



Revista semestral

ISSN: 1136-8985

Revista para el Técnico en Cuidados de Enfermería

Número 85/2019

www.fundacionfae.org

Certamen FAE

**Técnicas básicas del TCAE en UCI.
Conceptos básicos**

Separata

¿Por su bien?

Congreso

**XXX Congreso Nacional
de TCE y TES**

Actividad Formativa

Nutrición Oncológica



El Sindicato que necesitan los Técnicos

OFERTA PARA NUEVAS AFILIACIONES EN 2019

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.

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

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.

NOSOCOMIO

REVISTA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Dos actividades acreditadas gratuitas 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

La piel es el órgano más grande del cuerpo, nos envuelve y nos protege del exterior. Se calcula que el 36% de las personas entre los 18 y los 29 años han decidido introducir en ella una sustancia química y decorarla con dibujos, frases o símbolos, es decir, tatuada. Una de cada ocho personas en el mundo luce, al menos, un tatuaje y Lucky Diamond Rich tiene el 100% de su cuerpo tatuado.

Lejos quedan los años en que los tatuajes eran tan raros que las personas tatuadas se exhibían como fenómenos de circo porque, además, es una práctica que va en aumento.

Los motivos para lucir un tatuaje son miles, tantos como las personas que los lucen o como cada uno de los dibujos escogidos: puede ser un modo de expresar un mensaje, un recuerdo, o transgredir ciertos límites y distinguirnos así de los demás.

Un tatuaje trasciende lo estético o decorativo y constituye en sí un elemento de múltiples significativos e interpretaciones de cada individuo. Aunque el término deriva de una palabra polinesia importada por los explotadores del siglo XVIII, el tatuaje ha existido desde siempre aunque con distintos significados y ha pasado por distintas fases: la pertenencia a determinados grupos, la ruptura de normas y convenciones establecidas...

También la técnica, las instalaciones y los autores de los tatuajes han evolucionado y hoy en día existe normativa que regula la práctica del tatuaje y se establece un control sanitario de los establecimientos donde se llevan a cabo. No solo eso, hoy hay formación específica y desde hace años, se exige para ser profesional estar en poder del título oficial de higiénico-sanitario, que se obtiene tras realizar un curso específico.

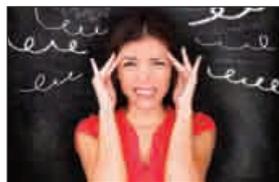
Siempre están los osados que van por libre que creen que pintar sobre un cuerpo es como hacerlo en cualquier otra superficie, pero decorar la piel no puede estar exento de seguridad y no hay que asumir riesgos innecesarios que pongan en peligro nuestra salud dérmica por someterse a un proceso sin el debido control sanitario o ponerse en manos de tatuadores con más temeridad que conocimientos.

Las consecuencias pueden ser tan duraderas como el tatuaje, pero mucho más desagradables.

Reportaje

Salud Medioambiental

5



Certamen FAE

Técnicas básicas del TCAE en UCI.
Conceptos básicos

8



Actividad Formativa

Nutrición Oncológica

17



Reportaje

Tatuarse sin dejarse la piel

25



Separata

¿Por su bien?

29



XXX Congreso Nacional de TCE y TES

Cuidados del Técnico en las patologías urológicas

33



Ocio

Propuestas para aprovechar tu tiempo libre

38



CONSEJO EDITORIAL DE NOSOCOMIO

DIRECTORA: M^a Dolores Martínez Márquez

REDACCIÓN: Montse García García y Cristina Botello Martín

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

ADMINISTRACIÓN: Isabel Galán Villa

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

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

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

Copyright: Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería

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

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

REDACCIÓN, ADMINISTRACIÓN Y SERVICIOS: C/ Tomás López, 3-2º dcha. 28009 Madrid.

Tfno.: 91 309 01 02. Fax: 91 402 23 05. E-mail: sae@sindicatosae.com

DEPÓSITO LEGAL: B-11331-2009

ISSN: 1136-8985

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

Píldoras de insulina para evitar pinchazos

Noticias

Un equipo de investigadores de la Universidad de Harvard y del Instituto de Tecnología de Massachusetts ha creado unas píldoras de insulina que, independientemente de cómo caigan en el estómago, su base quedará siempre hacia abajo, entrando directamente en contacto con la pared gástrica.

La parte llana de estas píldoras está formada por un disco azucarado que se disuelve con la humedad del estómago, destapando una aguja microscópica, elaborada con insulina liofilizada, que permanece enganchada a un resorte metálico a presión y, cuando se descubre, sale disparada penetrando en el tejido estomacal y liberando el fármaco.

Este dispositivo, capaz de orientarse en milisegundos, consigue que el extremo de la inyección quede en contacto inmediato con el tejido sin que el paciente note el pinchazo, pues en el estómago no hay receptores de dolor.

Cada cápsula tiene el tamaño de un guisante y la aguja contiene

entre 0.3 y 5 miligramos de insulina combinada con óxido de polietileno. El resto de materiales (acero inoxidable y polímeros biodegradables) son como los de otros dispositivos similares ya aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos. Así, una vez ingerida, y cumplida su misión, se excreta sin daño para el sistema digestivo.

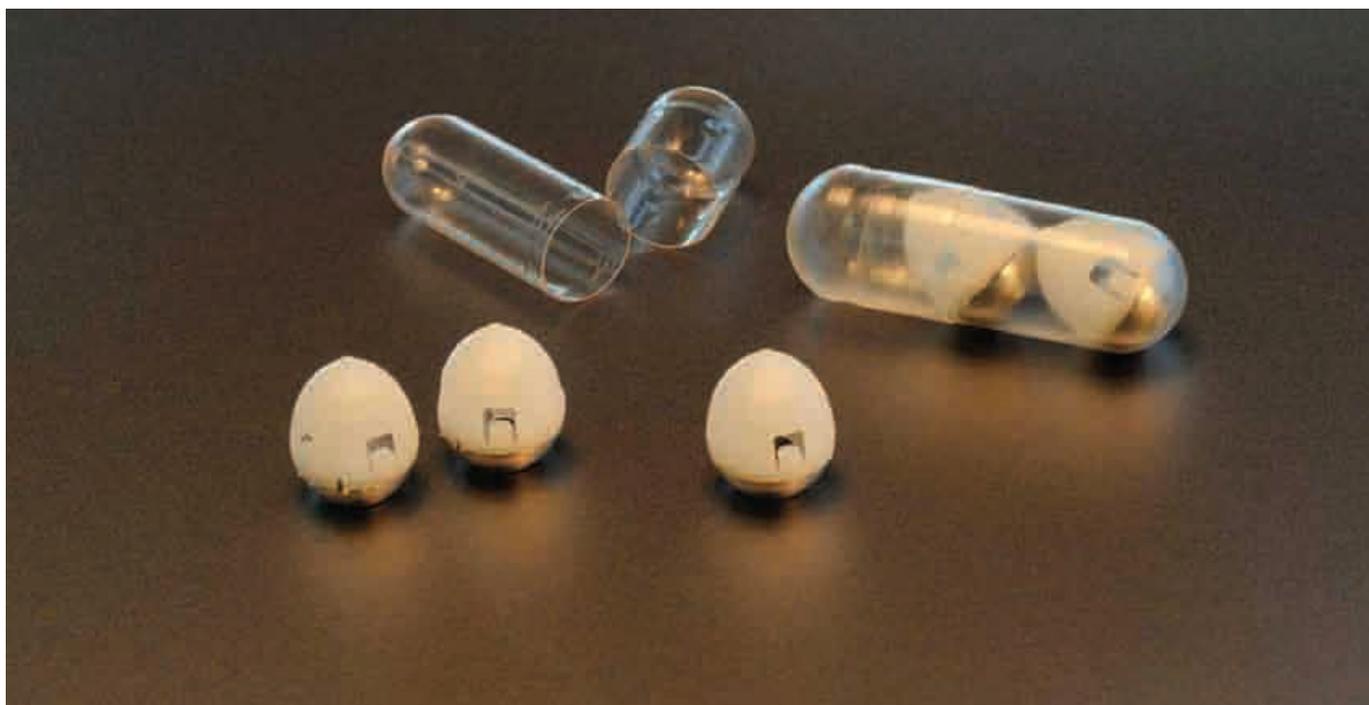
Los experimentos realizados con animales, como ratas de laboratorio, han dado resultados satisfactorios y el equipo de investigadores espera que, tras acabar las pruebas experimentales, pronto funcione en pacientes reales, esperando que los primeros ensayos con seres humanos se realicen en un plazo de tres a cinco años.

No obstante, el equipo trabaja ahora en la eficacia de las píldoras debido al daño que estos micropinchados diarios pueden causar, a largo plazo, en la pared estomacal. Si bien es cierto que el orificio es de apenas un milímetro y que el

estómago segrega una mucosidad que lo tapona con rapidez, los investigadores continuarán probando su seguridad en animales más grandes, como perros y cerdos.

