato al menor y violencia ocupacional- y les ha dado las herramientas necesarias para saber actuar ante este problema de salud.

No obstante, aún queda mucho por hacer al respecto. En este sentido, una de las principales reivindicaciones de esta edición congresual es la exigencia de una formación específica para los profesionales y la coordinación de todos los recursos humanos implicados en el maltrato para conseguir un mejor acercamiento a las víctimas, hacerlas más visibles y evitar la reproducción de los hechos, detectando y denunciando la situación.

Violencia Ocupacional Externa (VOE) en el ámbito sanitario

Las carencias que existen en los centros asistenciales para abordar el



Inauguración del XXIX Congreso Nacional de TCE y TES.

Técnicos de Emergencias Sanitarias cional en el ámbito hospitalario



Ana Belén Aredondo, presidenta de la Comisión contra la violencia del H.U. Fundación Alcorcón de Madrid, durante la presentación de su trabajo "Situación actual de la violencia de pareja hacia la mujer desde una perspectiva internacional y nacional".



Mª del Carmen Eki y Ana Mª Socosote, TCE del H. U. Germans Trias i Pujol de Barcelona, en su intervención "Maltratad@ en estado de gravidez".

maltrato hacia los profesionales sanitarios y la falta de formación e información que éstos tienen para poder enfrentarse a los episodios violentos en los que puedan verse implicados, es otra de las reivindicaciones de esta cita anual, que cerró su programa científico con la mesa de trabajo *Observatorio Iberoamericano de la Violencia Ocupacional hacia profesionales de la salud: una*

visión general de 12 años, y análisis del colectivo técnico de enfermería.

El objetivo de este Observatorio es la investigación de las conductas de agitación, incívicas o, en ocasiones, violentas, de usuarios, familiares y acompañantes hacia los profesionales de la salud y para ello se investigan 3 niveles: la prevención, la casuística y el impacto, con el objetivo de conocer y profundizar en este fenómeno para poder prevenirlo.

Este proyecto científico de uso público, en el que puede participar de forma libre y gratuita cualquier centro de salud iberoamericano, está coordinado por Genis Cervantes, Médico del Trabajo y Doctor en Psicología Social Aplicada de la Sociedad Catalana Salud Laboral, y por Josep María Blanch, director de pro-



Mª de los Desamparados, TCE del H. U. y Politécnico La Fe de Valencia, en su intervención sobre "La violencia de género bajo la mirada de las TCE en el H. La Fe".

gramas de doctorado de la Universidad de Cali (Colombia), y cuenta



Genis Cervantes, Médico del Trabajo y Doctor en Psicología Social aplicada de la Sociedad Catalana de Salud Laboral, durante su intervención en el Observatorio.

con la participación de 1.380 centros asistenciales y con un grupo de investigación compuesto actualmente por 137 profesionales que durante los últimos 12 años –el proyecto nace en 2006– han trabajado con el objetivo de evaluar periódicamente la violencia hacia los profesionales de la salud y conocer así mejor la relación entre la incidencia de casos y sus formas y el desarrollo de medidas preventivas, según los centros, el tipo de asistencia y el



Laura Gómez, TCE del H. San Agustín de Avilés, durante la presentación de "Apuntando a la infancia".



Mª del Mar Martínez, TCE del H. Clínic de Barcelona, en la presentación de "Violencia percibida y/o sufrida por el personal sanitario a través del paciente con insuficiencia renal crónica en el servicio de hemodiálisis y nefrología".

área de trabajo con el fin de valorar las medidas más eficientes para la prevención de la violencia.

Como ha quedado patente durante las tres jornadas de trabajo, esta violencia en el ámbito laboral se ha incrementado considerablemente en los últimos años —el número de notificaciones recibidas por el Observatorio asciende a más de 10.934 en los últimos 12 años, de las cuales 1.156 pertenecen al año 2017 y provienen de los centros de Cataluña y Comunidad Valenciana—, aunque todos los hospitales cuentan con protocolos y políticas con-



Mesa redonda Observatorio Iberoamericano de la violencia ocupacional hacia profesionales de la salud: una visión general de 12 años y análisis del colectivo técnico de enfermería.

Reportaje

tra la violencia, éstos no funcionan adecuadamente por varios motivos: "la falta de concienciación y educación sanitaria de la población, que desconoce en gran medida el trabajo que hacen nuestros profesionales es uno de ellos. En este sentido, se podrían hacer muchas cosas a nivel preventivo como la implementación de un programa "hospital más amable", como el que puso en marcha en 2008 el Hospital Comarcal del Alt Penedès, o "empresa saludable", con el fin de divulgar situaciones de posible con-



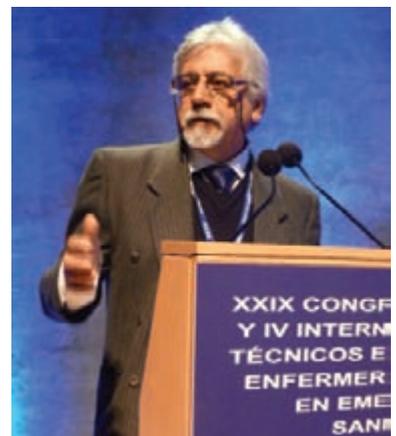
Sonia Martín, TCE del H. Clínic de Barcelona, presentando "Maltrato del paciente al personal sanitario hospitalario en unidades de medicina en un hospital de tercer nivel".

flicto que pueden ser prevenidas, tanto entre nuestros hijos en las escuelas, como a través de programas de televisión o radio. Otro problema es que los centros de salud priorizan los protocolos en actuaciones durante el incidente y el post-incidente, pero pocos protocolos tratan la prevención primaria. Por ello, invitamos a todos los centros de salud a hacer una evaluación de los factores de riesgo con la metodología de www.violenciaocupacional.org, trabajada y diseñada junto a Centro Nacional de Condiciones de Trabajo de Barcelona, descargable desde <http://violenciaocupacional.org/index.php?P=estadisticasquestionariPublic>", ha explicado Genis Cervantes.



Encarna Santolaria, jefa del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales de la Conselleria de Sanitat Universal y Salut Pública de la Generalitat Valenciana.

En esta última mesa también participó Encarna Santolaria, jefa del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales de la Conselleria de Sanitat Universal y Salut Pública de la Generalitat Valenciana, quien remarcó las cifras manejadas durante 2017 en la Comunidad Valenciana, siendo significativo el porcentaje de agresiones que sufre el personal de enfermería (33%) y los TCE (28%) en Atención Especializada, y el de los facultativos (45%) en Atención Primaria.



Juan Carlos Rapiman, TCE del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak de Santiago de Chile, presentando "Maltrato, el rol del TCE".



Mª Cruz Gómez, TCE del C.H.U.A Coruña, durante su intervención "La violencia laboral externa. Guía de actuación".

En este sentido hay que subrayar que "el colectivo de Técnicos de Cuidados de Enfermería notifica proporcionalmente mucho menos que el de Enfermería o Medicina. El motivo es que está mucho tiempo en contacto con pacientes agitados, dependientes y en muchas ocasiones inconscientes de sus actos, que cometen agresiones, a menudo de tipo físico (agarrones, golpes, arañazos, etc.) o verbales (insultos, amenazas, etc.) que no son percibidas por el colectivo como violencia, sino como una agresión involuntaria dentro del proceso de enfermedad de ese paciente. En menor cantidad, pero muy significativas son las amenazas recibidas por familiares de

esos pacientes, que de forma continuada en forma de vejaciones y menosprecio a la profesionalidad del TCE, pueden ser más dañinas para la salud que la gran mayoría de agresiones físicas. Por ello, los investigadores animamos a los TCE a notificar estas situaciones como única manera de acabar con ellas, principalmente porque pueden acarrear trastornos emocionales en la persona trabajadora si acaban siendo



José Antonio Luque, TCE del H.U. Son Espases de Baleares, presentando "Instantánea de la violencia doméstica sobre el ámbito sanitario".

asumidas como normales del día a día", manifestó Genis Cervantes.

Santoralia, por su parte, puso el acento en la necesidad de "un compromiso institucional, una implicación de toda la organización y el apoyo de todo el equipo para con-



Una de las mesas de trabajo.

seguir la prevención. Para ello, las medidas que se apliquen deben ser eficaces, se debe respetar el derecho de los pacientes, crear entornos saludables, elaborar campañas de sensibilización, formación e información, atender a la víctima de manera integral, realizar una atención inmediata y a largo plazo e implantar el registro para conocer y poder prevenir las causas y los impactos en los profesionales".

Josep María Blanch aprovechó su intervención, *La violencia hacia profesionales de la salud en la Colombia posconflicto*, para denunciar la invisibilidad que de la violencia ocupacional existe en América Latina, donde se produce una negación –se niega que algunos episodios sean violencia- y una naturalización de la



Una de las mesas de trabajo del Congreso en la que interviene la ponente invitada Lourdes López, TCE del H.U. Ramón y Cajal de Madrid.



Javier López, enfermero asistencial del SEM de Barcelona, en la presentación de "El maltrato. La visión del servicio de Emergencias".



Asistentes al Congreso.

misma -se considera que algunas clases de violencia forman parte del oficio-.

"Esto ocurre por varias razones: en Colombia la violencia tiene una omnipresencia social, el marco legal sobre riesgos laborales es confuso, las condiciones de trabajo son deficientes, el sistema colombiano de salud está mercantilizado, estamos ante una cultura en la que se combinan amabilidad y violencia, y apenas existe literatura científica y jurídica sobre la violencia en el ámbito ocupacional: no se incluye entre los factores de riesgo psicosocial, la relación de la VOE con el concepto "riesgo público" y con su prevención



José Mª Blanch, Director de Programas de doctorado de la Universidad de Cali (Colombia).

y manejo es confusa y la legislación para su prevención (Ley 1010 de enero de 2006) se circunscribe al contexto interno de la organización", explicó Blanch.

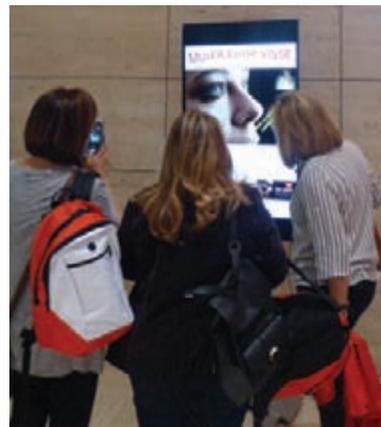
Un ejemplo de la situación colombiana lo encontramos en los datos de la encuesta realizada en 2016 por la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, en la que participaron 630 profesionales: el 98% de los funcionarios declaró haber padecido violencia verbal, el 27% confesó haber sido víctima de violencia física y el 2% reconoció haber sufrido violencia sexual, siendo los trabajadores más afectados los TCE (41%), seguidos de profesionales de medicina general



Jaime Sosa, Administrador de Hospital y Supervisor de Enfermería del H. James J. Peters Medical Center de Nueva York, durante su intervención en el Observatorio.

(25%) y de enfermería (16%).

Finalmente, esta mesa de trabajo concluyó con la intervención de Jaime Sosa, Administrador del Hospital Supervisor de Enfermería James J. Peters Veteranas Hospital de Nueva York, quien presentó *La aplicación del programa nacional de prevención y manejo de violencia ocupacional externa (PMDB) moldeada a las necesidades únicas de las*



Uno de los paneles de pósteres del XXIX Congreso.

unidades sanitarias en hospitales de veteranos.

Prevención

Genis Cervantes ha abogado por una concienciación de tolerancia cero a las agresiones intencionadas para la obtención de un fin (una receta, pasar antes, alargar un proceso de ingresos o de baja laboral, etc.) y para ello recomienda "notificar y denunciar con los medios legales que nos proporcione nuestro centro de salud, el Comité o los Colegios profesionales. Asimismo, recomendamos actualizar permanentemente, y caso por caso, una política de ética asistencial para las personas enfermas agitadas que hacen agresiones repetidas de forma involuntarias, marcando unas pautas en las que no existan enfermos con contención física o medicamentosa innecesaria, pero tampoco agresiones prevenibles. Aún más importante debe ser la formación adecuada de los profesionales en técnicas de aceptación y compromiso para afrontar el día a día con este tipo de pacientes - desde nuestro proyecto de investigación, rechazamos taxativamente la formación en técnicas de conten-



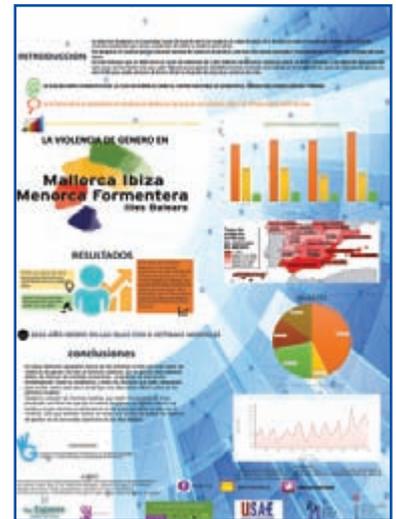
Mesa de clausura del XXIX Congreso.

ción física no terapéutica, y más basada en reducciones con dolor o placebo-. En medio de los dos extremos tenemos el estado psicológico de frustración, ya sea debido a la descompensación entre las expectativas del usuario y la oferta del sistema, o la no aceptación de un proceso de enfermedad por el paciente o su familiar. Para hacer frente a estos casos es fundamental la formación en técnicas de resolu-

ción de conflictos, escucha activa, empatía y diálogo asertivo de nuestros profesionales”.

Es evidente que aún queda mucho por hacer para acabar con la VOE, por ello es fundamental poner en marcha campañas para informar y formar a los usuarios del sistema sanitario sobre sus derechos y deberes con el fin de educarles y proteger así a los profesionales, desarrollar acciones encaminadas a

Reportaje



Póster ganador de esta edición congresual: "La violencia de Género en Mallorca, Ibiza, Menorca y Formentera. Illes Balears".

educar al personal sanitario para afrontar situaciones de violencia, y fomentar su denuncia para hacer más visible este problema.

En este sentido, uno de los cometidos de la Instrucción de la Secretaría de Estado de Seguridad sobre medidas policiales a adoptar frente a agresiones a profesionales de la salud es la realización de actividades formativas dirigidas a los profesionales sobre prevención y autoprotección, con el objetivo de



Los miembros del Comité Científico junto a los finalistas de ponencias y pósteres.