La concentración de insulina en plasma tras la administración oral de estas píldoras es igual a la de una inyección subcutánea tradicional, por lo que este nuevo sistema puede suponer el fin de las inyecciones para las personas que conviven con la diabetes. De hecho, al actuar en el estómago hace que se propague más rápido por el organismo que con una inyección subcutánea normal.

La insulina no es el único fármaco que podría aplicarse de forma oral. Este dispositivo podría funcionar para suministrar proteínas, péptidos, anticuerpos, ácidos nucleicos y otras macromoléculas, como los inmunosupresores que se utilizan para tratar la artritis reumatoide o la enfermedad inflamatoria intestinal.



Salud medioambiental

Actualmente convivimos con miles de tóxicos que la industria ha creado para hacernos la vida más cómoda. Sin embargo, sólo un mínimo porcentaje de estos compuestos ha pasado un control para evaluar el riesgo que su consumo supone para nuestra salud. No obstante, aun conociendo estos riesgos y sus consecuencias, la comercialización de estos productos no ha parado y se lleva a cabo con escasa información para el consumidor.

Cristina Botello

La salud ambiental engloba los aspectos que interfieren en la salud humana desde el punto de vista químico, biológico, social, ambiental y psicosocial, lo que implica la necesidad de prevenir, evaluar, controlar y corregir todos aquellos aspectos que suponen un riesgo para la salud.

En 2008, el Parlamento Europeo ya indicó que en los últimos años estaban apareciendo nuevas enfermedades o síndromes como la hipersensibilidad química múltiple, y avisó de que el número de personas que enfermarían por culpa de factores medioambientales iría en aumento.

El Síndrome Químico Múltiple y la Electrosensibilidad se encuentran entre los síndromes denominados de sensibilización central (SSC), que afectan a una de cada 4 personas, siendo sus síntomas altamente invalidantes, muy diferentes entre cada persona y, por lo tanto, con un diagnóstico muy complejo.

Por ello, para evitar que la evaluación de estas enfermedades se alargue en el tiempo, desde que aparecen los primeros síntomas hasta el diagnóstico, es fundamental un mayor conocimiento en salud ambiental por parte de los profesionales sanitarios, establecer criterios consensuados de evaluación del funcionamiento de las unidades hospitalarias especializadas, dotar a la sociedad de una infor-

Reportaje



mación adecuada y veraz sobre estas patologías y, por supuesto, una mayor implicación política.

Nuestro país ya ha empezado a trabajar en este sentido y algunas comunidades han creado planes para eliminar estas barreras a las que se enfrentan los afectados; es el caso de Cataluña, que ha desarrollado el Plan Operativo de Atención a las Personas Afectadas por los Síndromes de Sensibilización Central, con el objetivo de orientar la atención de los pacientes, concienciar a la población sobre estas enfermedades y desestigmatizarlas, impulsar acciones formativas dirigidas a todos los profesionales y reordenar los servicios para adaptarlos a las características de estas patologías.

Síndrome Químico Múltiple (SQM).

La Sensibilidad Química Múltiple es una enfermedad crónica que co-

mienza cuando el cuerpo se sensibiliza, por una exposición a altas dosis o una exposición repetida, a una o más sustancias químicas o ambientales y se produce una pérdida de tolerancia en la respuestas biológica ante los mismos.

Más del 15% de la población presenta mecanismos de respuesta excesiva a algunos estímulos químicos o ambientales, pero es en el 5% de estos procesos donde encontramos casos patológicos en los que se ve afectado tanto el Sistema Nervioso Central –dolor de cabeza, fatiga, desorientación, pérdida de memoria, dificultad para concentrarse–, como otros sistemas orgánicos: es el caso del respiratorio –disnea, tos seca–, del gastrointestinal –náuseas, vómitos, dolor abdominal–, o del cardiovascular –palpitaciones, dolor torácico–.

Asimismo, los pacientes con SQM con frecuencia presentan enfermedades asociadas como fatiga crónica, fibromialgia, colon irritable,

síndrome seco, cistitis irritativa y distimia, que puede agravar la sintomatología propia de la sensibilidad.

No obstante, estos síntomas varían en función de las cargas tóxicas corporales, los estados de salud previos y el entorno químico en que se desenvuelva el individuo, siendo los casos más severos los de las personas burbuja, que conforman bolsas de exclusión social al tener que vivir aislados.

Por todo ello, es importante evitar la exposición porque, una vez que la SQM aparece, la excitabilidad neuronal que provoca aumenta la reactividad y esto, a su vez, refuerza la irritabilidad. Se trata de un círculo vicioso que tiende a aumentar el número de intolerancias y, a la vez, a expandirse a otros ámbitos. Por ejemplo, son habituales los problemas con el gluten, la lactosa o los olores naturales irritantes.

Es evidente que estamos ante una patología incapacitante, sin embargo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) continúa tratándola como una alergia no espe-

Reportaje

cificada, dejando a cada país la responsabilidad de incluirla o no en el catálogo de enfermedades.

En el caso de España, el Ministerio de Sanidad la incorporó en la novena edición de su Clasificación Internacional de Enfermedades (2015), sumándose así a países como Alemania, Austria, Japón, Suiza, Dinamarca y Finlandia. De esta manera, nuestro país se compromete a reconocer esta enfermedad y facilitar el manejo clínico y jurídico de la misma con el objetivo de permitir que sus afectados tengan los derechos básicos en materia de salud y asistencia sanitaria.

Para hacer posible esta premisa, comunidades autónomas como la de Madrid o Andalucía han puesto en marcha varias actuaciones para mejorar la atención de los pacientes con SQM. En el primer caso, el Servicio Madrileño de Salud ha elaborado un protocolo para prestar una atención adecuada a estos pacientes en los servicios de urgencias de los hospitales; por su parte, el Servicio Andaluz de Salud

ha creado un documento destinado a la formación de los profesionales sanitarios.

Electrosensibilidad

En los años 50, los investigadores pidieron un mayor control sobre el desarrollo industrial para comprobar su compatibilidad biológica; en los 60, se comenzó a hablar de una nueva enfermedad provocada por la onda de radio (Radio Wave Sickness), que afectaba a trabajadores de estaciones de radio y televisión o de compañías telefónicas; en 1981, Al Gore celebró audiencias en el Congreso sobre los efectos en la salud de las pantallas de los ordenadores; y en 1990, el doctor sueco Olle Johansson consiguió demostrar que la afección cutánea y los síntomas que presentaban algunos pacientes –dolor de pecho, pérdida de memoria, fatiga, insomnio, mareos o dolor de cabeza– estaban provocados por la pantalla del ordenador, logrando que Suecia reconociera la electro-sensibilidad como una enfermedad.

Hoy, para un 5% de la población (unos 13 millones de europeos), chatear con su teléfono móvil o calentarse la leche en el microondas supone un riesgo para su salud, pues su cuerpo se ha vuelto sensible a los campos electromagnéticos.

La exposición continua a fuentes emisoras de radiación –ordenadores, redes wi-fi, televisiones, antenas de telefonía, aparatos eléctricos o tubos de luz, por ejemplo– puede generar un conjunto de síntomas, que se activan o acentúan en intensidad y gravedad en función de la proximidad a la fuente y de cada persona. Entre éstos, destacan reacciones dermatológicas, trastornos gastrointestinales, dificultad para la concentración, dolor muscular, cansancio, cefaleas, trastornos del sueño o hipersensibilidad a un número importante de productos



químicos -de hecho, aproximadamente un 50% de las personas sensibles a los campos electromagnéticos también sufren SQM o enfermedades relacionadas con los SSC-.

Pero no sólo se han incrementado los casos de síndromes de sensibilización central; los avances sociales y las nuevas tecnologías que hoy dirigen nuestra vida están contribuyendo a que la salud de nuestro entorno sea cada vez más precaria, lo que se constata en un incremento del número de alergias, de casos de asma, de diabetes, de infertilidad, de Alzheimer, de Parkinson, de autismo, e, incluso, de cáncer.

Por ello, es urgente que las diferentes industrias -textil, alimentaria, etc.-, los gobiernos de todo el mundo y todas aquellas instituciones implicadas en la salud adopten una conciencia real de este problema y empiecen a tomarse en serio la salud ambiental y, por lo tanto, la nuestra.



10 Propuestas para mejorar nuestra salud ambiental

1. Sustituir el plástico por el vidrio (por ejemplo en los tupper). En caso de usar plástico, elegir envases que estén libres de bisfenol A o de BPA.
2. Ventilar todos los días entre 15 y 20 minutos es fundamental para mejorar la calidad del aire en casa.
3. Perfumar la casa con ambientadores naturales (ramas de canela, lavanda, naranjas con clavos...).
4. Emplear plantas, como potos, ficus o troncos de Brasil, para filtrar, limpiar y purificar el aire.
5. Sustituir los productos químicos por el limón, el vinagre o el bicarbonato para limpiar las diferentes partes de nuestro hogar.
6. Emplear cosméticos y productos de aseo sin ftalatos ni parabenes.
7. Al hacer la compra, evitar las bandejas de plástico en las que los supermercados colocan la fruta, verdura, pescado y carne, así como las bolsas de plástico, que podemos sustituir por bolsas de tela.
8. Reducir el consumo de papel film y papel de aluminio para conservar los alimentos y emplear en su lugar tarros de cristal o muselinas.
9. Mantener la zona de descanso en oscuridad y libre de ondas electromagnéticas (por ejemplo, sustituir el despertador del móvil por uno convencional a pilas).
10. Desenchufar los aparatos eléctricos tras su uso y apagar el wi-fi por la noche.

TÉCNICAS BÁSICAS DEL TCAE EN UCI. CONCEPTOS BÁSICOS.

Virginia Chamorro García. TCAE Sevilla.
Accésit del XX Certamen de Investigación de FAE

La experiencia de trabajar en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) en medio de una serie de equipos y procesos de enfermedad complejos, donde el paciente se aísla temporalmente de su grupo familiar para ser observado individualmente, quedando al cuidado de un personal desconocido para él, y reflexiona acerca de sus necesidades de carácter emocional, sensitivo y de confort, que puede experimentar durante su permanencia en dicha unidad.

Estos conceptos básicos de la Unidad de Cuidados Intensivos y el rol del TCAE en dicho servicio, permiten conocer la labor en un servicio hospitalario donde hay que tener activo todo el tiempo los cinco sentidos. En este trabajo se presenta un pequeño resumen de los conceptos básicos y de lo que puede ser el día a día en UCI, donde el principal objetivo es el bienestar del paciente y sus máximos cuidados mientras esté ingresado en dicha unidad.

I. La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)

Concepto

Por todo ello, la UCI debe estar dotada de personal especializado en el cuidado de este tipo de pacientes y, además, dicho personal debe disponer de elementos materiales que faciliten y aseguren dichos cuidados.

Las diferentes Unidades de Cuidados Intensivos tienen características particulares, a diferencia de otros servicios hospitalarios, teniendo en cuenta que el control de enfermería debe quedar ubicado en el centro del servicio para así tener controlado a todos los pacientes y monitores.

Una UCI debe garantizar:

1. Posibilidad de aislar a los pacientes entre sí para garantizar un nivel higiénico lo más alto posible, así como para evitar aumentar la ansiedad en los pacientes.

2. Posibilidad de observación directa de los pacientes desde cualquier punto de la unidad y desde el puesto de trabajo del personal sanitario respecto al número recomendado de camas: no existe ningún requisito, aunque algunos autores recomiendan que no sea superior a 12 ya que aporta máximo grado de funcionalidad. Una UCI de mayor tamaño favorece un ambiente caótico,

y una de menor tamaño contará con menos personal para colaborar en momentos de crisis.

II. Ingreso en UCI

Siempre que ingresa un paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos hay que llevar a cabo una serie de tareas:



Certamen

- Ubicar al paciente en la cama que le ha sido asignada.
- Monitorizar al paciente.
- Abrir gráfica y anotar sus constantes vitales.
- Observar si el paciente tiene algún acceso venoso, catéter vesical o nasogástrico, drenaje, etc... En ese caso hay que anotarlos en la gráfica.
- Mirar en la hoja de órdenes médicas si el paciente precisa oxigenoterapia y, en ese caso, volumen a administrar.
- Avisaremos del ingreso al médico en caso de que no estuviera presente.



La cama debe estar situada de forma que quede un espacio suficiente para actuar en caso de emergencia: esto implica que los cuatro laterales de la cama deben estar libres de acceso, es decir, que la cama debe estar separada de la pared. Se puede colocar en el centro de la habitación o, al menos, que la cabecera de la misma no esté pegada a la pared. En la habitación o box (si es individual), debe haber espacio suficiente para respiradores mecánicos, equipos de radiología, máquinas de diálisis, etc...

Los equipos de monitorización no deben estar en la cabecera de la cama, sino a ambos lados de la misma para tener fácil acceso, como el caudalímetro para administrar oxígeno, el aire comprimido, sistema de aspiración, tomas de electricidad...

III. Monitorización del paciente

La monitorización para todos es un concepto claro, pues lo utilizamos en nuestro trabajo diario. De todas formas, conviene recordar que la palabra monitorización es un anglicismo derivado de la palabra inglesa "monitoring" y que, según el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, significa "observar mediante aparatos especiales el curso de uno o

varios parámetros fisiológicos o de otra naturaleza para detectar posibles anomalías." Es decir, es la utilización de los monitores para la vigilancia de diferentes tipos de señales o situaciones.

Pero no sólo monitorizamos a los pacientes mediante aparatos, sino también a través de la exploración física no instrumental o del contacto verbal o visual del propio paciente. Así pues, podemos, por ejemplo, monitorizar el estado de agitación de un paciente mediante la correspondiente escala, podemos monitorizar la profundidad de la sedación o podemos monitorizar la cantidad de dolor que tiene un paciente. Decimos esto debido a que, en muchas ocasiones, nos centramos en los mo-

nitores como aparatos que son y nos olvidamos de la vigilancia clínica del paciente: miramos qué presión arterial tiene, qué parámetros analíticos encontramos, etc..., pero hay que recordar que los pacientes son personas cuya vigilancia, control y cuidados son nuestra misión.

Así pues, no se debe caer en la rutina de la monitorización instrumental del paciente en detrimento del contacto humano.

Criterios de monitorización

La supervisión de los monitores y la propia monitorización clínica comprenden al personal facultativo y de enfermería. El personal de enfermería, especialmente en las unidades



de cuidados críticos, urgencias y quirófanos, es fundamental en la monitorización de los pacientes, pues es el encargado de la supervisión directa y actuación dentro de su ámbito frente a situaciones de muy diversa índole.

No es suficiente saber cómo funcionan los monitores, cómo colocar un cable o enchufar un aparato. Hay que saber también cuándo hay que monitorizar a los pacientes y qué intensidad de monitorización se debe aplicar. La práctica clínica diaria, la experiencia y el intercambio de información con el resto de profesionales, sea verbal o mediante la literatura escrita, son la clave de la correcta comprensión y aplicación de los distintos niveles de monitorización.

Monitorización básica. Se trata del primer escalón en la monitorización de un paciente, e incluye la vigilancia y control de las constantes basales: presión arterial no invasiva, frecuencia cardíaca y temperatura. Es una monitorización

clínica con la utilización de instrumental básico, de bajo coste y reutilizable, con un rendimiento elevadísimo.

Monitorización intermedia. Es un nivel más avanzado de monitorización. Surge de la necesidad de monitorizar determinados parámetros biológicos con relativa frecuencia, sin que suponga una sobrecarga excesiva para el personal sanitario, o bien de realizar una monitorización continua debido al estado del paciente. De este concepto nacen los monitores tal y como los conocemos. Son monitores que, de forma automática, realizan la medición, a intervalos de tiempo programables o bien de forma continua, de uno o más parámetros biológicos. Los más utilizados son los monitores que son capaces de medir de forma intermitente o continua la presión arterial no invasiva, el electrocardiograma y la oximetría de pulso. Estos tres parámetros se pueden considerar básicos e imprescindibles en la monitorización de muchos pacientes.

Manguito de presión arterial

La tensión arterial es uno de los parámetros que nos avisa de complicaciones circulatorias (hemorragias, taponamiento cardíaco, deshidratación...).

La tensión arterial es la presión ejercida por la sangre a su paso por las paredes vasculares. Está determinada por el gasto cardíaco y la resistencia vascular periférica.

Existen dos medidas:

1. La sistólica: Presión máxima.
 2. La diastólica: Presión mínima.
- **Hipotensión:**
 - Sistólica: -100 mmHg
 - Diastólica: -60 mmHg
 - **Normotensión:**
 - Sistólica: 120/140 mmHg
 - Diastólica: 60/80 mmHg
 - **Hipertensión:**
 - Sistólica: $+140$ mmHg
 - Diastólica: $+90$ mmHg

La presión arterial se mide en mmHg (milímetros de mercurio).



El manguito se colocará en el brazo donde no tenga la vía periférica, 2 cm por encima del pliegue del codo, y se hará de forma que abarque toda la circunferencia del miembro (brazo o pierna) sin apretar. Ajustaremos en el monitor la frecuencia con la que queremos tomar la tensión arterial, así como los límites de la alarma.

El ancho del manguito debe ser el 40% de la circunferencia del brazo y debe colocarse en el punto medio. Por lo tanto, hay que tener el manguito adecuado al brazo o pierna del paciente.