M^a Belén Alonso y Estefanía Luque, ganadoras del premio a la mejor ponencia, junto a Jorge Santurio y Carmen Carmona, miembros del Comité Científico.

fomentar la interposición de denuncias por su parte.

Acto de clausura y entrega de premios

Tras el programa científico y el anuncio de los finalistas a mejor ponencia y mejor póster por parte del Comité Científico de esta edición congresual, se procedió a la clausura de la misma, un acto en el que participaron Roser Galí i Izard, Directora General de Familias del Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias de la Generalitat de Catalunya, M^a Dolores Martínez, Presidenta de FAE y Secretaria General de SAE, Tània Riera, Presidenta de esta edición



Ganadoras del accésit a la mejor ponencia junto a los miembros del Comité Científico.

del Congreso y Secretaria Provincial de SAE en Barcelona, Juan Carlos Rapiman, TCE del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak de Chile, Carlos Antonio Peralta, TCE de Caja Seguro Social de Panamá, y Mercedes Balaguer, TCE de Perú.

"Hemos asistido a un programa científico que nos ha permitido ampliar nuestros conocimientos sobre la atención a las personas maltratadas y nos ha dado las herramientas para saber actuar cuando somos nosotros, como profesionales sanitarios, los que nos enfrentamos a un caso de maltrato. Nuestra responsabilidad es doble en este sentido, por ello todos los aspectos abordados durante estas tres jornadas formativas deben significarnos no sólo como profesionales sino también como ciudadanos. Ahora tenemos los conocimientos para prevenir y trabajar contra el maltrato y debemos emplearlos con responsabilidad y eficacia para conseguir acabar con esta lacra social", manifestó M^a Dolores Martínez durante su intervención, momento en el que también anunció la sede de la próxima edición del Congreso Nacional, que tendrá lugar en Bilbao y abordará los cuidados del Técnico en las patologías urológicas.

El punto final del XXIX Congreso Nacional lo puso la cena de gala, escenario en el que Tània Riera entregó el testigo a M^a Soledad Gil Sigüenza, Secretaria Provincial de Vizcaya, y los miembros del Comité Científico anunciaron los ganadores al mejor póster y la mejor ponencia.

El premio a la mejor ponencia

fue para *Identificación y notificación del maltrato al personal sanitario de un hospital*, de M^a Belén Alonso y Estefanía Luque, de la Fundació Hospital l'Esperit Sant de Barcelona, quienes recibieron dos inscripciones para la siguiente edición del Congreso.

El accésit recayó en *Actuación del TCE ante el maltrato a mayores en hospitalización*, de Rosario del



José Antonio Luque recibe el premio al mejor póster de esta edición congresual.

Carmen Acosta, Beatriz Tena y M^a Dolores Medina, del H. Virgen Macarena de Sevilla, quienes recibieron una inscripción a la siguiente edición del Congreso.

Finalmente, el premio al mejor póster, dotado con una inscripción a la próxima edición del Congreso, fue para *La violencia de Género de Illes Balears*, presentado por Javier Millán Lull, José Antonio Luque Pérez, Alejandro Juan Alonso y Antonia Alonso Galván, del Hospital Universitario Son Espases de Baleares.



Tània Riera entrega el testigo a M^a Soledad Gil.

¿DM2 es el nuevo amigo del niño obeso?

Autora: M^a Dolores Díaz Muñoz. TCE. Baleares

La llamada diabetes se ha convertido en una epidemia en países desarrollados y en vías de desarrollo. Y la alerta es que se presenta a edades más jóvenes y el costo social será muy alto si es que no se toman las medidas de salud pública necesarias.

La diabetes tipo 2 se ha considerado durante mucho tiempo una enfermedad de adultos, sin embargo cada vez son más los niños y adolescentes afectados por esta enfermedad debido al sedentarismo y malos hábitos dietéticos.

¿Qué ha pasado durante estos últimos años? ¿Somos conscientes que con el tiempo en el niño se puede producir complicaciones de salud en su vida adulta?

La familia se desentiende del cuidado del niño (bien por destrucción familiar o porque van a lo rápido): no compran productos de calidad, compran comida rápida y en la escuela no hay siempre los mejores alimentos. Los niños abusan de la bollería industrial, no hacen suficiente actividad física, no tienen limitaciones cuando dedican su tiempo a juegos en los que no hacen ningún tipo de ejercicio.

El objetivo es informar a la población y prevenir del origen de la enfermedad DM2 en niños y de las consecuencias que puede tener dicha enfermedad.

¿QUÉ ES LA DIABETES? ¿CUÁNTOS TIPOS HAY?

La diabetes Mellitus (DM) es una enfermedad crónica, caracterizada por el aumento del nivel de glucosa en sangre por encima de los niveles normales. Los azúcares, conjuntamente con las grasas, se utilizan como fuente de energía. Para utilizarla el organismo necesita de la in-

sulina, una hormona secretada de manera natural por el páncreas. Cuando se produce un déficit de insulina, aparece la diabetes tipo 1. En la diabetes tipo 2, la más común, el organismo no produce o no usa la insulina.

Tipos

Diabetes Tipo 1 (DM1). Enfermedad autoinmune que causa déficit grave de insulina, con comienzo agudo (niños, jóvenes y en personas menores de 30 años). Se caracteriza por la aparición de manera brusca (días o semanas) y aparece con poliuria, polidipsia, polifagia, astenia y pérdida de peso, tiene tendencia a la cetoacidosis. El páncreas no puede producir insulina, por lo que es necesaria administrarla. Tiene buena respuesta a la insulina.

Diabetes Tipo 2 (DM2). Generalmente aparece en personas mayores de 40 años, aunque últimamente se ha visto también en niños debido a la obesidad infantil. El comienzo es lento y gradual, con síntomas poco llamativos, pudiendo pasar inadvertida hasta que se descubre en un análisis rutinario o bien se manifiesta por las complicaciones a largo plazo de la diabetes: retinopatía, nefropatía, neuropatía, polineuropatía, dermatopatía.

Gestacional. Las mujeres no diabéticas, al quedarse embarazadas pueden iniciar una diabetes. Al nacer el bebé, la diabetes puede proseguir o curarse.



Secundaria. A medicamentos como los corticoides o los inmunosupresores. La cirugía del páncreas ya sea extirpación total o parcial también puede producir diabetes.

Diagnóstico

► Síntomas de diabetes (poliuria, polidipsia y pérdida de peso) y una glucemia plasmática al azar (a cualquier hora del día) ≥ 200 mg/dl.

► Dos determinaciones de glucemia basal en plasma venoso (GBP) ≥ 126 mg/dl. Ausencia de ingesta calórica en las 8 horas previas.

► Dos determinaciones de HbA1c $\geq 6,5$ %. No es necesario estar en ayunas.

► Dos determinaciones de glucemia en plasma venoso ≥ 200 mg/dl a las 2 horas de test de tolerancia oral a la glucosa con 75 g (TTOG). Está indicado realizar la curva (TTOG 75g) en caso de sospecha de DM2 que no se ha confirmado con GBP o HbA1c.

Separata



► Una determinación mayor que el umbral diagnóstico con una prueba (por ejemplo, con la glucemia basal plasmática) puede ser refrendada con otra prueba diferente por encima del umbral diagnóstico (por ejemplo, con HbA1c), siempre en días diferentes, aunque se prefiera confirmar el diagnóstico con la misma prueba.

► No se recomienda la glucemia capilar como método diagnóstico.

¿QUIÉN TIENE MAYOR RIESGO DE DESARROLLAR DM1?

Aunque el riesgo a desarrollar DM1 es bajo (una de cada 10.000 personas y año), presentan mayor riesgo:

- Los hermanos de personas que tienen diabetes tipo 1.
- Los hijos cuyos progenitores tienen diabetes tipo 1, si ambos progenitores tienen diabetes, el riesgo es superior.

¿SE PUEDE PREVENIR LA DM1?

En personas con riesgo elevado de desarrollar DM1 se han probado distintos tratamientos para frenar la aparición de esta enfermedad aunque hasta la fecha de hoy no han dado resultado.

¿QUIÉN TIENE MAYOR RIESGO DE DESARROLLAR DM2?

- Las personas con historia familiar de diabetes.
- Quien sufre sobrepeso.
- Las personas que no hacen ejercicio.
- Las personas con colesterol y tensión arterial elevada.
- Las personas con antecedentes de enfermedad cardiovascular.
- Las mujeres que han tenido diabetes gestacional o mujeres que han tenido un bebé con un peso al nacer igual o superior a 4kg.
- Las personas con intolerancia oral a la glucosa presentan valores de

glucosa en sangre más elevado de lo normal, pero no lo suficiente para ser clasificados como diabéticos.

Hay dos situaciones que se consideran factores de riesgo para una futura diabetes y para enfermedades cardiovasculares:

1. La intolerancia oral a la glucosa: después de una prueba oral de 2 horas de tolerancia a la glucosa, los resultados oscilan entre 140 y 199mg/dl. La intolerancia oral a la glucosa es un factor de riesgo de DM2. De cada 100 personas adultas 11 presentan intolerancia.

2. La glucosa alterada en ayunas: después de 8 horas de ayuno los resultados de la glucosa en sangre son superiores a 110mg/dl pero inferiores a 126mg/dl.

¿SE PUEDE PREVENIR LA DM2?

Las personas con riesgo elevado de padecer DM2 pueden prevenir y / o retrasar la aparición de DM2 si:

- Mantienen un peso corporal correcto.
- Realizan actividad física regular.
- Las personas mayores de 45 años deberían controlar sus valores de glucosa en sangre cada 3 años si el resultado es normal. Antes de los 45 años sólo aquellas que presenten alguno de los factores de riesgo. Se han demostrado también eficaces en la prevención distintos tratamientos farmacológicos

BASES DEL TRATAMIENTO

Alimentación: sana, variada y equilibrada. Leche (2-3 raciones al día), fruta (1-2 raciones al día), verdura (2-3 raciones/día), granos (85-115g/día, preferentemente granos enteros), alimentos proteicos (140-180g/día), y aceites y grasas (no más de 35ml/día). Moderar el consumo de productos azucarados, precocinados y bebidas alcohólicas.

MEDIDAS TERAPÉUTICAS

► **Antidiabéticos orales:** inhibidores de las alfas glicosidasas, sensibilizadores a la insulina y secretagogos.

► **Insulina:** Existen varios tipos:

■ **Acción ultrarrápida:** comienza su acción a los 10-15 min. Su pico máximo de acción es de 1-1,5h y su acción se prolonga hasta las 4-5h. Novorapid®

■ **Acción rápida:** comienza su acción a los 15-60min. Su pico máximo de acción es a las 2-4h y su acción se prolonga hasta las 5-8h. Actrapid®

■ **Acción intermedia:** Comienza su acción a las 2,5-3h, su pico máximo de acción es a las 5-7h, prolongándose su acción hasta 13-16h después. Humulina NPHR®.

■ **Acción prolongada:** Su acción comienza a las 2-3h, no tiene pico máximo y prolonga su efecto 24-30h. Lantus®

► **Ejercicio físico:** En DM1, el equipo médico programará la actividad física. En DM2 se planificará un programa adaptado a las necesidades individuales para realizarlo como mínimo de 3 a 4 veces por semana.

► **Educación diabetológica:** educación para la persona con diabetes y sus familiares.

¿QUÉ ES LA HIPOGLUCEMIA?

Se produce una hipoglucemia cuando el nivel de glucemia es inferior a 70mg/dl. Puede suceder por:

- Una dosis inadecuada de insulina.
- No comer o retrasar la comida.
- Realizar mayor actividad física de lo habitual.
- Ingerir alcohol.
- Situación que produce ansiedad o estrés.
- Estar enfermo.

Signos y síntomas:

- **Hipoglucemia asintomática:** no aparecen manifestaciones.
- **Hipoglucemia sintomática:** mareo, palidez, sudoración fría, temblor, cosquilleos, ansiedad, palpitaciones, hambre intensa, visión borrosa, dolor de cabeza, visión doble, alteración del comportamiento, alteración de la palabra (borrachera diabética), somnolencia, nerviosismo, convulsiones, coma.

PROTOCOLO ACTUACIÓN

Si está consciente:

- Ingerir 15g de glucosa (equivalen a 2 sobres de azúcar o un vaso de zumo).
- Esperar 15 minutos y medir glucosa en sangre.
- Valores menores 70mg/dl o clara sintomatología, volver a tomar 15g de glucosa.
- Cuando sea mayor de 70mg/dl, tomar hidratos de absorción lenta

para evitar que se produzca la hipoglucemia: una o 2 piezas de fruta o 2-4 galletas tipo María o 20-40g de pan o 2 vasos de leche o vaso de leche más 2 galletas tipo María.

Si el paciente está inconsciente:

- No dar nunca alimentos por la boca.
- Inyectar Glucagón.
- Avisar 112.

¿QUÉ ES LA HIPERGLUCEMIA?

Tener el nivel de glucemia mayor de 250mg/dl.

¿CUÁLES SON LAS CAUSAS?

- Errores en la dosificación de insulina.
- Aumento en la ingesta de hidratos de carbono.
- Disminuir la actividad física sin ajustar la dieta o dosis de insulina.
- Infecciones.
- Situaciones estresantes o emocionales.

Síntomas:

- Deseo fuerte de orinar, sed intensa, boca seca, piel seca, prurito genital, visión borrosa, irritabilidad.

Estos síntomas son debidos a que en el organismo hay insulina, aunque en cantidades insuficientes.

Cuando la deficiencia de la insulina es casi absoluta, aparecerá la cetosis con los siguientes síntomas: pérdida de peso, debilidad, pérdida de musculatura, náuseas, vómitos, cansancio, dolor abdominal, olor afrutado en el aliento.

¿QUÉ HACER EN CASO DE HIPOGLUCEMIA?

- Control de glucemia más frecuente.
- Con dolor de estómago, náuseas, vómitos, cetosis, o alteración de la conciencia, acudir a urgencias.

Los niveles elevados de glucemia crónicos generan:

- Daños en los pies
- Problemas oculares
- Fallo renal



- Daño nervioso
- Complicaciones cardiovasculares

Hace años que los expertos, la prensa y los medios de comunicación nos avisan de lo que pasará en un tiempo no muy lejano.

Bibliografía

Asociación de Diabéticos de Madrid. 18 Marzo 2013.

The Nemours-Fundation. 1995-2013

El Día.es. 12 Marzo 2013.