- Adulto: 25-35 cm
- Niños: 18-26 cm
- Infantil: 10-19 cm
- Recién nacido: 5-9 cm



Pulsioxímetro

La pulsioximetría u oximetría de pulso es la medición del oxígeno (O₂) transportado por la hemoglobina (Hb) en el interior de los vasos sanguíneos. De práctica sencilla, segura y no invasiva.

La saturación arterial de oxígeno se define como la relación entre la concentración del oxígeno unido a la hemoglobina y la capacidad total de fijación de la hemoglobina. Los oxímetros de pulso combinan los principios de la espectrofotometría de absorción y la fotopleletismografía para medir, de forma no invasiva, la saturación de oxígeno de la sangre arterial.

Los pulsioxímetros, oxímetros de pulso o saturímetros son los dispositivos que se utilizan para medir la SpO₂. Constan de un sensor o transductor formado por dos piezas (generalmente en forma de pinza), de manera que encontramos en una parte dos emisores de luz o electrodiodos luminosos (LED) y en la parte opuesta un detector de luz, fotodetector o fotodiodo, que mide la cantidad de luz absorbida.

El sensor se coloca en un dedo de la mano, en un dedo del pie, en el lóbulo de la oreja u otro tejido perfundido que pueda transluminarse.

Mientras que la luz emitida pasa a través del dedo o del lóbulo de la oreja, algo de la energía es absorbida por la sangre arterial y venosa, los tejidos y las pulsaciones variables de la sangre arterial, siendo detectados estos cambios por el fotodetector.

La relación de absorción se calcula electrónicamente y de ella, a través de un algoritmo almacenado en el dispositivo, se obtiene la SpO₂.

La mayoría de pulsioxímetros se utilizan con un sensor reutilizable estándar de dedo en forma de pinza, aunque también están disponibles sensores desechables (adhesivos). Menos utilizados son los sensores del lóbulo de la oreja, de la punta de la nariz y de la frente. También están disponibles

distintos sensores para las distintas edades (recién nacidos, niños, adultos).

La exactitud de estos sensores varía con el tipo y la localización de éste. Actualmente, existen dispositivos pulsioximétricos que incorporan la pantalla para la información en el mismo sensor en forma de pinza, disminuyendo al mínimo el tamaño del pulsioxímetro, lo que los hace ideales para el transporte y para su uso en situaciones de emergencias médicas.

Los valores normales de saturación de oxígeno oscilan entre 95-100%.

Monitorización electrocardiograma (ECG)

La frecuencia cardiaca es la velocidad del pulso, es decir, los latidos por minuto.

El monitor nos dará un dato numérico (la frecuencia cardiaca) y una curva con el complejo QRS y onda T. El pulso varía con la edad, actividad física, estado emocional...

Los valores normales oscilan entre 60 y 120 pulsaciones; se pueden detectar frecuencias demasiado lentas (bradicardias) o frecuencias muy rápidas (taquicardias).

Con la monitorización de la función cardiaca se podrán detectar arritmias, defectos de conducción, is-



quemia miocárdica. El monitor también cuenta con la función de marcapasos.

Existen cables de 3 y 5 derivaciones que se acoplan a los electrodos que irán colocados en el paciente.

- **Cable de 3 derivaciones:** Monitoriza las derivaciones I, II y III. La colocación es la siguiente:

- **Rojo:** debajo de la clavícula y cerca del hombro derecho.
- **Amarillo:** debajo de la clavícula y cerca del hombro izquierdo.
- **Verde:** parte inferior izquierda del abdomen.



- **Cable de 5 derivaciones:**

- **Rojo:** en zona subclavicular derecha (RA).
- **Amarillo:** en zona subclavicular izquierda (LA).
- **Verde:** en zona subcostal izquierda (LL).
- **Negro:** en zona subcostal derecha (RL).
- **Blanco:** en el cuarto espacio intercostal derecho en zona paraesternal (V).

En la práctica clínica, para la monitorización continua de ECG con un monitor se emplean tres o cinco electrodos. En el sistema de tres electrodos, el ECG se observa en una derivación bipolar entre dos de los electrodos, mientras que el tercero se comporta como tierra. Un conmutador permite seleccionar las derivaciones sin variar la localización de los electrodos. El empleo de cinco electrodos permite el registro de las 6 derivaciones estándar de los miembros, así como una derivación precordial. Se han desarrollado numerosas modificaciones sobre el sis-



tema de derivaciones estándar bipolares de los miembros intentando maximizar la altura de la onda P para el diagnóstico de las arritmias auriculares o para elevar la sensibilidad del ECG para la detección de la isquemia miocárdica anterior.

Debemos tener en consideración los posibles artefactos en el registro. Los electrodos deben colocarse en la piel (se limpia con alcohol y se aplica gel conductor en cada electrodo).

Si colocamos los electrodos sobre superficies óseas, disminuiríamos las interferencias por la contractilidad muscular.

La obesidad, la hiperinsuflación pulmonar, el derrame pleural y pericárdico disminuyen la amplitud de la señal registrada. Son frecuentes las interferencias por los aparatos eléctricos (respirador, calentadores de líquidos, electrobisturí y otro tipo de monitores).

IV. La gráfica de enfermería

La gráfica de enfermería es un documento clínico que recopila datos de un paciente. Representa la relación que estos datos u observaciones tienen entre sí y aporta información rápida y precisa sobre la evolución del paciente.

Es un elemento que forma parte sobre la evolución del paciente y que, por lo tanto, está sujeta a la Ley

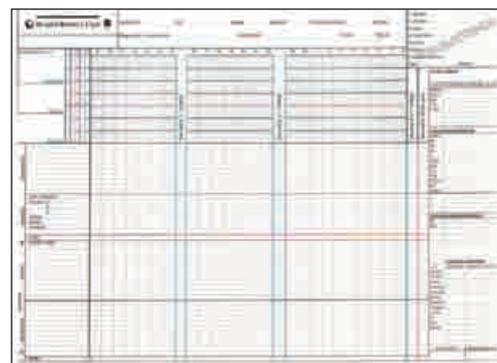
de Protección de Datos (LOPD), en cuanto a confidencialidad, custodia y observación de la misma.

Se registran las constantes vitales, balance líquido, control de vías y drenajes, resultados de pruebas analíticas y otras complementarias, así como parámetros respiratorios e indicadores de la situación hemodinámica y neurológica, así como el evolutivo general del paciente.

En el anverso del registro de la gráfica de enfermería, la parte superior se compone de:

Datos del paciente

- **Anagrama del hospital:** En el espacio superior izquierdo de la gráfica.
- **Cama:** Se anotará el número de cama que ocupa el paciente.
- **Fecha de ingreso:** se reflejará la fecha en la que el paciente ingresó en la unidad.



Certamen

- **Fecha actual:** Se reflejará la fecha de día en curso.
- **Diagnóstico/Intervención:** Se rellenará con el diagnóstico clínico de ingreso y/o intervención quirúrgica realizada y diagnóstico secundario si procede.
- **Alergias:** Este apartado se cumplimentará en caso de existir alergias conocidas, anotándose en color rojo dichas alergias (medicamentos, alimentos, por contacto, etc...)
- **Peso:** Se anotará el peso del paciente.
- **Talla:** Se anotará la talla del paciente.
- **Identificación del paciente:** En este apartado, situado en el ángulo superior derecho, se colocará una pegatina actual del paciente o, en su defecto, se anotará nombre, apellidos y número de historia del paciente.
- **Teléfono de contacto:** Siempre se solicitará a la familia un teléfono de contacto y se anotará en este espacio.

Recogida de constantes

En esta zona están reflejadas las 24 horas del día. En el espacio milimetrado se anotarán las constantes, tomando como referencia las columnas de la izquierda de la gráfica.

La gráfica de enfermería dispone de un apartado con cuadrícula, donde se anotarán las constantes vitales. Está graduada en intervalos para representar los valores de cada constante y dispone, así mismo, de escalas de referencia para cada constante, representada por las siglas R (respiración), TA (tensión arterial), P (pulso) y T (temperatura).

La cuadrícula de constantes representa divisiones verticales que separan las horas y los turnos de mañana, tarde y noche (M-T-N).

El valor de cada intervalo en una gráfica será distinto según el diseño y la constante a tratar.

- **Tensión arterial (TA):** Se reflejará con una línea vertical terminada en punta de flecha por ambos lados. Los vértices se situarán en la sistólica y en la diastólica. La representación se hará de color verde.
- **Pulso (P):** Se reflejará con un punto azul que identifique su valor. Los puntos se unirán con una línea continua del mismo color.
- **Respiraciones (R):** Se representará con un asterisco en color negro que identifique su valor. Los asteriscos se unirán con una línea continua del mismo color.
- **Temperatura (T):** Se anotará con un punto de color rojo que identifique su valor y, en algún caso, anotar en número encima del punto. Se unirán los puntos con una línea continua del mismo color.

Identificación de pérdidas

Se registrarán las salidas de líquidos expresadas en mililitros (ml), por los siguientes conceptos:

- **Vómitos/Aspiración Sonda Nasogástrica (SNG):** Se anotarán en mililitros las cantidades eliminadas por vómitos, por sonda nasogástrica conectada a la bolsa o por aspiración de SNG.