Rtve.es. 16 diciembre 2011.

El mundo.es. 25 mayo 2007.

Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud CDC.

BAYER. diabetes.bayer.es.

SAFONIDIABETES. American Diabetes Association.

Standards of Medical Care in Diabetes Care. 2012. Diabetesmenarini.com.

Cuidados de enfermería en la diabetes. Jose Raúl Dueñas Fuentes, Diplomado Universitario en Enfermería.

Agradezco la colaboración de: Xisca Fallar (Diabetes y Nutrición) y María Marques (Supervisora de la Unidad de Urgencias) y al Ayuntamiento d'Alaior.



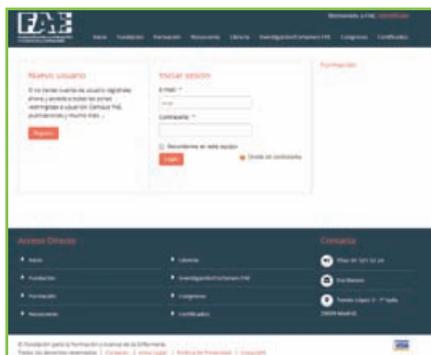
Normas para realizar la Actividad Formativa y conseguir tu certificado

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 Identificate (parte superior derecha de su pantalla)



Una vez que se identifique le aparecerá la siguiente pantalla:



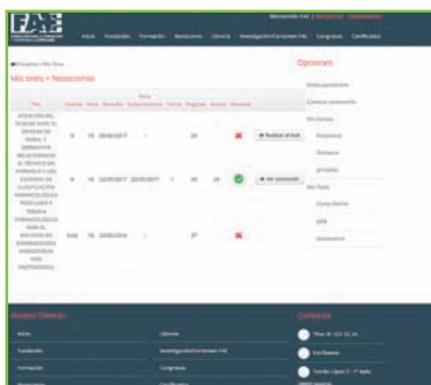
Si ya es usuario registrado deberá introducir su correo electrónico y contraseña en la opción de la derecha: INICIAR SESIÓN. Una vez haya puesto estos datos, por favor, clique en LOGIN. Si por el contrario, no es usuario registrado puede registrarse en la opción situada a la izquierda: NUEVO USUARIO.

Cuando se encuentre identificado verá la siguiente pantalla:

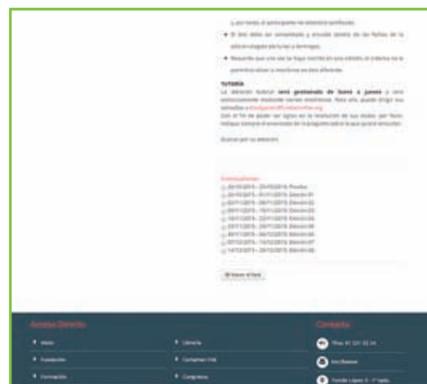


Para acceder al curso deberá clicar en NOSOCOMIO

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.

Cuidados del Técnico de Enfermería al paciente urostomizado

El cáncer de vejiga es una patología grave, cuya incidencia ha aumentado en los últimos años, siendo la segunda neoplasia urológica más frecuente. Cuando invade las capas musculares la solución más frecuente es la cistectomía radical, que consiste en la extirpación de la vejiga junto con los tejidos que la rodean, que en el caso del hombre supone la exéresis de la próstata y vesículas seminales y en el de la mujer de los órganos reproductivos internos.

TIPOS DE OSTOMIAS UROLÓGICAS

Cuando existe un problema o una alteración que impide el normal funcionamiento del sistema urinario puede hacerse necesaria la realización de una ostomía urológica o urostomía que consiste en derivar el flujo de orina que se ha formado en el riñón, eliminando su paso por la vejiga, para facilitar su salida por un estoma al exterior. Con ello el objetivo primordial es preservar la función del riñón.

Una **urostomía** es una derivación urinaria en la cual la salida de la orina tiene lugar a través de un estoma u orificio en la pared abdominal.

Existen distintos tipos de derivaciones urinarias:

- ▶ Ureterostomía.
- ▶ Nefrostomía.

Clasificación según sean las derivaciones:

▶ Continentes:

- Ortotópicas.
- Ureteroileouretrostomía (sustitución vesical).
- Heterotópicas.



- Ureterosigmoidostomía (uréteres a sigma).
- Urostomía Continente (con estoma mucocutáneo).

▶ No continentes:

- Heterotópicas.
- Mediante sonda o catéter: nefrostomía, pielostomía, talla suprapúbica o cistostomía.
- Con estoma mucocutáneo: ureteroileostomía cutánea-Bricker, ureterostomía cutánea, uretostomía.

NEFROSTOMÍA

La nefrostomía es la derivación de la orina al exterior por medio de un catéter que se introduce directamente en el riñón por la piel, en el costado del riñón que se pretende drenar.

Indicaciones

Según su origen, éstas se pueden clasificar en:

- ▶ Tumorales.
- ▶ Vejiga neurógena.
- ▶ Obstructivas.
- ▶ Congénitas.
- ▶ Traumáticas.

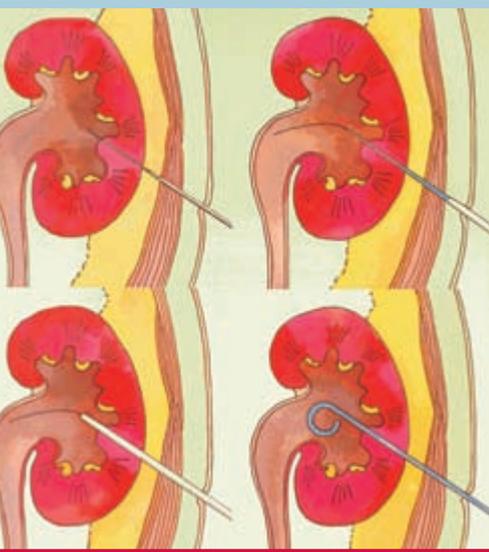
Clasificación de nefrostomía

Derivación urinaria no continente heterotópica a través de sonda o catéter (riñón a piel).

1. Nefrostomía simple: Se realiza mediante cirugía, colocando un catéter en la pelvis renal a través del parénquima.

2. Nefrostomía en raqueta: consiste en una técnica quirúrgica mediante la cual un catéter es introducido por un polo renal y se exterioriza por el polo opuesto para así drenar la cavidad renal. El catéter debe ser cambiado periódicamente. El nombre de nefrostomía en raqueta se debe a la forma que adquiere el catéter una vez conectado a la bolsa de drenaje o diuresis.

3. Nefrostomía percutánea: se realiza asistida por control radiológico y, generalmente, con guía ecográfica para facilitar la colocación del catéter en la pelvis renal a través del parénquima renal. Esta técnica se ha divulgado en los últimos años gracias a la aparición de catéteres autoretentivos que evitan la salida de los mismos por el simple



hecho de pasar al paciente de postura ortostática a bipedestación.

La técnica de punción que se usa para abordar el parénquima renal y desviar el cauce de la orina es la téc-

Cuidados del Técnico de Enfermería al paciente urostomizado

DERIVACIONES URINARIAS CONTINENTES		
TRACTO URINARIO SUPERIOR		
HETEROTÓPICAS (MUCOCUTÁNEAS)	HETEROTÓPICAS (VÍA DIGESTIVA)	ORTOTÓPICAS (VÍA URINARIA)
UROSTOMÍA CONTINENTE	URETEROSIGMOIDOSTOMÍA	URETEROILEOURETROSTOMÍA
MITROFANOFF, INDIANA, BARCELONA POUCH, KOCK, etc.	COFFEYS, MAINZ II, etc.	PADOVANA, CAMEY, HAUTMANN, STUDER, etc.
Neovejiga (asa ileal) que se aboca a piel a través de un estoma continente	Uréteres a sigma (directamente o a través de un reservorio)	Neovejiga (asa ileal) que se deriva a uretra
La orina es evacuada por la piel cuando se extrae con una sonda	La orina es evacuada con las heces a través de ano	La orina es evacuada por la uretra

nica de Seldinger que, básicamente, consiste en la punción con aguja gruesa para pasar una guía metálica hasta el riñón, seguido de la dilatación progresiva del trayecto para colocar un catéter con terminación pig-tail, el cual se fija a la piel mediante unos puntos de sutura (disco de Harzmann) y se conecta a un sistema de drenaje cerrado.

Pielostomía. Técnica quirúrgica mediante la cual se coloca el catéter en la pelvis renal, quedando exteriorizada en el flanco abdominal correspondiente. Suele ser temporal en el transcurso de otros tipos de cirugía, para asegurar el reposo de suturas internas.

Cuidado pre y posoperatorio de la nefrostomía percutánea

Cuidados preoperatorios

- ▶ El paciente debe recibir profilaxis antibiótica para prevenir infecciones.
- ▶ Los trastornos hemorrágicos y la hipertensión descontrolada deben corregirse.
- ▶ Se interrumpen los anticoagulantes y el ácido acetilsalicílico, disminuye la posibilidad de que desarrolle hematoma perirrenal.

Cuidados postoperatorios

- ▶ Valoraremos al paciente en busca de posibles complicaciones.

DERIVACIONES URINARIAS NO CONTINENTES					
HETEROTÓPICAS					
TRACTO URINARIO SUPERIOR			TRACTO URINARIO INFERIOR		
A nivel de RIÑÓN		A nivel de URETER		A nivel de VEJIGA	A nivel de URETRA
NEFROSTOMÍA	PELOSTOMÍA	URETEROSTOMÍA CUTÁNEA	URETEROILEOSTOMÍA TIPO BRICKER	CISTOSTOMÍA	URETROSTOMÍA
Riñón a piel • Simple • Percutánea • En raqueta	Pelvis renal a piel	Uréteres a piel • Unilateral • Bilateral • Cañón de escopeta • Transureterostomía	Uréteres a piel a través de un conducto ileal	Vejiga a piel	Uretra a piel
A través de sonda o catéter	A través de sonda o catéter	Directamente, a través de pequeño estoma	A través de un conducto ileal con estoma mucocutáneo	A través de sonda o catéter	A través de un pequeño estoma en pené

- Sangrado en el sitio de punción de la nefrostomía o hematomas.
- Dolor.
- Sepsis: Es una complicación rara, se previene con antibióticos en el preoperatorio.
- Formación de fistulas y otras complicaciones más raras.
- ▶ Valorar la piel en el sitio de salida en busca de sangrado, signos de infección, fuga de orina o irritación cutánea.
- ▶ Asegurar un drenaje sin obstrucciones a partir de la sonda o catéter de nefrostomía.
- ▶ Si la sonda se desaloja, informar de inmediato para su reemplazo.
- ▶ Nunca debe colocarse una pinza en la sonda de nefrostomía.
- ▶ Nunca irrigar las sondas de nefrostomía sin órdenes específicas.
- ▶ Fomentar el consumo de líquidos para promover la irrigación natural del riñón y de la sonda.
- ▶ Aplicar un vendaje seco en el sitio de salida y reemplazar este según se requiera.
- ▶ Medir el gasto urinario de la sonda de nefrostomía.

Complicaciones del cateter de nefrostomía percutanea

Complicaciones del propio catéter

- ▶ **Obstrucción.** Por diferentes causas:
 - Formación de concreciones calcáreas en la luz del catéter.
 - Acodaduras o retorcimientos del catéter en el punto de entrada de la piel o en las proximidades de la llave.
 - Coágulos. Se producen en caso de hematurias importantes.
 - Piuria. Cuando la orina se infecta, aumenta su densidad y puede obstruir los catéteres.
 - Los signos de obstrucción: Drenaje insuficiente, nulo o pericatóter, dificultad para realizar lavados.
 - Hay que notificarlo al médico para que quede constancia y se tomen las medidas oportunas.

▶ **Movilización.** Es la salida parcial o total del pig-tail de la vía renal, lo que se traduce en un aumento de la cantidad de catéter visible fuera de la piel.

▶ **Hematuria.** Siempre es un signo de alarma por la potencial gravedad de las causas.

▶ **Infección.** Es una complicación frecuente en pacientes portadores de catéteres permanentes.

Los signos de infección son: Alteraciones cutáneas, orina turbia, puede aparecer una leve hematuria, pielonefritis.

Complicaciones cutáneas.

Granuloma, infección cutánea, eczema de contacto.

Cuidados del cateter del equipo de enfermería

- ▶ Lavarse las manos antes de realizar el cambio de apósito
- ▶ Retirar el apósito o gasas teniendo cuidado de no traccionar el catéter.
- ▶ Ponerse guantes estériles.
- ▶ Limpiar la zona de alrededor del catéter con suero fisiológico.
- ▶ Desinfectar la zona aplicando una solución desinfectante, usando gasas estériles.
- ▶ Aplicar las gasas haciendo una incisión en las mismas abrazando el catéter para sujetarlo.
- ▶ Proteger la piel con gasa y lo fijaremos con esparadrapo o apósito antialérgico.
- ▶ El catéter se conectará a una bolsa de drenaje mediante una conexión especial. Otra posibilidad es alojar el catéter en una bolsa de urostomía para protegerlo de tirones accidentales.
- ▶ Para controlar la permeabilidad del catéter, hacer lavados con unos 5-10 cc de suero fisiológico y aspirar.
- ▶ Controlar el punto de punción, evitando que esté en contacto con la orina y evitar la maceración.
- ▶ Beber al menos ocho vasos de agua al día si no está contraindicado.



- ▶ Evitar que la sonda se acode, tuerza o tenga pinzas colocadas.
- ▶ Siempre mantener la bolsa de drenaje por debajo de la cintura.
- ▶ Notificar al médico de inmediato si se desprende la sonda, si se filtran cantidades considerables de orina alrededor de la sonda, si el volumen urinario disminuye o si se desarrollan fiebre, dorsalgia y orina turbia o fétida.
- ▶ Motivación positiva hacia el paciente recalcando lo que hace bien.
- ▶ Justo antes del alta, se comprobará que el paciente ha asimilado toda la información recibida, verificar que realiza correctamente el cambio de apósito y la conexión a la bolsa de drenaje.
- ▶ Aporta como ventajas su sencillez, escasa morbilidad, y no afectar al parénquima renal. Por el contrario, su duración es limitada al no permitir la reposición del catéter. Como derivación de carácter temporal o de emergencia se ve superada por la nefrostomía por punción percutánea, relegándose a casos en los que ésta no puede realizarse.

UROSTOMÍA

Es la consecuencia quirúrgica de abocar al exterior una porción de vía urinaria (uréter) o intestino para poder expulsar la orina a través de un estoma, que observamos en el

abdomen, la emisión de orina suele ser incontinente.

Nos referimos al estoma como el segmento de uréter, de color rojo-rosáceo y aspecto húmedo, que observamos en el abdomen.

La orina es irritante para la piel pero no afecta al estoma, ya que éste está formado por mucosa.

La emisión de orina por una urostomía suele ser incontinente y por tanto la emisión de orina es continua, gota a gota.

Si no existe otra alteración añadida, el color, el olor y la cantidad de orina no tiene porqué ser diferente al previo a la cirugía.

Existen diferentes formas de realizar un estoma y la técnica usada dependerá de las preferencias del cirujano o de la situación patológica. En las urostomías es habitual realizar estomas terminales.

En el abdomen vemos una boca, se exterioriza un cabo de la nueva vía urinaria que se voltea y se sutura a la piel.

Técnicas quirúrgicas

En determinadas patologías del aparato urinario es necesario realizar una cirugía con creación de estoma como sucede en las alteraciones de las vías urinarias. En estas cirugías, si no existe otro problema añadido, no se altera la producción de orina, sino simplemente se desvía por otro camino diferente al habitual. Esto es importante para las personas urostomizadas puesto que no van a sufrir ninguna alteración en el equilibrio de líquidos y electrolitos.

El estoma que vemos puede ser de mucosa ureteral o intestinal. Es decir, a veces es el propio uréter el que se exterioriza a la piel, conduciendo la orina desde los riñones al exterior. Son las llamadas ureterostomías.

Ureterostomía cutánea. Consiste en abocar uno o ambos uréteres

Cuidados del Técnico de Enfermería al paciente urostomizado



res a la piel. Puede ser unilateral, bilateral, en cañón de escopeta o transuretero-ureterostomía en Y.

Ureteroileostomía tipo BRICKER. Es la derivación que más se realiza; consiste en aislar una porción de íleon para crear un "conducto ileal" al que se abocarán ambos uréteres. En este tipo de derivación, por el estoma, además de la orina, se expulsará el moco segregado por la porción de intestino.

El Bricker se presenta como un excelente método de derivación

permanente que, salvando el inconveniente de ser externo, presenta unas tasas de complicaciones muy aceptables, siendo un método que preserva correctamente tanto la morfología como la función renal.

Si la urostomía se ha creado con tejido intestinal, el aspecto es igual que en la ostomías digestivas, pero ahora, evacua orina. La mucosa es de color rojo más vivo y su localización dependerá de la porción del intestino que se utilice. Normalmente el estoma estará localizado en la parte derecha del abdomen si el seg-

COMPLICACIONES DE LAS DERIVACIONES URINARIAS NO CONTINENTES							
	DEL CATER	DEL ESTOMA	DE LA PIEL	DEL TRACTO URINARIO INFERIOR	DEL TRACTO URINARIO SUPERIOR	SISTÉMICOS	
HETEROTÓPICAS	NEFRISTOMIA Y FIELOSTOMIA	Facilidad del catéter Obstrucción de catéter	Hemorragia. Esteroides. Grandomas.	Dermatitis piel peri catéter	No	Hidronefrosis Infección tracto urinario superior Litiasis renal Hematomas	Insuficiencia renal.
	URETOSTOMIA CUTÁNEA	Facilidad del catéter Obstrucción de catéter	Hemorragia Debilidad Esteroides Retracción Hernia Grandomas	Dermatitis periestoma	No	Hidronefrosis Infección tracto urinario superior	Insuficiencia renal.
	URETRO-ILEOSTOMIA TIPO BRICKER	No	Edema Necrosis Hemorragia Debilidad Esteroides Retracción Hernia Grandomas	Dermatitis periestoma	No	Hidronefrosis Infección tracto urinario superior Reflujo uretral	Insuficiencia renal. Alteraciones metabólicas.
	CISTOSTOMIA	Facilidad del catéter Obstrucción de catéter	Hemorragia Esteroides Grandomas	Dermatitis piel peri catéter	Litiasis vesical. Infección tracto urinario inferior	Infección tracto urinario superior	Insuficiencia renal.
	URETOSTOMIA	No	Hemorragia Debilidad Esteroides Retracción Grandomas	Dermatitis periestoma	Litiasis vesical.	No	No

COMPLICACIONES DE LAS DERIVACIONES URINARIAS CONTINENTES						
	DE LA ANASTOMOSIS	DEL ESTOMA	DE LA PIEL	DEL TRACTO URINARIO INFERIOR	DEL TRACTO URINARIO SUPERIOR	SISTÉMICOS
HETEROTÓPICAS						
UROSTOMIA CONTINENTE	Dehiscencia anastomótica, Fístulas, Estenosis.	Traumatismo, Falso estómico urinario, Fiebre de contusión, Edema, Necrosis, Hemorragia, Dehiscencia, Estenosis, Retención, Hernia, Granuloma.	Dermatitis periestomal	No	Reflujo uretral, Incontinencia nocturna, Infección tracto urinario superior.	Insuficiencia renal, Alteraciones metabólicas.
ORTOTÓPICAS						
URETROSTOMIA DOSTOMIA	Dehiscencia anastomótica, Fístulas, Estenosis.	No	Dermatitis periestomal	Tenacidad rectal, Incontinencia urinaria distal	Reflujo uretral, Incontinencia nocturna, Infección tracto urinario superior.	Insuficiencia renal, Alteraciones metabólicas.
URETROILEO-URETROSTOMIA	Aparición de Ureteroanastomosis, Estenosis, Infección, Fístula maloclusiva, Absceso, Ureteroanastomosis, Estenosis, Fístula, Retención primaria.	No	No	Incontinencia nocturna, Presencia de reflujo postanastomático en neovejiga, Incontinencia diurna orotética.	Reflujo uretral, Incontinencia nocturna, Infección tracto urinario superior.	Insuficiencia renal, Alteraciones metabólicas.

mento utilizado es el íleon y en la parte izquierda si es el colon.

Citostomía. Consiste en derivar el curso de la orina desde la vejiga directamente a la piel. Normalmente se realiza colocando un catéter o sonda mediante punción suprapúbica asistida por ecógrafo. Suele ser una solución temporal.

Ureterostomía. Consiste en derivar el curso de la orina desde la uretra a la piel a través de un estoma en el periné.

Urostomía continente. Consiste en aislar una porción de íleon, para construir un reservorio o neovejiga a la que se abocarán ambos uréteres. Con el apéndice o bien una porción del íleon, se construye una válvula hidráulica que se aboca a la piel a modo de pequeño estoma. Para evacuar la orina y vaciar el reservorio es necesario insertar un catéter o sonda a través del estoma de 5-6 veces al día.

Uretersigmoistomía. En esta técnica los uréteres se derivan al colon sigmoide. La orina será expulsada al exterior a través del ano, junto con las heces.

Ureteroileouretrostomía. Se trata de técnicas de sustitución vesical que respetan la vía excretora natural, es decir, la uretra. Así pues,

se trata de derivaciones permanentes, continentes y ortotópicas. En cada caso la neovejiga se construye de forma diferente aunque siempre se persiguen los mismos objetivos: conseguir una micción lo más parecida posible a la fisiológica, con preservación de la función renal.

Cuidados preoperatorios y postoperatorios

Una semana antes de la intervención

- ▶ Entrevista
- ▶ Información al paciente y familia sobre la intervención.
- ▶ Explicación detallada.
- ▶ Preparación del intestino según protocolo.
- ▶ Marcaje del estoma, su ubicación será en hemiabdomen derecho.
- ▶ Se colocará un dispositivo de dos piezas con agua en su interior y se dejará durante todo el día para asegurarnos que el paciente la puede ver, tocar y se le aconsejará que realice diferentes actividades cotidianas y así familiarizarse con la bolsa y nosotros comprobar su situación.

Día de la intervención

- ▶ Preparación preoperatoria de la piel.
- ▶ Rasurado de la zona.

- ▶ Ducha con jabón antiséptico.
- ▶ Remarcar el punto del marcaje si es preciso.
- ▶ Pintar la piel con povidona acuosa y tapar el abdomen con talla estéril.

Posoperatorio inmediato

- ▶ Proporcionar cuidados óptimos al paciente.
- ▶ Evitar la aparición de complicaciones.
- ▶ Lograr que el paciente se encuentre lo más confortable posible.
- ▶ Mantener el estoma y zona periestomal en óptimas condiciones.
- ▶ Mantener la permeabilidad de los catéteres uretrales.
- ▶ Iniciar al paciente en los autocuidados.

Valoración del paciente

- ▶ Observar el estado general del paciente.
- ▶ Valorar grado de aceptación y conducta.
- ▶ Valorar el estado de la piel periestomal, las posibles alergias al dispositivo, fugas de orina, coloración del estoma.
- ▶ Valorar color, aspecto y cantidad de orina.
- ▶ Mantener la permeabilidad de los catéteres.
- ▶ Es importante el control por turno de la permeabilidad de los catéteres.
- ▶ Valorar el inicio del peristaltismo.
- ▶ Mantendremos al paciente en dieta absoluta y con sonda nasogástrica hasta la presencia de movimiento intestinal (aproximadamente 5-7 días).

Cuidados en el postoperatorio

- ▶ Hay que estimular la comunicación con el paciente y cuidador principal.
- ▶ Se iniciará la educación del paciente: Cómo realizar la higiene del estoma y piel periestomal, enseñar cómo se adapta el disco adhesivo y bolsa de urostomía, se recomendará dejar varios días el adhesivo en la piel, mostrar cómo se vacían las bolsas.



- ▶ Recordar que es normal que aparezca mucosidad con la orina ya que es segregada por la porción de intestino delgado.
- ▶ Recomendar beber mucha agua y zumos de fruta ricos en vitamina C.
- ▶ Recomendar evitar el sobrepeso para que no se dificulte la colocación del dispositivo.
- ▶ Hacer referencia a la sexualidad, y recomendar una consulta con el urólogo en caso de problemas.
- ▶ Insistir en que el paciente solicite una consulta inmediata en el caso de un cambio repentino en el tamaño o color del estoma, dolor en la zona lumbar o en el estoma, enturbiamiento u olor fétido de la orina o aparición de problemas en la piel.

COMPLICACIONES DE LOS ESTOMAS

Complicaciones inmediatas

- Necrosis.
- Hemorragia.
- Edema.
- Infecciones periestomales.
- Oclusión.
- Infección y dehiscencia.
- Hundimiento.

Complicaciones tardías

- Estenosis.
- Hernia.
- Prolapso.
- Fístulas.
- Retracción.
- Granuloma.
- Dermatitis periestomal.



- Irritación cutánea.
- Obstrucción intestinal.

HIGIENE Y CUIDADOS DEL ESTOMA

Los primeros cambios se suelen realizar con el paciente encamado, la cercanía de la intervención conlleva fatiga y dolor, provocando cuanto menos una falta de atención en el proceso de aprendizaje si se pretende realizar éste en el baño y en pie.

En cuanto la recuperación física del paciente lo permita, se seguirá el proceso en el baño, ante el espejo, iniciando así una rutina.

El primer cambio lo realizará la enfermera, explicándolo paso a paso.

En los cambios sucesivos se irá cediendo protagonismo al paciente.

El cambio de dispositivo paso a paso:

- ▶ Preparación del material necesario.
- ▶ Preservar la intimidad del paciente y la familia en todo momento.
- ▶ Informar al paciente y familia de los cuidados y explicar la técnica.
- ▶ Lavado de manos antes y después del cambio.

- ▶ Colocar el empapador bajo el paciente y el resto del material a mano.
- ▶ Ponerse guantes.
- ▶ Retirar el dispositivo sujeto a la piel con sumo cuidado.
- ▶ Limpiar la zona periestomal y el estoma con cuidado.
- ▶ Secar la zona periestomal con pequeños toques, evitando frotar bruscamente.
- ▶ Recortar el dispositivo de forma que se ajuste al estoma y proteja la piel periestomal.
- ▶ Retirar el film protector y adherir el dispositivo alrededor del estoma de abajo a arriba.
- ▶ Utilizar los accesorios necesarios si la situación lo requiere.
- ▶ Si la piel periestomal tiene vello, recortar con tijeras.
- ▶ Es muy importante que el dispositivo se ajuste al estoma lo mejor posible.
- ▶ No usar cremas que impidan la correcta adhesión del dispositivo a la piel.
- ▶ Es conveniente evitar el cambio tras la ingesta.

TIPO DE DISPOSITIVOS

También conocidos como bolsas, se utilizan para la recogida de los efluentes que se expulsan a través del estoma. Existen múltiples dispositivos en el mercado.

Todos los dispositivos constan de unos componentes que son:

Lámina adhesiva. Es la parte que está en contacto más directo con la piel periestomal y donde se encuentra la sustancia adhesiva.

Un adhesivo ideal de un sistema colector para ostomías debe de cubrir las 5 siguientes propiedades para asegurar una piel sana en el paciente.

- Pegado inicial y adhesión.
- Flexibilidad.
- Absorción.

Cuidados del Técnico de Enfermería al paciente urostomizado



Las bolsas están formadas por dos elementos diferentes: el adhesivo que se pega a la piel y la bolsa.

- Resistencia a la erosión.
- Facilidad de remoción.

Bolsa. Se utiliza para recoger los desechos y se forma con distintas capas de plásticos superpuestas y prensadas; van revestidas de tejido para evitar que el contacto con la piel sea directo.

Características del plástico: Propiedades antifuga, resistente a las heces y a la orina, silencioso, a prueba de olor, opacas o transparentes.

Filtro. Determinados dispositivos incorporan en su parte superior un filtro de gas (carbón activado), con objeto de evitar la salida con olor de los gases.

Válvulas de vaciado. Los dispositivos tanto de ileostomías como de urostomías incorporan en su base válvulas de vaciado. Pueden cerrarse mediante pinzas, velcro o, en el caso de las urostomías, una espita que sirve de conexión con las bolsas colectoras normales.

Cuello de vaciado en bolsas abiertas. En los sistemas colectores abiertos es importante que el cuello de vaciado permita el drenaje adecuado del contenido de la bolsa. Además, se debe tener un sistema de cierre que garantice

que no saldrá el contenido de la bolsa al exterior.