- **Drenajes:** Se reflejarán las cantidades drenadas por tubo de tórax, redón, kher, uréter, etc... Las pérdidas hemáticas se anotarán en rojo.
- **Heces:** Se reflejará la cantidad correspondiente a este concepto.
- **Diuresis:** Se reflejará la cantidad en ml. correspondiente a este concepto. La línea de separación entre el apartado de parámetros y el de pérdidas, está trazada con una línea discontinua. Esto es así para que en el caso de ser insuficiente la zona destinada a pérdidas, pueda utilizarse algún renglón de los previstos para parámetros, si fuera posible.

Identificación de ingresos

- **Ingesta/S.N.G:** Se anotará la cantidad que en concepto de ingesta tome el paciente, especificando si es agua o alimentos al tomarlos por vía oral o la cantidad de dieta y agua, si se administra por S.N.G.
- **Fluidos:** Se anotarán los sueros, sangre, hemoderivados, etc... (expresado en ml.)
- **Medicación:** En la zona de la izquierda, se anotará únicamente el nombre del producto, y en el cuadro correspondiente a la hora, se anotará la dosis y vía de administración.



V. Protocolo de actuación en el ingreso del paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos

- Tranquilizar e informar al enfermo, si está consciente.
- Colaborar en el paso del enfermo de la camilla a la cama de nuestra unidad.
- Procurar la seguridad del enfermo en el cambio de cama.
- Vigilar durante el cambio de cama vías periféricas, sondas, drenajes, férulas...
- Monitorización básica del enfermo:
 - ECG.
 - Pulsioxímetro.
- Toma de constantes y apertura de gráfica:
 - Frec. Cardíaca.
 - Frec. Respiratoria.
 - Temperatura.
 - Tensión arterial.
- Actividades derivadas de órdenes médicas:
 - Extracción de muestras para analítica de ingreso, cultivos, etc.
 - ECG.
 - Radiografía de tórax.
 - Sonda vesical, nasogástrica...
- Informar al enfermo sobre el funcionamiento de la unidad.
- Disminuir la ansiedad del enfermo.
- Informar a la familia del funcionamiento del servicio.
- Entregar a los familiares pases, hoja informativa y objetos personales.
- Pedir a la familia teléfonos de contacto.
- Recoger el material que ya no es necesario dentro del box: aparato de ECG, carro de intubación, carro de paradas, etc.
- Procurar dejar al enfermo lo más confortable posible.
- Comenzar con el tratamiento prescrito por el facultativo: fluidoterapia, antibioterapia, oxigenoterapia, nutrición, etc...



- Dar el ingreso en admisión. Recoger etiquetas identificativas.
- Reclamar historia antigua si la hubiera.
- Apertura de Hoja de Cuidados de Enfermería e incluir al paciente en los protocolos vigentes en la unidad en ese momento. Ejemplo: prevención de úlceras por presión.
- Destacamos la importancia de:
 - La priorización en las acciones.
 - El trabajo en equipo.
 - Tranquilizar e informar al paciente y a la familia.
 - Procurar que la familia vea al enfermo lo antes posible.
 - Procurar la intimidad del paciente.
 - Consultar con el enfermo o su familia sobre gustos personales, religión, etc.

VI. Cuidados diarios de los pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos

Los cuidados diarios realizados a los pacientes ingresados en la UCI serán realizados con sumo cuidado debido al estado de gravedad en el que se encuentran. Para ello, la enfermera será la encargada de dirigir los movimientos que se le tengan que hacer al paciente.

- Colaborará tanto el TCAE como el celador en dichas movilizaciones.
- Higiene corporal (piel, boca, ojos, etc...)
 - Cambio de ropa de cama.
 - Cambio de pañal.
 - Cambios posturales.

Higiene corporal del paciente

La higiene del paciente será realizada por el TCAE, ayudada por el celador y mediante la supervisión y colaboración de enfermería.

La higiene debe hacerse en un orden establecido:

1. Ojos
2. Cara
3. Boca
4. Oídos
5. Cuello y hombros
6. Brazos, manos y axilas
7. Tórax y mamas
8. Abdomen
9. Piernas y pies
10. Región genital
11. Espalda y nalgas

Procedimiento

- Explicaremos al paciente qué le vamos a hacer. Debemos comunicarnos con el paciente cuando vayamos a realizarle alguna técnica.

- Preservaremos la intimidad del paciente y lo mantendremos desnudo el menor tiempo posible.

- Colocaremos al paciente en decúbito supino y sin almohada.

Siempre con la ayuda y supervisión del enfermero/a.

- Desnudaremos al paciente procurando que esté tapado con una toalla o sábana.

- Los ojos los lavaremos con agua sin jabón y los secaremos.

Realizaremos la limpieza ocular desde el ángulo interno hacia el extremo del ojo, facilitando la eliminación de bacterias por arrastre. Se utilizará una gasa o más para cada ojo.

- Para la limpieza de encías, paladar, lengua y dientes usaremos una torunda de gasa impregnada en enjuague bucal para cada zona. En el caso del paciente intubado, la higiene bucal se realizará irrigando el enjuague bucal y aspirando con una sonda de aspiración.

- El aseo del cuerpo se hará enjabonando, aclarando y secando, teniendo en cuenta los pliegues del cuerpo del paciente y, en su caso, aplicar crema hidratante. En el lavado de las manos, nos fijaremos en el estado de la uñas y, en caso necesario, utilizaremos un cepillo para la limpieza de las uñas y las recortaremos.

- El paciente se hará la higiene genital por sí mismo en caso de ser capaz. Si no lo fuese, lo realizará el TCAE.

- Para el lavado de espaldas y nalgas y, en el caso de que el paciente estuviera intubado, la enfermera se encargará de girar la cabeza del paciente y de sujetar el tubo y el celador movilizará al paciente, mientras el TCAE enjabona, enjuaga, seca e hidrata la piel del paciente, cambiándole así las sábanas de la cama, colocando sábana bajera y entremetida y, en caso necesario, salvacamas.

VII. Protocolo de alta del paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos

- Informar al paciente de su alta.
- Pedir cama en admisión.



- Higiene general del paciente.
- Curas.
- Retirada de vías centrales si procede y cultivo.
- Retirada de catéter arterial.
- Revisión del tratamiento médico.
- Cierre y recogida de gráficas de enfermería y hoja de cuidados.
- Cumplimentar hoja de alta de enfermería.
- Informar a la familia sobre la hora aproximada de alta.
- Recoger objetos personales del paciente.
- Llamar a planta para coordinar el traslado (hora, dieta, etc.).
- Avisar a la familia del traslado y pedirle que nos acompañe.
- Traslado de cama del enfermo, procurando su seguridad y la de vías, drenajes, etc.
- Acompañar al enfermo hasta su nueva habitación.
- Colocar en su nueva habitación sueros, drenajes, oxígeno, etc.
- Presentarnos ante sus nuevos compañeros de habitación.
- Entregar los objetos personales a la familia.
- Despedirnos del enfermo.
- Hacer entrega del Historial Clínico a la enfermera de planta.
- Hacer un breve resumen verbal sobre la historia del enfermo.

- Resaltar los cuidados de enfermería para lograr la continuidad de los mismos.
- Comunicar el alta de admisión.
- Preparar el Box para un nuevo ingreso.
- Limpieza del Box:

- Paredes
- Cristales
- Monitor
- Aspirador
- Goma de aspirador
- Bandeja
- Bombas
- Respirador
- Mueble
- Cama
- Colchón
- Manguito de tensión
- Etc.

- Reposición de Material:

- Jeringas
- Gasas
- Agujas
- Etc.

Bibliografía

- www.tesis.udea.edu.co (El temor y la experiencia del paciente en UCI)
- www.fraserhealth.ca
- www.msssi.gob.es
- www.wikipedia.org
- www.chospad.es



Normas para realizar la Actividad Formativa y conseguir tu certificado

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



Clique en Identifícate (parte superior derecha de su pantalla)

Una vez que se identifique le aparecerá la siguiente pantalla:



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

Cuando se encuentre identificado verá la siguiente pantalla:



Para acceder al curso deberá clicar en NOSOCOMIO

Aparecerá la pantalla que mostramos a continuación:



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



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

Nutrición Oncológica

Existen diversos estudios epidemiológicos que han evidenciado una estrecha relación causal entre algunos tipos de cáncer y determinados hábitos de vida como el tabaquismo, la exposición a contaminantes ambientales y el consumo de algunos alimentos. El papel patogénico de la dieta cobra importancia en tumores del tracto gastrointestinal, mama, próstata y endometrio, aunque sí es cierto que es difícil conocer con precisión cuál es el efecto atribuible a la dieta en el origen y desarrollo de los tumores, por la interrelación con otros factores tanto ambientales como genéticos y de estilo de vida. Entre las conductas alimentarias que se relacionan con el desarrollo del cáncer, cabe destacar el consumo de alimentos con alto contenido graso, el exceso calórico, el aumento de peso, el menor consumo de frutas y verduras que se relaciona con riesgo de padecer cáncer de mama, colon, recto, útero y riñón, entre otros; al igual que un consumo excesivo de alcohol y café son conductas de riesgo para el desarrollo de la mayoría de los cánceres. También la forma de procesar los alimentos puede suponer un factor de riesgo añadido.