Características y tipos de dispositivos

Las características que debe tener cualquier dispositivo son:

- Proteger la piel.
- Tener poder de fijación.
- Ser seguros.
- Ser manejables.
- Ser discretos.

Dispositivos para la urostomía.

Fuente: Coloplast®

Todas las bolsas de urostomía constan de una válvula de vaciado con tapón y una válvula antireflujo. La primera de ellas es un pequeño grifo, que permite vaciarlas cada vez que estén llenas. La válvula antireflujo permite el paso de la orina hacia abajo, pero impide que la orina retorne al estoma, evitando así posibles infecciones. Existen dos tipos de bolsas de urostomía:



A. Bolsas de 1 pieza.

El adhesivo está unido a la bolsa colectora formando un solo elemento que se coloca directamente sobre la piel y se retira en conjunto en cada cambio. Permiten la mayor discreción, ya que son muy flexibles y no abultan nada.

El tiempo de permanencia en la piel de estas bolsas es de 24 h. por término medio. Estos dispositivos suelen utilizarse cuando la piel que rodea al estoma es capaz de aguantar sin irritarse el cambio frecuente de adhesivo y se quiere utilizar un dispositivo discreto y flexible.



Bolsa de urostomía multicanal de una pieza.

B. Bolsas de 3 piezas.

También denominados dispositivos múltiples, están formados por dos elementos por separado: el adhesivo y la bolsa que se aseguran entre sí a través de un tercer elemento que es el aro de cierre o clipper. El adhesivo de estos sistemas se puede dejar pegado a la piel 2 ó 3 días, mientras que la bolsa se cambiará en función de las necesidades de cada uno (las bolsas se suelen cambiar 1 vez al día). Este dispositivo se deberá utilizar siempre que el factor primordial sea la protección cutánea y el cambio de adhesivo deba realizarse con escasa frecuencia. Abultan un poco más que los dispositivos únicos, pero a cambio, tienen la ventaja de que el sellado de la piel está garantizado durante varios días. Tanto las bolsas de 1 pieza como las de 3 piezas se deben vaciar cada 3 ó 4 horas. Para ello habrá que quitar el tapón de la válvula de vaciado. Un truco para no mancharse al abrir la válvula es voltearla hacia arriba antes

de abrir el tapón y luego ir poniéndola hacia abajo poco a poco para que salga la orina.

C. Otras bolsas.

Bolsa de drenaje nocturno: Por la noche, y con el fin de asegurar un descanso ininterrumpido sin necesidad de vaciar la bolsa con tanta frecuencia, se puede utilizar como accesorio una bolsa de drenaje nocturno, con capacidad de 2 litros, que se conecta a la válvula de vaciado de



Set de urostomía multicanal, 3 piezas.

la bolsa de urostomía. Esta bolsa de drenaje se colgará de un gancho en el lateral de la cama, procurando que quede siempre por debajo de la bolsa de urostomía, para así facilitar el flujo de la orina.

Bolsa Mini-Cap: Es una bolsa redonda y pequeña que se adapta al mismo disco de las bolsas normales, aportando una gran discreción. Lleva un material especial en su interior que absorbe la orina y la transforma en un gel. Se puede utilizar por un periodo de 1-1,5 horas, por lo que puede sustituir a la bolsa normal en situa-



ciones especiales como son los baños en playa o piscina, deportes, etc.

D. Otros accesorios.

Polvos: Protección para la piel periestomal ligeramente irritada.

Otorga una excelente capacidad de absorción en la zona periestomal, lo que favorece la regeneración de la piel y ayuda a que el dispositivo se pegue mejor, sellando la zona afectada.

Cinturón: Se acopla a unos enganches que llevan los discos adhesivos con el fin de aumentar la sujeción de éstos a la piel. Sólo son necesarios si la persona requiere una mayor seguridad en cuanto a la fijación del adhesivo.

Resina y anillos moldeables: Se utilizan para rellenar pliegues cutáneos y desniveles, así como para favorecer el sellado del adhesivo y evitar fugas. Tiene propiedades protectoras y regeneradoras para la piel. Hay personas que, sin tener pliegues, la utilizan alrededor del estoma a modo de barrera contra la orina y así impedir que ésta se filtre por debajo del adhesivo.

Cremas barrera: Hay cremas especiales indicadas en irritaciones leves de la zona de alrededor del estoma. Hay que dejar que se absorban bien antes de aplicar el adhesivo, ya que si no éste no se pegará.

Películas protectoras: Forman como una "segunda piel" protegiendo nuestra piel de la orina. Estas películas aumentan la adhesividad de las resinas. Hay que tener la precaución de no usarlas si la piel está irritada ya que llevan alcohol y le escocerían.

Toallitas y lociones para eliminar adhesivo: Indicado para la retirada fácil de restos de adhesivo. Hay que remarcar que en situaciones concretas el uso de determinados accesorios es conveniente, incluso a veces resuelven eficazmente algunos problemas, pero lo habitual es que hoy en día y dado que los dispositivos de urostomía están muy avanzados, cada vez se utilicen menos.

Enfoque sociosanitario de la situación de dependencia y estudio centrado en discapacidad por lesión medular (II)

Pilar Garzón Bergua

Primer Premio del XX Certamen de Investigación de FAE

Es fundamental trabajar informando sobre **Inteligencia emocional** en su doble vertiente, la **Inteligencia Interpersonal** en relación a las **habilidades sociales** en las interacciones/relaciones con los demás que favorecen la motivación, facilitan identificar el estado de ánimo o temperamento, por ejemplo y, la **inteligencia Intrapersonal** o autocontrol emocional en situaciones que así lo requieran favoreciendo ahora el saber identificar las propias emociones (con la dificultad de que la mayoría de ellas son combinaciones de varias, por ejemplo, impotencia e ira) a través de distintas actuaciones para identificarlas en otros favoreciendo, además, la empatía, comunicación (escucha activa), asertividad o autocrítica o, ser conscientes de los puntos fuertes/débiles o capacidad de reflexión y autocrítica entre otros, pudiéndose trabajar este último tipo de inteligencia emocional a través del **"Análisis DAFO"** en base a las **Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades** como el apoyo familiar, valorando las cosas internas y externas que benefician o perjudican así como las que dependen de uno mismo o no.

Habilidades Sociales

Dentro del "Modelo de Competencia Social" y en base a un "entrenamiento mixto de habilidades" a través de técnicas individuales para la autoestima, para la toma de decisiones y grupales, sobre todo para la comunicación y asertividad, atendemos efectivamente a las habilidades sociales relacionadas con la capacidad de comunicación para una comunicación eficaz, que implica:

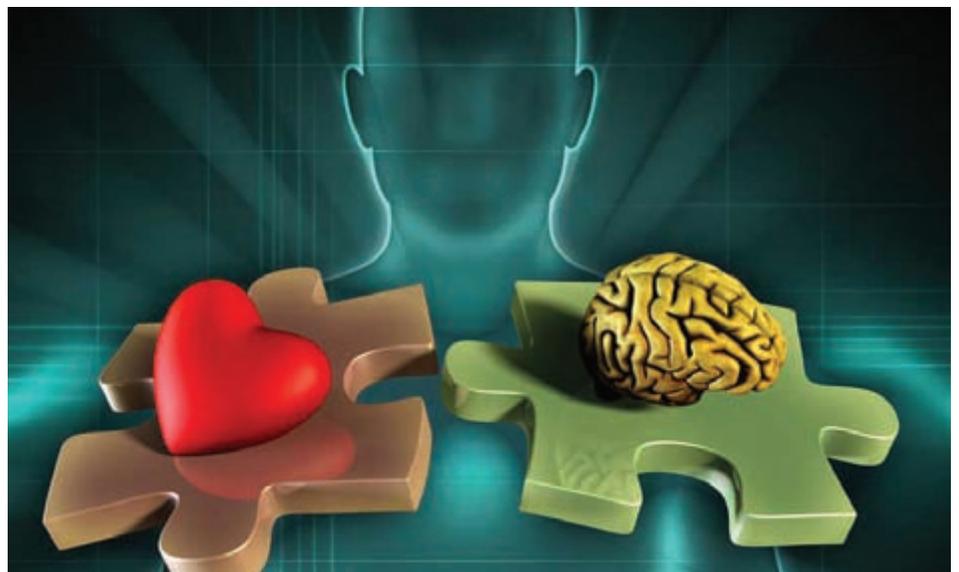
► Capacidad de expresarse adecuadamente así como la capacidad de escucha activa o saber escuchar lo que se dice y lo que subyace a lo que se dice.

"Técnicas para una comunicación eficaz". Para la adquisición de estas habilidades necesarias para ello y técnicas que la mejoran como seguir el tono afectivo o elegir momento y espacio adecuado, entre otras.

"Escuchar requiere más esfuerzo que hablar". Para aprender a escuchar, antes emitir/defender el propio punto de vista (comunicación asertiva), también necesaria para esa comunicación eficaz, en cuanto a que es la capacidad para una expresión equilibrada entre la agresiva

y la pasiva dotándoles de estrategias como la Técnica de los 3 pasos para comunicar una crítica (entiendo que tú pienses..., pero yo creo que..., por tanto...).

"Autoconocimiento y control emocional". Para ser conscientes e iden-



tificar las emociones que influyen en el comportamiento para su manejo eficaz a la hora de la resolución de conflictos y efectos nocivos en la salud (autocontrol para una comunicación eficaz).

► Asimismo, se trabajarán con todo ello habilidades cognitivas relacionadas con la autoestima para la toma de decisiones y habilidades afectivas (al sentirse identificados en mayor o menor medida los individuos del grupo pues, en mayor o menor medida compartirán características o aspectos de vida comunes), estas últimas en relación al conocimiento y autocontrol emocional que veremos a continuación.

► A través de diversas actividades, junto con la información, orientación y asesoramiento de acuerdo a los contenidos.

Autocontrol emocional

Dos tipos de mentes distintas: Existe la mente racional/reflexiva y lógica que, si bien es lenta, permite pensar la mejor reacción con la mente fría (estrategia de contar 1,2,3... hasta diez o técnicas de respiración/relajación) y la mente más emocional/visceral, es más rápida, pero no tan reflexiva y conlleva actuar en caliente ya que no utiliza la lógica y es la parte más primitiva del cerebro.

Es importante el autocontrol equilibrando ambos aspectos de la mente para evitar situaciones de **Secuestro Emocional** entendido como enajenación emocional transitoria (se recuerda lo que pasa), donde la última parte, la emocional, manda, sustituye y domina a la mente racional.

Para evaluar este autocontrol usaremos **Técnicas como Dinámicas de Grupo** que simulen situaciones estresantes reales de la vida diaria.



Autoconocimiento y actitud frente a la tarea

Tres tipos de emociones a evitar:

Cuando la persona se siente atacada o siente frustración/impotencia surgen emociones de ira y enfado que llevan a comportamientos agresivos y enérgicos porque hacen sentir fuerte y disminuyen el umbral de aguante aumentando la irascibilidad y las situaciones susceptibles de provocarla. Si la persona está preocupada o nerviosa por solucionar un problema, surge estrés y ansiedad haciendo que esté nervioso o inquieto y se presenten pensamientos obsesivos que siguen aumentando los niveles. Y, por último, si la persona presenta tristeza o baja autoestima pudiendo llegar a la depresión, cursa con comportamientos antisociales, aislamiento, apático o decaído, así como falta de concentración y memoria y pensamientos obsesivos recurrentes que no permiten pensar en más.

¿Qué podemos hacer? *Mens sana in corpore sano*

En el primer y segundo caso, técnicas de relajación, es decir, reflexionar

sobre el origen del enfado (racionalizar y tranquilizarse), no actuar en caliente, desde la parte emocional (pueden tomarse decisiones que no son buenas). Podemos desahogar la energía con actividad (no con deporte necesariamente, pero algo que ayude a desconectar y relajar, por ejemplo, un paseo). En el tercer caso, se utilizarán técnicas estimulantes del tipo pensar en positivo, realizar actividades como cuidarse o, esta vez sí, actividad física más activa (no relajación).

Asimismo, en los dos primeros casos, surge el riesgo de adicción a drogas depresoras del SN, sobre todo en caso de ansiedad, como tranquilizantes, opiáceos u alcohol y, en el tercer caso, la adicción a drogas estimulantes como la cafeína o nicotina.

¿Son tan malos los conflictos? Teorías sobre conflictos

De acuerdo al enfoque de Elton Mayo en su **Teoría sobre relaciones humanas**, es cuestión de aceptar el conflicto como algo natural y beneficioso ya que permite mejorarnos y, de acuerdo al **Enfoque Interaccionista de H. Blumer**, estimula la

productividad de modo que, finalmente, vemos la utilidad del conflicto en cuanto a que disminuye la probabilidad de aparición de nuevos al estimular la creatividad y superación, la comunicación, autoestima o motivación entre otros.

Higiene y aseo del paciente en relación a la vigilancia del estado y cuidado de la piel: Lesiones, patologías o medicación, técnicas y beneficios para el paciente.

Es fundamental conservar en condiciones adecuadas la piel porque cumple una función de barrera por su manto ácido ya que evita la contaminación por cualquier microorganismo no habitual, además de favorecer la eliminación de sustancias de desecho a través de la sudoración, por ejemplo.

También es recomendable aprovechar el momento del aseo para valorar su estado físico (como coloración o turgencia/elasticidad, por ejemplo), la aparición de indi-

cio de úlcera o detección precoz de otras lesiones cutáneas como veremos a continuación, o evaluación de las ya existentes para evitar su empeoramiento y seguimiento en los cuidados.

Asimismo, existen actividades que mejoran el estado de salud del paciente como técnicas de masaje durante la higiene, por ejemplo, en la aplicación de la hidratante corporal para favorecer la circulación y drenar el acúmulo de líquidos en la piel (por ejemplo, Edema) o, movilizar las articulaciones para evitar rigidez.

Efectivamente, en el momento de la valoración de su estado y atendiendo en todo momento a la aparición o modificación de lesiones, pueden aparecer lesiones primarias como **eritemas** (enrojecimiento de la piel por vasodilatación capilar que desaparece con la vitropresión, sino puede ser indicio de UPP), o lesiones secundarias generadas a partir de una alteración patológica previa, bien por pérdida superficial de sustancia como pueden ser una erosión o, como la **úlcera**.