1. CONDUCTA ALIMENTARIA ANTES DEL CÁNCER

Es posible afirmar que el cáncer es una enfermedad prevenible si se tomasen medidas relacionadas ante ciertos agentes como la radiación, la dieta, y la exposición a agentes químicos, entre otras.

En el segundo informe experto del WCRF/AICR (Fondo Mundial de Investigación del Cáncer/Instituto Estadounidense para la Investigación del Cáncer) se dan las siguientes pautas sobre la dieta:

1. Mantenimiento del peso corporal dentro de los márgenes normales.
2. Mantenerse físicamente activo como parte de la vida cotidiana.
3. Limitar el consumo de alimentos y bebidas de alta densidad energética.
4. Consumir sobre todo alimentos de origen vegetal.
5. Limitar la ingesta de carnes rojas y no consumir carnes elaboradas.
6. Limitar el consumo de bebidas alcohólicas.
7. Limitar el consumo de sal y tener precaución con los cereales y las legumbres que puedan estar contaminados con aflatoxinas.



8. Procurar satisfacer los requerimientos nutricionales por medio de la dieta ("para prevenir el cáncer no se recomiendan los suplementos alimentarios").

9. **Recomendación especial 1:** Promueve la lactancia materna.

10. **Recomendación especial 2:** Todos los sobrevivientes de cáncer deber recibir atención nutricional de un profesional competente, siguiendo las recomendaciones dadas sobre alimentación, peso saludable y actividad física.

La mayoría de estas premisas se sitúan dentro de los estándares que designa la dieta mediterránea y son muchos estudios los que indican que seguir los patrones de ésta tiene efectos beneficiosos sobre el cáncer y, en concreto, sobre el cáncer colorrectal, el de próstata y los cánceres aerodigestivos. Aunque existe una excepción documentada acerca de la dieta mediterránea y es que el consumo de carbohidratos complejos aumenta el riesgo de padecer cáncer de páncreas.

1.1. Seguridad alimentaria y cáncer.

La calidad nutricional de los alimentos que consumimos influye de forma notable ante la posibilidad de desarrollar cáncer, su evolución y su resolución, además de ser un medio para paliar los efectos secundarios.

Existen ciertas sustancias que son ocasionalmente transmitidas por los alimentos y que tienen cierta posibilidad de presentar riesgo cancerígeno según la International Agency for Research on Cancer: nitrosaminas, contaminantes químicos (pesticidas organoclorados, policlorobifenilos y dioxinas) y sustancias relacionadas con los métodos de cocinado (hidrocarburos aromáticos policíclicos, aminas heterocíclicas); pero,afortunadamente, las autoridades sanitarias velan por su ausencia, o en su defecto, por su presencia pero a niveles seguros.

En cualquier caso, es necesario usar medidas básicas de higiene: limpieza de superficies de contacto con los alimentos, limpieza de manos, potabilización de aguas, esterilización/pasteurización de los alimentos, etc.

En este sentido, la dieta mediterránea tradicional ha contribuido a garantizar la buena calidad higiénica gracias al uso de medios de conservación (salazones, desecados, ahumados y los largos tratamientos térmicos) y de sus técnicas culinarias.

2 ¿CÓMO AFECTAN EL CÁNCER Y SU TRATAMIENTO A LA NUTRICIÓN?

2.1. Efectos del tumor en la nutrición.

A veces, el tumor tiene efectos sistémicos o locales que modifican el estado nutricional, destacan el hipermetabolismo, la malabsorción, la dismotilidad, la septicemia y obstrucciones.

La desnutrición proteico-calórica (DPC) es el diagnóstico secundario más común en personas que ya han sido diagnosticadas de cáncer y es consecuencia de la anorexia, la caquexia y la sensación de saciedad temprana.

Entre un 15-25% de los pacientes presentan **anorexia** en el momento de diagnóstico y casi todos los pacientes en fases de metástasis. Ocurre también como un efecto secundario de los tratamientos y se potencia por otros efectos secundarios como pueden ser las náuseas y los vómitos. Además, la situación de desesperanza y ansiedad puede potenciar la falta de apetito y desencadenar la DPC.

2.1.1. Localización del tumor.

Por regla general, las complicaciones son más destacables en los tumores cuya localización compromete el tracto digestivo, la cabeza o el cuello, ya sea por la obstrucción o la disfunción mecánica.

2.1.2 Metabolismo del tumor.

Las alteraciones por el tumor en el metabolismo son más frecuentes en tumores consolidados de pulmón, páncreas y tracto digestivo superior, y menos frecuente en pacientes con cáncer en el tracto digestivo inferior y cáncer de mama. Un síntoma muy frecuente de esta alteración es la caquexia.

Efecto secundario	Localización de tumor			
	Cabeza y cuello	Esófago y estómago	Páncreas, hígado, I. delgado	I. grueso
Disfagia y odinofagia	X	X		
Xerostomia	X			
Disgeusia	X			
Saciedad precoz		X	X	
Náuseas y vómitos		X	X	
Dolor abdominal		X	X	
Diarrea o malabsorción		X	X	X
Estreñimiento u obstrucción			X	X
Anorexia o pérdida de peso		X	X	X

Nutrición oncológica

2.2. Efectos del tratamiento.

Los pacientes que de base tienen una buena nutrición presentan menos efectos secundarios del tratamiento o los toleran mejor que los que no la tienen. Dichos efectos secundarios resultan de la toxicidad que sufre el tubo gastrointestinal y da lugar a náuseas, vómitos, estreñimiento, diarrea, xerostomía, mucositis, disfagia e inapetencia.

Durante el tratamiento, la dieta debe aportar las suficientes proteínas para contribuir a mantener la fortaleza del individuo y a prevenir el catabolismo adicional de los tejidos corporales.

3. ESTRATEGIAS CONDUCTUALES PARA EL TRATAMIENTO SINTOMÁTICO

3.1. Alteraciones del peso corporal.

► Soporte nutricional para la pérdida de peso:

- Realizar unas 5-6 ingestas de forma espaciada en el tiempo.
- Tomar alimentos de digestión fácil. No abusar de las grasas ya que se toleran peor.
- Buena presentación de los platos para que resulten apetecibles.
- Evitar el exceso de carnes rojas o procesadas y adecuarse a la dieta mediterránea ya que resulta equilibrada.
- Comer en ambientes tranquilos, exentos de olores, ruidos y evitar la televisión.
- Ingerir entre 1.5-2 litros de agua al día.
- Fijarse objetivos pequeños cada día para mejorar la alimentación.
- Las bebidas alcohólicas no están recomendadas.

► Recomendaciones para aumentar de peso:

- Enriquecer los platos con quesitos, nata y leche en polvo. No abusar de las grasas ya que

Efecto secundario	Tratamiento				
	Quimioterapia	Radioterapia	Bioterapia	Terapia hormonal	Cirugía
Disfagia	X	X			
Xerostomía	X	X			
Mucositis	X	X			
Disgeusia	X	X			
Saciedad precoz	X				X
Náuseas o vómitos	X	X	X	X	X
Diarrea	X	X	X		X
Estreñimiento	X	X	X		X
Anorexia o pérdida de peso	X		X		X
Aumento de peso				X	

hace que los platos sean menos digeribles.

- Buscar el momento del día en el que el paciente tenga más apetito y potenciar la alimentación en ese momento.
- Favorecer el consumo de meriendas enriquecidas con batidos caseros, galletas y fruta.
- Aumentar ligeramente el ejercicio físico para así aumentar el apetito.
- Evitar alimentos que conlleven a la plenitud gástrica: caldos, bebidas con gas, ensaladas, etc.
- Si la situación no revierte, plantearse la posibilidad de tomar suplementos calórico-protéicos.

► Consejos para bajar de peso:

- Comer más frutas, verduras, carnes magras y cereales integrales.
- Comer alimentos saciantes como las sopas y alimentos con fibra.
- No abusar de los alimentos y bebidas azucaradas.
- Limitar la ingesta de carnes rojas y procesadas.
- Evitar las bebidas alcohólicas.
- Aumentar el nivel de actividad física.
- No saltarse las comidas y realizar unas 5 tomas/día.
- Apoyo psicológico y familiar.
- Establecer metas simples y diarias.