Certamen

Además de lesiones en la piel, hay que atender a la presencia de patologías como la **dermatitis** o la inflamación de la piel por el uso de productos de aseo irritantes (con pH neutro se recomienda aceite o crema nutritiva de almendras para favorecer la hidratación).

Lesiones en pacientes con medicación anticoagulante como "**sintrón**" suponen el riesgo de que en cualquier erosión o pérdida superficial de piel con sangrado, éste no pare, de modo que debe ser atendido por profesionales.

Asimismo, se recomienda atender a aspectos fundamentales en la higiene como el uso de una **esponja jabonosa**, realizar el **secado a toques** (no raspado o frote que irrita y daña/lesiona) e **insistiendo en el secado** (sobre todo a nivel de los pliegues interdigitales, a nivel del espacio que queda entre los dedos, sobre todo de los pies, y zonas que permanecen tapadas como los genitales; la humedad macera la piel, la reblandece y propicia lesiones). Es importante también cuidar la



temperatura del agua, generalmente y salvo contraindicación médica, a uno o dos grados por encima de la temperatura corporal (la temperatura del agua nos servirá también para regular la temperatura del paciente, subirla o bajarla), mantener una temperatura adecuada de la habitación en torno a los 22-24 °C, evitando las corrientes de aire y no aplicar ningún tipo de alcoholes, como colonias, sobre la piel ya que la resecan y empeoran su estado, pero sí la hidratación como se dijo.

Todo esto genera, además, beneficios psicológicos en el paciente en cuanto a que mejora la autoestima y sensación de bienestar, favorece la comunicación y relación con el cuidador, quien, incluso, le puede transmitir técnicas de autocuidado permitiendo que el paciente participe en su autocuidado e higiene en la medida de lo posible, fomentando su autonomía y autoestima como se dijo. Es fundamental para el cuidador ser consciente y favorecer la higiene postural en cuanto a la adopción de posturas adecuadas para evitar lesiones respetando la ergonomía postural tanto en el aseo como en las movilizaciones, apoyo en los desplazamientos y traslados.

Úlceras por presión (UPP) e indicadores

Se definirían como heridas crónicas de la piel y los tejidos blandos/ tejido en el tejido conjuntivo/conectivo de la piel, venas, músculos, ligamentos, tendones, articulaciones e, incluso, llegando a ciertos órganos internos ya en los últimos estadios de su desarrollo.

Se produce al encontrarse esta piel y tejidos blandos sometida a presión/comprimiéndose durante tiempo prolongado contra la parte ósea (dura) del esqueleto y una superficie externa también dura (camas, silla, pliegues en la cama o silla, por ejemplo), generando is-

Certamen

quemia celular o muerte tisular (de los tejidos) por aporte insuficiente de sangre rica en nutrientes y oxígeno necesarios para la subsistencia de las células que constituyen esos tejidos, no llega oxígeno suficiente a las células de los tejidos y mueren (tejido necrótico).

Dentro de los grados de UPP, que son cuatro, nos interesa profundizar de todos su detección precoz. Grado I/ Pre-úlceras, donde la epidermis permanece intacta pero aparece en la zona sometida a presión un enrojecimiento (eritema) que desaparece al aliviar la presión y, la UPP Grado II, donde la epidermis sigue intacta pero existe como **primer signo de alarma** de desarrollo de UPP un **eritema/enrojecimiento** de la piel de más de 15 mm de diámetro que, esta vez, no desaparece al aliviar la presión pudiendo cursar con otros signos como proceso inflamatorio, se endurece la piel, dolor local y calor.

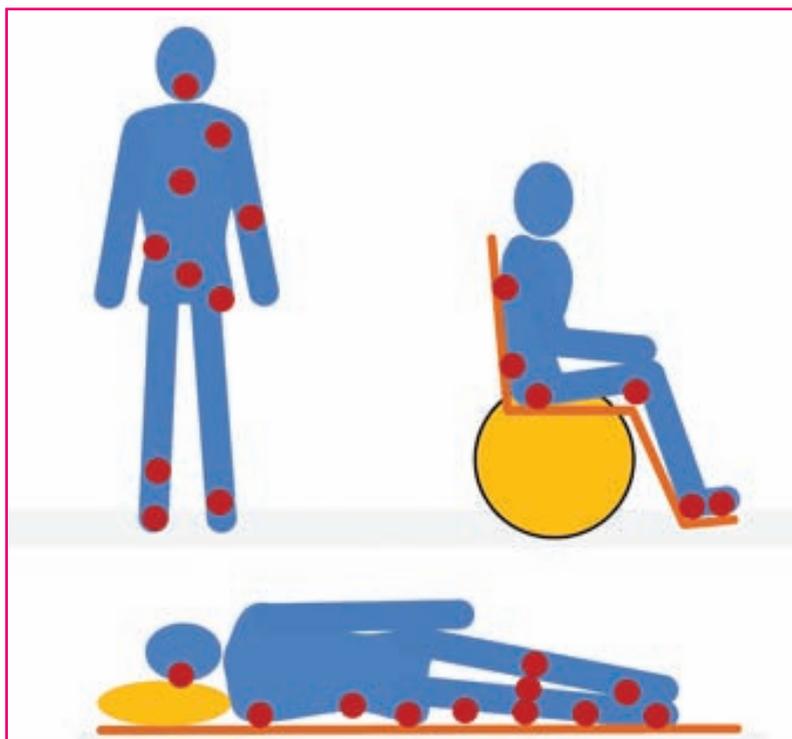
Las localizaciones más frecuentes en función de los principales puntos de apoyo y prominencias óseas que debemos tener vigiladas

según el *Segundo Estudio Nacional de Prevalencia de UPP (GNEAUPP) de 2005*, son, sobre todo, sacro (encima y en rabadilla) con un 32,6% o talones con un 24,7%, entre otros.

Los **agentes causales** para su aparición, además de la presencia de presión prolongada en los puntos de apoyo (porque la piel sí aguanta grandes presiones durante cortos intervalos de tiempo), son la fricción en cuanto a cualquier pliegue o rozamiento prolongado en la movilización de la cama a la silla si se le arrastra, por presencia de arrugas, objetos o restos de comida en la cama o silla.

En cuanto a los **agentes predisponentes/favorecedores** de ello, cabe resaltar la humedad que produce maceración favoreciendo las UPP bien por incontinencia o exceso de hidratante o exceso de calor/sudoración, deficiente secado, entre otras.

Además, según el origen de la situación de dependencia/grado de movilidad, por ejemplo, en **parálisis por lesión nerviosa**, se presenta el fenómeno de espasticidad en



cuanto a que la presión actúa con especial intensidad sobre las articulaciones deformadas y existe pérdida de sensibilidad que no permite la percepción real de dolor y presión, favoreciendo la aparición de UPP. En situaciones de **edad avanzada**, con mayor medida de sedestación, con una disminución del ejercicio físico, y tendencia a permanecer sentado. Otro perfil de riesgo de sufrir UPP son los enfermos con **trastornos en el aparato locomotor** que requieren de tracciones o férulas, por el rozamiento y presión de estas en los tejidos.

Para evaluar el estado de riesgo, prevención y tratamiento, el primer paso es evaluar los factores de riesgo a través de escalas de valoración de riesgo de UPP (EVRUPP) que habrían de realizarse de forma periódica si el paciente tiene dificultades en la movilidad como es el caso ya que, por lo general, el paciente con dificultades de movilización es susceptible de sufrir UPP. Destacamos escalas de uso nacional como Escala de Arnell, Nova 5, Waterlow, Norton y Braden, estas dos últimas son las más utilizadas.

Para su prevención, teniendo en cuenta que la situación de problemas de movilidad, como es el caso, son más susceptibles a la aparición de UPP, además de los cuidados e higiene de la piel o evitar la fricción, debemos realizar movilizaciones para mantener el nivel de actividad para favorecer la deambulación y circulación sanguínea lo antes posible y en la medida de sus posibilidades, buscando su colaboración (si no puede moverse por sí mismo, movilizaciones pasivas de las articulaciones). Se aconsejan además cambios posturales si está encamado, con duraciones de 2/3 horas siempre vigilando el estado del paciente y su agotamiento (no necesariamente hay que completar las horas, aunque se intente) y el del cuidador; cada 4h máximo siempre que las necesidades del paciente lo

Escala de Braden. Alto riesgo si la puntuación es 12 o menor, moderado si está entre 13-14, y resto bajo.

Puntuación	1	2	3	4
Indicador 1: Percepción sensorial	Limitada	Muy limitada	Ligeramente limitada	Sin limitaciones
Exposición a la Humedad	Humedad	A menudo	Ocasionalmente	Raramente húmeda
Actividad	Encamado	Silla	Deambula ocasional	Deambula frecuente
Movilidad	Inmóvil	Muy limitada	Ligeramente limitada	Sin limitaciones
Nutrición	Pobre	Inadecuada	Adecuada	Excelente
Roce y peligro de lesiones cutáneas	Problema	Problema potencial	No problema aparente	No problema aparente

permitan para facilitar el descanso nocturno de ambos. Asimismo, si hay riesgo de UPP, no deberían estar sentados más de 2h en la misma posición.

Movilización, Deambulaci3n-Traslado y Ergonomía postural para evitar lesiones

En cuanto al área de movilización, traslado y deambulaci3n, se diferenciará entre los términos y profundizaremos en los aspectos fundamentales a tener en cuenta a la hora de ejecutarlos.

En cuando a la movilización y, según el grado de dependencia, puede ser que el paciente pueda colaborar o no y, en este último caso, sería recomendable la asistencia por parte de un CF, sobre todo por la importancia y dificultad de los

cambios posturales para evitar lesiones en el cuidador o paciente.

Así, se tendrán que tener en cuenta aspectos generales como: antes de movilizar, despejar el espacio de posibles obstáculos, ponerse en el lado del paciente de modo que el movimiento de éste sea de tracci3n hacia nosotros, sincronizando los movimientos, antes de realizar la maniobra asegurarse de que el estado del paciente lo permite, es decir, si está mareado o notamos cualquier alteraci3n no continuar con la movilización.

En cuanto al traslado o transporte en silla de ruedas, además de cuidar la seguridad del paciente vigilando que su estado permite el traslado, abrigarle si sale de la habitaci3n ya que los pasillos suelen estar más fríos; en cuanto a la silla de ruedas, que el paciente lleve los

Escala de Norton (Modificada por el INSALUD). Riesgo muy alto con puntuaciones de 5 a 9; Riesgo alto si 10-12; Medio de 13 a 14; y resto, riesgo mínimo o sin riesgo)

Eº Físico General	Estado Mental	Actividad	Movilidad	Incontinencia	Puntuaci3n
Bueno	Alerta	Ambulante	Total	Ninguna	4
Mediano	Apático	Disminuida	Camina con ayuda	Ocasional	3
Regular	Confuso	Muy limitada	Sentado	Urinaria o fecal	2
Muy malo	Estuporoso/comatoso	Inmóvil	Encamado	Urinaria o fecal	1



será el lado en que nos situaremos para ejercer de apoyo y suplir esta carencia; si realmente solo es una cuestión de inestabilidad o equilibrio, da igual en qué lado nos situemos.

Si el paciente es más alto que nosotros, nos situamos a su lado y él pasa su brazo más próximo a nosotros por encima de nuestro hombro y nosotros el más próximo a él rodeándole la cintura, las manos laterales de ambos más alejadas se cogen por delante. Si es más bajo, nuestro brazo más cercano pasa por debajo del suyo más cercano cruzándolo a nivel de abdomen para sujetarla con su mano alejada y, nuestro brazo alejado sujeta el suyo próximo que se cruzará sobre nuestro abdomen.

Es fundamental, como se dijo en la realización de los cuidados, mantener una buena **ergonomía postural** a modo preventivo de lesiones físicas en el cuidador (y paciente por caída en las movilizaciones, por ejemplo); el problema surge cuando nos damos cuenta que siendo los cuidados prolongados e incluso de años, pequeños esfuerzos o malas posiciones gota a gota acaban sobrecargando, por ejemplo, los músculos de la espalda, dando juego a la aparición, sobre todo, de lesiones, como veremos en el siguiente apartado de higiene postural.

brazos en el regazo, estar atentos al freno, al llevarle en llano o subir rampas se empuja desde atrás extremando precauciones para no resbalar y al bajar nos posicionamos por delante suyo viajando éste de espaldas a la dirección de la marcha para que nuestro cuerpo sirva de freno y el paciente no se caiga hacia delante, cuidado en los giros y con las puertas, al subir en un ascensor nosotros entramos primero introduciendo después al paciente y la silla de espaldas y al salir, si se puede se gira dentro del ascensor, que no es lo más habitual, se hace también y saldremos también por delante con la silla y paciente detrás, entre otras.

Finalmente, para la ayuda a la **deambulación**, cuando el paciente presenta la estabilidad o fuerza reducida pero no anulada, por lo que es capaz de caminar por sí solo con ayuda de andadores, muletas o un cuidador, éste debe tener claras dos técnicas de ayuda a la deambulación en función de la altura del paciente o existencia de lesiones/fracturas, por ejemplo, y en ambas, le indicaremos el camino a seguir vigilando que esté despejado;

se realizan descansos intermedios o parones si fuese necesario, nos sincronizamos en el movimiento con él indicándole cuando comenzamos a caminar y nos adaptamos al ritmo de su marcha vigilando que los movimientos del sistema osteo-muscular sean los adecuados para una buena utilización y ejercitación.

Como regla general, si el paciente tiene un lado por el que se maneja mejor (por ejemplo, casos de fracturas o procesos de recuperación con parálisis lateral del cuerpo por un ictus o derrame), ese



Higiene Postural: normas básicas de mecánica corporal para movilización de cargas

Se trata de la rama de la medicina encargada del estudio de la prevención y corrección de posturas incorrectas adoptadas y mantenidas durante largos periodos de tiempo en las actividades, dictando una serie de pautas a adoptar para que la postura no genere ni fatiga ni lesiones.

► Un riesgo a tratar es el levantamiento o movilización de cargas, frecuente en los cuidadores, por ejemplo, en la movilización del paciente. Estas cargas suponen un riesgo de aparición de lesiones dorsolumbares muy elevado sino se realizan correctamente; de hecho, es el índice de baja laboral más frecuente. Incluso una aparente pequeña carga (no menos de 3kg) puede suponer un riesgo si se manipula en malas condiciones ergonómicas, como demasiado alejada del cuerpo con giros de tronco, un centro de gravedad desplazado o poco estable, entre otros.

A continuación, se exponen las normas básicas de mecánica corporal para la movilización de cargas, partiendo de la idea de que mecánica corporal sería el uso adecuado del sistema músculo esquelético a fin de evitar y prevenir lesiones en la realización de actividades, una serie de recomendaciones a fin de evitar la fatiga y lesiones a corto y largo plazo.

► Además de despejar el camino de posibles obstáculos y prever puntos intermedios de descanso por si fuese necesario, colocar los pies ligeramente separados para aumentar la base de sustentación o centro de gravedad para el equilibrio y más alejado el pie en dirección al movimiento; el movimiento debe acordarse con el paciente y durante la movilización nos mantenemos lo más cerca de su cuerpo para facilitar el levantamiento y



tener mayor control, para evitar lesiones o tropiezos también se recomienda dirigir nuestro pie en la dirección en la que se va a mover antes de empezar, flexionar piernas manteniendo espalda recta para que los discos intervertebrales puedan cumplir su función amortiguándose sin lesionarse, usar la fuerza de los músculos de los muslos antes que los de la espalda, no realizar movimiento o levantarse de forma brusca y, si la carga es muy pesada, no dudar en pedir y recurrir a la ayuda de otra persona o igual es necesario el uso de medios mecánicos como grúas, sillas de ruedas o agarradores, entre otros.

► Asimismo, si un paciente pierde el equilibrio o empieza a caerse, no se debe tratar de agarrarle ya que el peso del paciente, por lo general, es suficientemente grande como para que al intentar evitar su caída, los movimientos repentinos y bruscos causen grandes lesiones. Sí se debe intentar amortiguar la caída sujetándole en cuanto a ayudarlo a que caiga

en nuestra pierna delantera mientras flexionamos esta para que baje al suelo lo más suave y lentamente posible, poniendo especial interés en la protección de su cabeza.

Es interesante comentar que en los paciente de edad avanzada el riesgo de caídas supone una elevada morbilidad con todas las consecuencias negativas que ello conlleva (desde traumatismos craneoencefálicos como roturas de cadera o rótula, aunque estas últimas menos frecuentes que las primeras. No obstante, aunque la rotura de cadera también puede aparecer como causa y no como consecuencia de la caída) y, por ello, es fundamental dotarles de medidas en la vivienda que minimicen los riesgos, como suelos anti-deslizantes, inodoros adaptados o duchas con sistemas de sujeción, entre otros.

Asimismo, existen **escalas** para la valoración del riesgo de caídas, como la de Tinneti, que valora la marcha y equilibrio, o escalas de va-

loración de los estados depresivos, como la de Yessavage, entre otras ya conocidas, como escalas de valoración de ABVD, como el Índice de Katz o escala de Barthel o escalas de valoración de AIVD, como el cuestionario de actividades funcionales de Pfeiffer o Índice de Lawton y Brody.

IV. "Cada persona es un mundo"

Perfil de la lesión medular

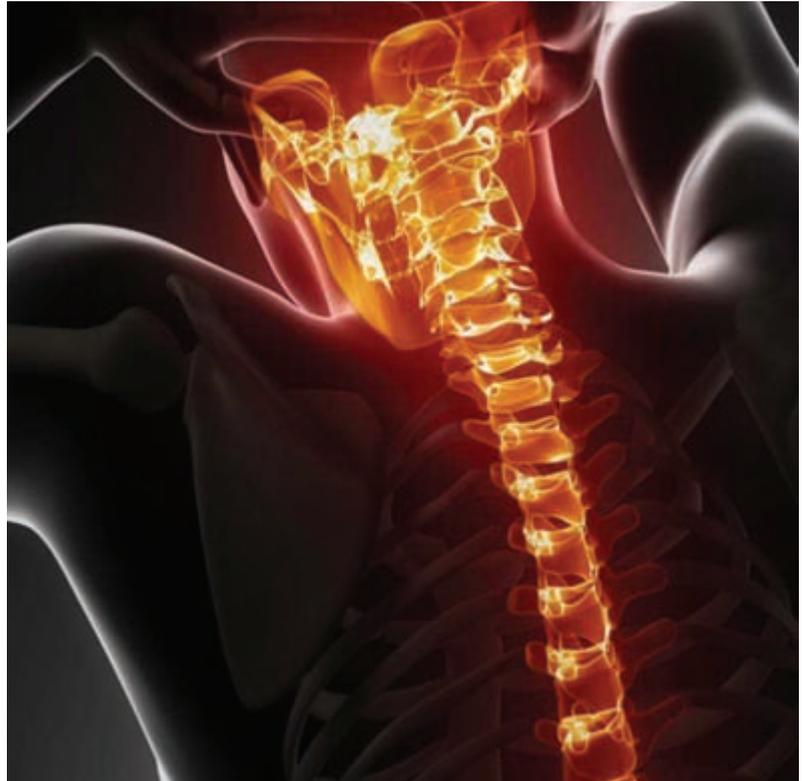
Población destinataria de los cuidados

El colectivo con el que se trabaja en el centro es el de discapacidad física. Concretamente, los usuarios o pacientes presentan **lesión medular** por accidente o enfermedad que se traduce en una paraplejía o tetraplejía.

Entendiendo tetraplejía cuando quedan afectados los miembros superiores e inferiores y paraplejía cuando no se ven afectados los superiores, se estima que una tercera parte de las lesiones medulares son debidas a enfermedades tales como aracnoiditis, esclerosis múltiple, mielitis/poliomielitis o tumores, por ejemplo, cerebrales tal y como se pudo observar en el centro, o bien por causas congénitas, entre las que destaca la Espina Bífida cuando el bebé nace con una malformación concretamente en el canal raquídeo.

Pero es la lesión medular traumática la causa más frecuente, por trauma o accidente (laboral, tráfico, zambullidas o caídas, sobre todo), que generó una fractura o luxación de la columna vertebral en una o más vertebrae dejando comprometida la médula espinal que en ella se alberga, que se lesiona.

La zona superior a la lesión funcionará con normalidad, la médula espinal se conserva y mantiene su función de vía de paso de la información entre los Centros Nerviosos Superiores (interior huesos del cráneo) y el Sistema Nervioso Periférico (del cráneo a la pelvis alojado



en columna vertebral y formado por dos tipos de fibras nerviosas sensitivas y motoras), de este modo sigue recibiendo estímulos conducidos a través de ella hasta centros nerviosos superiores que dan estos dos tipos de orden o respuesta. Por debajo de ella, las vías de comunicación se ven interrumpidas.

Y así, según la altura de la lesión, será su grado y tipo de afectación, siendo las consecuencias que más problemas plantean las relacionadas con la parálisis muscular y la alteración de la sensibilidad y esfínteres, observándose casos en los que la lesión medular se presenta con patologías añadidas como hipertensión o diabetes.

Además de fisiológicos, existen problemas psicosociales, educativos y socioeconómicos.

Perfil psicosocial

Hay que tener en cuenta que muchos de los pacientes de nuevo ingreso, bien sea primer ingreso o revisión, se enfrentan, él y su en-

torno inmediato, a una situación y circunstancias totalmente desconocidas que afectan en mayor o menor medida en su forma de vida, siendo frecuente que presenten miedo por la incertidumbre de un futuro, sus relaciones familiares, de amigos o de pareja y vida sexual, siendo la disfunción sexual por lesión medular el factor más importante de perturbación psicológica o frustración. De este miedo o frustración, las reacciones a resaltar y que se pueden observar de acuerdo a la personalidad en el afrontamiento de la realidad de la patología o lesión, son depresión, agresividad verbal ante la imposibilidad motriz y, sobre todo, conductas regresivas donde se presenta una necesidad de sobreprotección por parte del entorno, buscando apoyo continuo combinado con conductas despóticas hacia ellos.

Sexualidad

En hombres y mujeres el comportamiento sexual queda alterado; en el hombre, generalmente, se pierde la

erección y eyaculación, algo especialmente delicado que lógicamente les preocupa y que afecta al comportamiento sexual. El instinto sexual permanece, aunque no experimentará un orgasmo como con anterioridad. En el caso de las mujeres, su preocupación no es el mantener relaciones sexuales, sino la pérdida de sensibilidad y el hecho de que, posiblemente después de la lesión, desaparezca la menstruación, que se recobrarán en unos meses con normalidad. De este modo si ellos suelen caer en la falsa creencia de no poder mantener relaciones sexuales, ellas tienden a creer que tenerlas no tiene sentido. En ambos casos, no es así como veremos en el próximo punto sobre la intervención psicológica frente a la disfunción sexual y, potenciando las dimensiones de la sexualidad conscientes de las limitaciones, lo que ayuda a la aceptación y afrontamiento de realidad.

A nivel educativo, las diferencias educativas generan desigualdad

En contraposición al modelo del déficit que ha quedado superado, hoy se habla de necesidades educativas especiales que generan desigualdad y de una corriente cada vez más fuerte de integración escolar en centros ordinarios y normalización siempre que sea viable, no en cuadros severos donde se aconseje el ingreso en centros especiales donde serán mejor atendidos. En cualquier caso, la valoración individual de cada paciente determinará la fórmula o sistema de integración más conveniente, pero la continuidad de la escolarización es fundamental como foco para generar experiencias en comunidad, tal y como lo es la ocupación del ocio y tiempo libre.

Las adaptaciones curriculares como secuencia de acciones o modificaciones sobre el currículo escolar se presentan como instrumento que posibilita la individualización didáctica en el contexto más normalizado posible para alumnos con

necesidades, dando prioridad a aprendizajes prácticos e instrumentales que sirvan de llave para aprendizajes posteriores.

A nivel socioeconómico, su situación socioeconómica puede verse afectada.

Su situación socioeconómica puede verse modificada sustancialmente por las modificaciones que probablemente deben realizarse en la vivienda (fundamentalmente en el baño), que suponen muchas veces un elevado coste siempre que no tenga que cambiar de domicilio por la imposibilidad de acceso, tal y como hemos observado, por ejemplo, en casos de edificios antiguos sin ascensor, con escaleras que no permiten la instalación de un elevador, más si se trata de plantas altas. A esto además habrá que añadir los gastos que se derivarán del posterior tratamiento rehabilitador, recomendado tras el alta hospitalaria, consistente en fármacos, sondas, gimnasio o fisio e, incluso, la adquisición de un vehículo adaptado que le permita la mayor independencia posible.

Además, en ocasiones no se podrá seguir con el ejercicio de la actividad profesional que venía realizando, lo que se suma al hecho de

que la mayoría del empresariado es reaccionario a incluir en sus plantillas a personas discapacitadas a pesar de que existan ventajas e incentivos fiscales que lo fomentan, entienden que si no estos, generan otros costes, por ejemplo, a nivel de productividad.

Los temores frente a la alta hospitalaria son visibles, no en todos pero sí en muchos casos, sobre todo en las primeras salidas de fin de semana al domicilio de nuevos pacientes en periodo de adaptación personal y de la vivienda, encontrándose con los primeros obstáculos físicos, psicológicos y sociales del periodo de habituamiento. Otros, sobre todo si la situación y red social y familiar es fuerte o su historia clínica se remite a constantes revisiones y siempre de acuerdo a la personalidad, están deseando volver a su hogar.

Al ser una institución hospitalaria de estancia temporal, el número y perfil de pacientes está en constante cambio, pero se aprecian dos grandes grupos de ingreso según el motivo: media estancia o revisión con estancia temporal hasta resolución de los resultados de las valoraciones o pruebas clínicas precisas, y vuelta a casa. Existen, asimismo, grupos de edad y distintos niveles socioeconómicos.

La mayoría son pacientes jóvenes que, tras una adecuada rehabili-



tación, pueden reincorporarse a las actividades sociales, educativas y laborales que realizaban con anterioridad. De hecho, en los programas de actividades que se desarrollan por parte del Servicio de Rehabilitación Social se observa que los destinatarios de sus programas son cada vez más jóvenes y poseen un nivel cultural más alto al del momento de la inauguración del centro.

El origen socioeconómico diverso con niveles profesionales y culturales variados, hace que surjan diferencias que a la larga generan enriquecimiento de los individuos del grupo.

Síntesis de necesidades conforme a la guía

Desde el Enfoque Holístico, teniendo en cuenta todos los ámbitos de la persona y dentro de la especificidad de cada uno, estos son algunos de los aspectos que necesitamos conocer para entender la realidad de la persona (empatía):

1. A nivel Clínico: Problemas fisiológicos y sanitarios

- ▶ SN (parálisis faciales con limitación visual, espasmos...).
- ▶ Normotermia (cambios bruscos de temperatura y zonas localizadas, sofocos...).
- ▶ Piel (riesgo, prevención, detección y tratamiento de UPP).
- ▶ SME (pie equino y prevención).
- ▶ Infecciones Nosocomiales (¿qué es?, prevención e índices de incidencia).
- ▶ SR (Respirador, aspiración, traqueotomía y no ingesta...).
- ▶ SU (Bolsa colostomía, Sondaje...).

2. A nivel Psicosocial: Problemas psicosociales, educativos y socioeconómicos

Perfil psicosocial: Afrontamiento de realidad según personalidad y entorno (miedo por la incertidumbre, por ejemplo, en las relaciones de pareja o la frustración entre otros,

- Hª Clínica (cronificada, hecho puntual...)
- Diagnóstico y Evolución de la Rehabilitación y pruebas.
- Perfil de personalidad y posibles conductas de afrontamiento (algunas citadas antes).

- Motivación

Tolerancia a la Frustración y Riesgos derivados de ella.
Técnicas y estrategias de Motivación y actitud frente a la tarea.
Autores y Tª relevantes para nuestro enfoque, entre otros.

- Motivación e inteligencia emocional

Inteligencia Interpersonal y HH.SS
Modelo de competencia social y Entrenamiento mixto de habilidades.
Inteligencia Intrapersonal y Autocontrol emocional
Autoconocimiento, Control emocional y Alteración de Conducta.
Pensamiento positivo_productivo, Técnicas de Relajación y/o Estimulantes.
Teorías sobre los "Conflictos necesarios".

junto con posibles alteraciones de conducta/pensamiento pueden derivar en depresión, agresividad o conductas regresivas o infantiles que hay que saber detectar y paliar, dotándoles de recursos y estrategias).

3. A nivel Educativo:

- ▶ "Modelo del déficit" vs "Modelo de las necesidades especiales".
- ▶ Sistemas de Integración y CEE (Centros Educativos Especiales).
- ▶ Adaptaciones curriculares.
- ▶ Ley de dependencia, valoración, problemática y recursos.