3.2. Recomendaciones para el paciente con falta de apetito.

- ▶ Elegir para comer los momentos del día con mayor apetito.
- ▶ Comer pequeñas porciones, presentando la comida en menaje pequeño y con colores neutros.
- ▶ No beber mucho antes ni durante la comida.
- ▶ Denominar y ofrecer los platos remarcando su controlada cantidad y los aspectos que hacen fácil su ingesta y evitar aquellas denominaciones que muestran una gran cantidad de alimentos sin variación (ej.: "un puré").
- ▶ Evitar que el paciente cocine en la mayor medida de lo posible. Si el paciente tiene que estar en la cocina, recurrir a elaboraciones fáciles y rápidas.
- ▶ Permanecer tan activo como sea posible para ayudar a mejorar el apetito.

3.3. Recomendaciones ante la disgeusia.

La disgeusia es la alteración o deterioro del sentido del gusto. En cuanto a las recomendaciones se citan las siguientes:

- ▶ Identificar las principales alteraciones en la percepción de los sabores básicos.
- ▶ Preparar aderezos, aliños y acompañamientos que sean del gusto del paciente, para modificar las bases alimentarias.
- ▶ Evitar los alimentos calientes. Mejor fríos, frescos o a temperatura ambiente.
- ▶ Consumir frutas y hortalizas frescas o ultracongeladas. Valorar el consumo de conservas.
- ▶ Si se desea aportar nuevos sabores, marinar carnes y pescados.
- ▶ Ante la aparición de un sabor continuo y desagradable, de carácter "metálico":

Nutrición oncológica



- Enjuagar la boca con colutorios, disoluciones cítricas y/o bicarbonato antes de la ingesta.
- Buena higiene bucal.
- Consumo de alimentos fríos, frescos o a temperatura ambiente.
- Utilizar aderezos y aliños para conseguir sabores intensos. Probar picantes y encurtidos.
- Si se rechaza la carne roja, sustituirla por proteína de huevo, pescados y carnes blancas.

gua, suelo de la boca y paladar blando. Es necesario:

- ▶ Realizar higiene y cuidados de la boca de forma adecuada. Utilizar cepillo dental suave.
- ▶ Mantener la mucosa oral bien hidratada mediante enjuagues con manzanilla, suero salino fisiológico, colutorios sin alcohol o agua y bicarbonato sódico.
- ▶ Tratamiento analgésico según pauta médica.
- ▶ Consumir alimentos de consistencia blanda o túrmix para evitar agredir la mucosa.
- ▶ No ingerir alimentos a temperaturas extremas.
- ▶ Eliminar alimentos con sabores potenciales como los ácidos, amargos, picantes, etc.
- ▶ Si las medidas anteriores no son suficientes para tener un buen estado nutricional, probablemente se le pauten suplementos alimentarios.

3.4. Estrategias ante la mucositis.

La mucositis oral se caracteriza por la inflamación de la mucosa a consecuencia de la radioterapia, la quimioterapia y otros tratamientos oncológicos que afectan a la mucosa. Las localizaciones más frecuentes son: labios, mejillas, superficie ventral y lateral de la len-

Clasificación	Grado I	Grado II	Grado III	Grado IV
Exploración	Eritema.	Ulceraciones parcheadas.	Ulceraciones confluentes.	Necrosis tisular con sangrado espontáneo.
Síntomas	Leves. No intervención.	Dolor moderado, no interfiere con la ingesta. Modificar dieta.	Dolor severo. Interfiere con la ingesta.	Riesgo vital. Intervención urgente.



- ▶ En el caso de que la última medida no funcione, deberá instaurarse la alimentación por sonda nasogástrica o gastrostomía percutánea.
- ▶ Si existe la sospecha de infección por hongos, el médico le pautará antifúngicos.
- ▶ En casos de grado 3 y 4 de mucositis, ante los síntomas que comprometan la deglución o respiración, será necesaria la hidratación intravenosa y, en ocasiones, la nutrición parenteral.

3.5. Intervención de la xerostomía.

La xerostomía, o sequedad de la boca, se define como la disminución o ausencia de saliva por parte de las glándulas salivares, principalmente a consecuencia del tratamiento del cáncer como la radioterapia y la quimioterapia.

- ▶ Adecuada higiene oral.
- ▶ Beber bastante agua a lo largo del día. Importante sorber, enjuagar y tragar la toma de agua.
- ▶ Consumir bebidas muy dulces o ácidas que ayuden a producir saliva.
- ▶ Mascar chicle o chupar caramelos duros, helados de hielo, trozos de hielo, manzanilla congelada, etc.



- ▶ Evitar comidas secas y espesas que resulten difíciles de tragar.
- ▶ No fumar.
- ▶ No ingerir bebidas alcohólicas.

Clasificación	Grado I	Grado II	Grado III
Exploración	Saliva escasa y espesa. Sin alteración de la dieta.	Alteración significativa de la ingesta, agua abundante u otros lubricantes. Dieta limitada a consistencia blanda o túrmix.	Incapacidad para alimentarse oralmente. Nutrición asistida.

Síntomas: Boca seca, quemazón, disfagia, dificultad en el habla, disgeusia y halitosis.

Entre las medidas se recogen:

- ▶ Mantener los labios hidratados.
- ▶ Acudir frecuentemente al odontólogo.
- ▶ Valorar el uso de sustitutos salivares.

3.6. Disfunciones en la deglución.

El grado de disfagia que tenga el paciente conlleva a modificar la textura de los alimentos y a enriquecerlos de una manera u otra. Resulta imprescindible la educación al cuidador si el paciente está en su casa, sin embargo, de la administración de la alimentación del paciente hospitalizado se encarga el TCAE. Es necesario:

- ▶ Destacar la importancia de la dieta equilibrada.
- ▶ Animar al paciente, familiares y cuidadores a que participen en el proceso.
- ▶ Informar al paciente de las dificultades que presenta.
- ▶ Con respecto a los cuidados posturales, es importante situar al paciente en situación fowler, con el cabecero elevado entre 60-90°, si esto no es posible hay que buscar al menos:

- Que la cama esté con el cabecero elevado hasta un ángulo mínimo de 45-60°
- Que la espalda esté correctamente alineada y apoyada sobre un respaldo.
- Flexión de la cabeza hacia adelante (evitar la hiperextensión).
- Inclinación y giro de la cabeza hacia el lado que convenga antes de introducir el alimento.
- ▶ Evitar alimentos pegajosos (caramelos, pan blanco fresco...), con dos o más consistencias como el yogur con frutas, con fibras duras como los espárragos y el apio, con huesillos o semillas pequeñas (uvas, aceitunas...) y que no formen el bolo con facilidad (maíz, frutas y vegetales crudos...).
- ▶ Mantener las medidas de higiene y seguridad alimentaria, que conlleven desde la higiene de manos hasta comprobar que la temperatura del alimento esté óptima.

En ciertas ocasiones será necesario consumir suplementos proteicos

para cubrir el 100% de los requerimientos nutricionales, incluso se puede requerir la instauración de la nutrición enteral.

3.7. Estrategias nutricionales ante las náuseas y los vómitos.

Las náuseas y los vómitos son los síntomas más frecuentes y más temidos del tratamiento contra el cáncer.

Existen factores predisponentes como la edad, el sexo (más frecuente en mujeres), pacientes con antecedentes de alcoholismo, tipo de agente quimioterápico, la forma de administración, la ansiedad, etc.

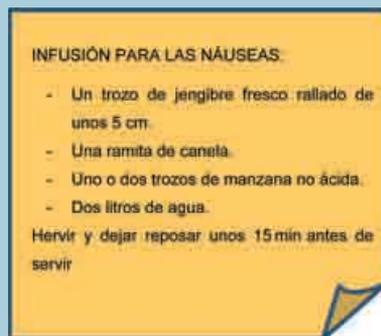
Además, pueden acarrear otros problemas como pérdida de líquidos y electrolitos, lesiones producidas por aumento de la presión abdominal, predisposición al vómito en futuras ocasiones, etc.

Entre las recomendaciones se recoge:

- ▶ Administra la medicación antiemética prescrita con la suficiente antelación.
- ▶ Relajarse antes de comer.
- ▶ Reposar después de comer sentado o incorporado.
- ▶ Evitar lugares con olores fuertes.
- ▶ Usar ropa holgada que no comprima el abdomen
- ▶ Mantenerse bien hidratado.
- ▶ Si hay un mal sabor de boca, consumir caramelos duros.
- ▶ Consumir alimentos que le resulten agradables.
- ▶ No consumir alcohol ni tabaco.
- ▶ Usar cubiertos de plástico ya que el sabor metálico puede causar sabor amargo.
- ▶ Disminuir el estímulo nauseoso mediante el consumo de alimentos secos cada pocas horas y al despertarse (galletas, colines), evitar alimentos con olores fuertes, comer alimentos fríos o a temperatura ambiente ya que se disminuye la intensidad del aroma, evitar los alimentos

muy grasos o dulces, masticar bien y comer despacio, etc.