4. A nivel Socioeconómico: Modificaciones y costes monetarios y sociales:

- ▶ Vivienda accesible, tratamientos rehabilitadores y vehículo adaptado.
- ▶ Continuidad ejercicio profesional y percepción del empresariado vs realidad del colectivo.

Rehabilitación integral

La intervención pretende el logro de una Rehabilitación Integral que contemple y atienda más allá de los aspectos clínicos de la persona (fisiológicos o relativos al organismo), aspectos no clínicos.

La rehabilitación, como especialidad médica, efectivamente no solo incluye aspectos clínicos como se puede llegar a pensar, sino que tam-

bién se presenta como una especialidad de la Medicina Social. Esto es y se entiende que para el logro de una Rehabilitación real y eficaz que se traduce en una Rehabilitación Integral, ésta debe efectivamente contemplar estos dos aspectos o dimensiones de la persona.

Lo que hace el centro partiendo de esta premisa y de acuerdo a ella para el logro de esta Rehabilitación Integral, es una labor que comprende una Rehabilitación Médico Funcional (RMF), sumada a una Rehabilitación Complementaria (RC).

Una RMF dirigida a atender los aspectos clínicos de la Rehabilitación para el logro de la máxima funcionalidad del Sistema Nervioso y Locomotor que se ha visto dañado o ha sufrido pérdida, sumada a la RC que es el área desde donde nos ubicamos, fundamental dentro del Programa de Rehabilitación Integral que se lleva a cabo dentro del centro y que efectivamente complementa y completa la anterior atendiendo en este caso aspectos no clínicos de la Rehabilitación (sociales, lúdicos, de formación no reglada...) para el logro de un aumento de la independencia, participación social y mejora de la calidad de vida, siendo objetivo general fundamental para ello generar y prepa-

rarles para la Integración + Normalización efectiva a situaciones y entornos.

Para lograr esta capacidad de adaptación el objetivo práctico es el desarrollo y uso óptimo de las capacidades propias de cada paciente vs compensando posibles pérdidas a través de la elaboración y realización de **actividades normalizadoras** no clínicas o médicas (Formación no Reglada, Deportes, Animación...) que de acuerdo al principio de normalización, serán acciones directas desde RC efectivamente reflejo de los ambientes comunitarios más significativos en los que se desarrolla y transcurre la vida de cualquier ciudadano con autonomía. Iniciadas en la fase de tratamiento clínico- médico y desarrolladas paralelo a él durante el periodo de hospitalización hasta el momento del alta hospitalaria a modo de apoyo, siempre bajo pauta y supervisión médica del Médico Rehabilitador.

Su Plan o Programa de Intervención de Rehabilitación Integral comporta finalmente una rehabilitación física, social y psicológica buscando actuar en todos los campos de la actividad y personalidad humana de acuerdo a los problemas fisiológicos, psico-emocionales, educativos y socioeconómicos a los que se enfrenta el colectivo y, a través de equipos interdisciplinarios compuestos de distintos profesionales dedicados a ello, tal y como veremos a continuación.

En el campo de la **rehabilitación física** para la recuperación total o parcial de capacidades, trabajan fundamentalmente médicos rehabilitadores junto con fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales. Mientras el fisioterapeuta se presenta como el responsable de la rehabilitación física dirigida a corregir para lograr unos patrones motores adecuados, inhibición de reflejos y posturas inadecuadas o de la prevención y tratamiento de contracturas y úlceras



por presión (UPP), el terapeuta ocupacional, encargado de la restauración de las funciones físicas, busca desde el logro de un aumento de la amplitud del movimiento articular hasta el entrenamiento en a.v.d desde el vestirse, aseo y transferencias a la cama o coche hasta el manejo de todo tipo de ayudas o prótesis.

En el ámbito de la **rehabilitación psicológica** dirigida a ayudar en la superación de aquellos problemas psicológicos y/o emocionales como los citados, el equipo de profesionales de psicólogos y psiquiatras frente a casos como depresión instaura tratamientos que van desde la prescripción de psicofármacos (pautado por médico, el psiquiatra) hasta psicoterapia tanto individual como grupal a modo de grupos de apoyo.

El campo de la **rehabilitación social** está orientado a ayudar a la reincorporación normalizada en sociedad, incidiendo sobre aspectos educativos, económicos o laborales entre otros y gracias a un equipo de profesionales de la pedagogía, educación y trabajo social o monitores de deporte.

De este modo, los programas que se desarrollan desde Animación Sociocultural donde nos ubicamos (dentro del Servicio de Rehabilita-

ción Complementaria a la Rehabilitación Médico Funcional para esa Rehabilitación Integral que trabaja aspectos médicos, psicológicos y sociales), pretenden actividades dirigidas a la ocupación del ocio y sociabilización, lo que viene efectivamente a reforzar la labor del equipo de Rehabilitación física y psicológica ya que los logros en un campo repercutirán positivamente en el resto, en este caso, fomentando la motivación y favoreciendo en forma de complemento la Rehabilitación física.

Se mantienen, desde 1985, los objetivos planteados inicialmente por el Servicio de Rehabilitación Social dentro del marco de la Rehabilitación Integral.





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.

PUBLICACIONES

Las posesiones

- ▶ **Autor:** Llucia Ramis
- ▶ **Editorial:** Libros del Asteroide
- ▶ **Páginas:** 224
- ▶ **Precio:** 17,95 €

Las posesiones es la cuarta novela de la periodista Llucia Ramis, quien, en esta ocasión, reflexiona sobre aquello que perdemos mientras maduramos, ofreciendo una mirada llena de matices de los mundos que desaparecen y lo difícil que es desprenderse de las cosas.



Para indagar en la nostalgia de este paraíso perdido, la autora sitúa al lector en Palma de Mallorca, donde se traslada la protagonista para pasar unos días en familia y tranquilizar a su padre, a quien la jubilación y unos problemas con un vecino tienen al borde del colapso.

A partir de ahí, tres hilos narrativos distintos - la crisis del periodismo, la corrupción y la educación sentimental de la protagonista-, pero entrelazados con maestría, dibujan el escenario apropiado para profundizar en los abismos

que esconde cada ser humano, en la posesión de la propia identidad, en cómo tejemos nuestras relaciones, tanto con las personas como con las pertenencias, y en cómo nos desprendemos de ellas.

Ramis nos enseña en *Las posesiones* que crecer consiste en no tener adonde volver.

EXPOSICIÓN

Leonardo Da Vinci.
Los rostros del genio

- ▶ **Lugar:** Biblioteca Nacional y Palacio de las Alhajas (Madrid)
- ▶ **Fechas:** del 29 de noviembre al 5 de mayo de 2019
- ▶ **Entrada:** Gratuita

Con esta exposición, por la que también han apostado Francia, Italia e Inglaterra, Madrid da el pistoletazo de salida a la programación que conmemora el quinto centenario del fallecimiento de este artista renacentista.

Un proyecto internacional que cuenta con el aval del Leonardo DNA Project y que involucra a genetistas, historiadores, arqueólogos y otros expertos con el objetivo de desvelar los misterios de Da Vinci mediante su ADN.

Así, el visitante podrá descubrir detalles no conocidos de su obra y su persona, como sus sueños, sus logros o sus fracasos, a través de imágenes, infografías, paneles interactivos, elementos audiovisuales y realidad virtual, destacando, entre todas las piezas, la *Tavola Lucana*.

Este retrato, que se muestra por primera vez en España, fue descubierto en 2009 por

el historiador Nicola Barbatelli, y es considerado por los expertos como el único que reúne todas las condiciones - históricas, literarias, artísticas y científicas- para ser el verdadero autorretrato del maestro florentino.



La muestra se completa con los códices *Madrid I* y *Madrid II*, dos manuscritos en los que el artista plasmó algunos de los temas que llegó a dominar como la ingeniería, la mecánica y el arte, las reconstrucciones de máquinas que Leonardo esbozó en sus manuscritos, el caballo que diseñó para Ludovico Sforza, y grabados que forman parte de distintos libros publicados a lo largo de la historia sobre su vida y su obra, entre otras piezas.

CINE

Animales Fantásticos:
Los crímenes de Grindelwald

- ▶ **Director:** David Yates
- ▶ **Guión:** J.K. Rowling
- ▶ **Género:** Fantástico. Aventuras
- ▶ **Nacionalidad:** EE.UU. y Reino Unido
- ▶ **Estreno:** 16 de noviembre de 2018
- ▶ **Reparto:** Katherine Waterston, Johnny Depp, Eddie Redmayne, Dan Fogler, Alison Sudol y Jude Law.

Dos años después de la primera entrega, *Animales Fantásticos y dónde encontrarlos*, David Yates nos sumerge de nuevo en el mundo imaginario de J.K. Rowling con su secuela *Animales fantásticos: Los crímenes de Grindelwald*.

Nueva York, Londres y París son los escenarios de esta nueva entrega, que el director sitúa en 1927, unos meses después del final de la primera parte.

La trama comienza con el momento en que, cumpliendo su amenaza, Grindelwald ha escapado de la custodia del Macusa y se ha dedicado a reunir a seguidores para su causa: elevar a los magos sobre los seres no mágicos. Un plan que lo enfrenta de nuevo con Albus Dumbledore, quien recluta a su antiguo alumno Newt Scamander, para poder acabar con esta misión.

Las aventuras y las acciones que salpican cada plano pondrán a prueba el amor y la lealtad, incluso entre los verdaderos amigos y familiares, en un mundo mágico cada vez más dividido y peligroso.

Animales fantásticos: Los crímenes de Grindelwald es sólo la segunda parte de las cinco películas que compondrán la serie y cuya tercera entrega se estrenará el 20 de noviembre de 2020.



BASES GENERALES PARA PONENCIAS Y PÓSTERES/COMUNICACIONES ESCRITAS

III Congreso Nacional de Técnicos en Farmacia. Madrid "Seguridad, conservación y caducidad del medicamento"

1. Los autores y coautores de ponencias y pósteres/comunicaciones escritas deben poseer la titulación requerida para participar en el Congreso (Técnico en Farmacia).

2. Los pósteres/comunicaciones escritas y ponencias deberán estar elaboradas por un único autor o equipo de coautores. El número de autores/coautores queda limitado a cuatro. Cada autor o coautor podrá participar, como máximo, en dos pósteres/comunicaciones escritas y dos ponencias, sumando un máximo de cuatro trabajos. Como mínimo uno de los autores del póster/comunicación escrita debe asistir al Congreso; si no se cumple este requisito, no se entregará el **certificado** a los autores.

3. Los trabajos presentados en el Congreso deben ser originales y no publicados con anterioridad, y tratarán sobre el tema del congreso correspondiente, no admitiéndose a concurso ninguno que no esté relacionado con el eje central del Congreso. El plazo para la recepción de los trabajos **finaliza el 15 de noviembre de 2018**.

4. Para la selección de los trabajos científicos, pósteres/comunicaciones escritas y ponencias, se establece un Comité Científico que puntuará cada uno de ellos teniendo en cuenta la calidad, relevancia y aplicación práctica en el ámbito sanitario, así como la labor investigadora, los aspectos científicos y técnicos, y el interés social y profesional. El Comité Científico recibirá los trabajos sin identificación alguna sobre el autor y coautor/es ni la procedencia de los mismos (centro de trabajo, CC.AA...).

5. Junto con los trabajos y el resumen de ponencias o de pósteres/comunicaciones escritas, se debe remitir la hoja de solicitud de participación.

6. El Comité Científico comunicará los trabajos seleccionados, junto a las observaciones correspondientes, si procede, **a partir del 7 de diciembre de 2018**.

7. El Comité Científico podrá escoger por su interés, calidad, etc., una o varias ponencias no seleccionadas e invitar al autor o coautores a convertirla en póster/comunicación escrita para el Congreso.

8. La Secretaría del Congreso emitirá las acreditaciones correspondientes al autor o a los coautores de los trabajos admitidos. Todas las ponencias y pósteres/comunicaciones escritas seleccionadas se registrarán con depósito legal e ISBN y se publicarán en el libro del

Congreso. Los certificados acreditativos de dichos trabajos indicarán el depósito legal e ISBN correspondientes.

9. La Organización se reservará el derecho de publicar y utilizar los trabajos aceptados en el Libro CD del Congreso, la revista Nosocomio y la página Web de la Fundación o cualquier otra publicación de FAE.

10. En el acto de clausura se anunciarán las 5 ponencias y los 10 pósteres/comunicaciones escritas que el Comité Científico declare finalistas de los premios del Congreso.

11. Durante el acto de clausura o la cena del Congreso se otorgarán los premios por orden de calidad:

1º. Mejor ponencia: dos inscripciones para la siguiente edición del Congreso en el que se obtenga el galardón.

2º. Accésit ponencia: una inscripción para la siguiente edición del Congreso en el que se obtenga el galardón.

3º. Mejor póster: una inscripción para la siguiente edición del Congreso en el que se obtenga el galardón.

4º. El Comité Científico podrá otorgar un accésit -nunca remunerado- a aquel póster/comunicación escrita que, por su relevancia, notabilidad, originalidad sea valorado a tal efecto.

12. El Comité Científico podrá aceptar para su exposición en el apartado de "Informativo no a concurso", al póster/comunicación escrita que, aun no teniendo relación directa con el lema del Congreso, valore por su características y notabilidad, que pueda tener relevancia formativa.

13. Dado el carácter técnico-profesional que también posee el Congreso, podrán presentarse en formato póster/comunicación escrita aquellas experiencias y trabajos de intervención PRÁCTICOS que sean de interés dentro del área del Congreso.

14. Las ponencias y pósteres presentados así como los vídeos y fotos tomadas durante el Congreso, pasarán a formar parte de FAE, quien regulará su exhibición, publicación, presentación y difusión, para fines educativos y divulgación.

III CONGRESO NACIONAL DE TÉCNICOS EN FARMACIA MADRID

Seguridad, conservación y caducidad del medicamento



MADRID

1 Y 2 DE FEBRERO DE 2019

HOSPITAL DE LA PRINCESA SALÓN DE ACTOS

FAE
FUNDACIÓN PARA LA FORMACIÓN
Y AVANCE DE LA ENFERMERÍA

CTA
SOLICITADA ACREDITACIÓN

S.A.E
SINDICATO DE TÉCNICOS DE ENFERMERÍA