- ▶ En caso de que existan vómitos es necesario ofrecer líquidos durante 30-60 minutos en pequeños sorbos cada 10-15 min. Dieta tolerancia progresiva.



3.8. La diarrea en el paciente oncológico.

Se considera diarrea cuando las deposiciones son frecuentes, de consistencia blanda, semilíquida o líquida. Puede ir acompañada de urgencia fecal, molestia perianal o incontinencia. Los alimentos circulan tan rápidamente por el tracto gastrointestinal que no se pueden absorber suficientes nutrientes, vitaminas y minerales. Entre las causas se recogen los tratamientos agresivos como la radioterapia y la quimioterapia, la cirugía, las infecciones, intolerancia a la lactosa, etc. La diarrea puede cursar con diferentes complicaciones: desde dolor abdominal, inflamación perianal, hasta desnutrición, deshidratación, compromiso cardiovascular, etc.

Las recomendaciones dietéticas tienen como fin evitar la estimulación de la motilidad intestinal y restaurar el balance hidroelectrolítico:

- ▶ Suprimir el aporte de fibra insoluble (cereales integrales, verduras, leguminosas...) y de estimulantes del peristaltismo como café, té, chocolate y picantes.

- ▶ La fruta se puede administrar sin piel, cruda, al horno, en almíbar, en zumos...

- ▶ Se fraccionarán las comidas y bebidas en pequeñas tomas ya que las grandes cantidades estimulan el reflejo gastrocólico.

- ▶ Se indicarán alimentos cocidos de fácil digestión y absorción.

- ▶ Disminuir el aporte de grasas y azúcares (ciertos glúcidos tienen un efecto laxante).

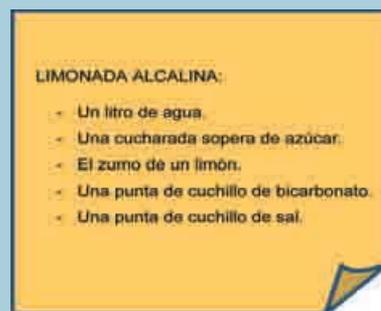
- ▶ Sustituir la leche por leche sin lactosa. El yogur posee menos contenido en lactosa y posee un efecto beneficioso sobre la flora intestinal.

- ▶ Se aportarán entre 2-3 litros de líquidos al día para evitar la depleción hidroelectrolítica.

- ▶ Pueden tomarse consomés o caldos suaves, preferentemente de arroz y zanahoria, o caldos desgrasados. Agua, zumos diluidos y bebidas isotónicas sin gas también son recomendables.

- ▶ Evitar las bebidas alcohólicas.

- ▶ Realizar cuidados perianales después de cada deposición.



3.9. El estreñimiento en pacientes oncológicos.

Los pacientes con cáncer presentan con mucha frecuencia este síntoma de causas variables (inactividad, dieta pobre en fibra, ingesta insuficiente de líquidos, obstrucción intestinal, uso de algunos fármacos, etc).

Las recomendaciones para evitar el estreñimiento son:

- ▶ Incrementar el aporte de fibra insoluble (cereales integrales, frutas crudas, verduras, etc)

- ▶ Consumir aceites vegetales crudos en cualquier ingesta.
- ▶ Aumentar la ingesta de líquidos.
- ▶ Realizar ejercicio físico según tolerancia.

4. La dieta después del cáncer.

Tras la superación del cáncer, el paciente está muy motivado y quiere colaborar para mantener su salud y prevenir enfermedades, sobre todo la recidiva del propio cáncer. Destacar que es importante que:

- ▶ Ingerir alimentos acordes a las necesidades nutricionales individuales.
- ▶ Llevar una dieta equilibrada como puede ser la dieta mediterránea.
- ▶ Manejo apropiado del peso.
- ▶ Realizar actividad física diariamente.
- ▶ Realizar las actividades para conseguir una buena higiene alimentaria.

4.1. Alimentación después de una colostomía.

Además de mantener una dieta saludable, son necesarias ciertas recomendaciones específicas:

- ▶ Masticar lentamente todos los alimentos, sobre todo las semillas crudas, las palomitas de maíz y las pasas.
- ▶ Tener un horario regular para favorecer la regularidad del ritmo intestinal.
- ▶ Evitar fritos, rebozados y con fuertes aromas.
- ▶ Beber abundantes líquidos ya que, al eliminar parte del colon, se pierde la función de reabsorción de fluidos.
- ▶ Evitar los alimentos que forman gases y mal olor (verduras crucíferas, huevo, pescado). El yogur, el suero de mantequilla y el perejil previenen el mal olor.

5. La dieta del paciente onco-hematológico.

Entre las características del cáncer hematológico está la depleción del sistema inmunitario por lo que es necesario tomar las siguientes medidas:



ALIMENTO	PROHIBIDO	PERMITIDO
FARINÁCEOS	<ul style="list-style-type: none"> - Productos de granos crudos. - Pan con granos, semillas o frutos secos. - Avena. - Pasta fresca no cocida. - Ensalada de pasta con verduras o huevo crudo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pan y bollería: tostadas, galletas, magdalena (envase individual). - Pasta y arroz cocinado.
VERDURAS	<ul style="list-style-type: none"> - Verdura cruda. - Lechuga. - Zumo de verdura no pasteurizado. 	<ul style="list-style-type: none"> - Verdura cocida. - Zumo de verdura pasteurizado.
FRUTAS	<ul style="list-style-type: none"> - Fruta fresca sin lavar. - Zumos no pasteurizados. - Kiwi, fresa, melocotón, uva y cereza. 	<ul style="list-style-type: none"> - Zumos pasteurizados. - Fruta lavada, excepto la no permitida (aunque tenga la piel gruesa debe lavarse). - La sandía y el melón se lavarán y se podrán comer siempre que sea en el mismo momento en el que se ha servido.
LÁCTEOS	<ul style="list-style-type: none"> - Lácteos no pasteurizados tipo yogur, quesos fermentados y/o curados. - Quesos no pasteurizados (maduros con moho, quesos azules, brie, camembert, roquefort, gorgonzola...) - Quesos con hierbas o verduras sin cocer. - Queso fresco/blanco. 	<ul style="list-style-type: none"> - Leche pasteurizada y derivados (recién abierto o en envase individual).
SOPAS	<ul style="list-style-type: none"> - Sopas frías: Gazpacho. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sopas cocinadas.
CARNES Y PESCADOS	<ul style="list-style-type: none"> - Carnes, pescados y aves crudos o poco cocidos. - Pescado ahumado. - Pescado en escabeche. 	<ul style="list-style-type: none"> - Carnes, pescados y aves bien cocinados.
BEBIDAS	<ul style="list-style-type: none"> - Agua del grifo. - Infusiones. - Té frío envasado (tipo Nestea). - Hielo de las máquinas comerciales. 	<ul style="list-style-type: none"> - Agua embotellada. - Café siempre con agua hervida y en envase individual. - Refrescos con o sin gas embotellados individualmente. - Suplementos nutritivos enlatados, líquidos o en polvo.
ACEITES, SAL Y CONDIMENTOS	<ul style="list-style-type: none"> - Condimentos crudos, y/o especias: ajo, perejil, menta... 	<ul style="list-style-type: none"> - Aceite vegetal. - Margarina. - Mayonesa. - Sal. <p style="text-align: center;">Envasados individualmente</p>
DULCES	<ul style="list-style-type: none"> - Miel cruda. 	<ul style="list-style-type: none"> - Azúcar. - Sacarina. - Mermelada. - Almíbar. - Miel pasteurizada.

Ateración	Alimentos y bebidas que se preferirán	Propuestas de elaboración y presentación
I. Alteraciones de la masticación y la deglución	Fácil deglución Yogur Miel en líquidos	Texturas suaves y untuosas Aceites y salsas suaves Aguacate Crema frías
Ila. Alteraciones de la mucosa oral: Llaga y Mucositis	Aquellos que no contengan: Bordes duros - aristas Espinás Huesos pequeños Azúcar cristalizada Sal en escamas Ingredientes ácidos Alcohol	Texturas suaves y untuosas Gaspachos, cremas ligeras, batidos, espumas, gelatinas, mousses Pecado limpio Escalibadas Sopas frías Clara de huevo hervida (no adhesiva) Enjuagues e infusiones: manzanilla
Iib. Boca seca.	Base líquida Geles (gelatinas, otros)	Presentaciones húmedas y frescas Gaspachos, cremas ligeras, batidos, espumas, gelatinas, mousses No muy caliente ni muy frío
III. Náuseas y vómitos	Sabores neutros Olores débiles o ausentes Reducido contenido en grasa	Presentaciones siempre frías y templadas Helados, sorbetes, cremas frías, ensaladas Bebidas con pajita y cubiertas (evitar olores) Higiene postural
IVa. Alteraciones del ritmo intestinal: Diarrea	Astringentes y bajos en fibra Lácteos sin lactosa Pectina (de manzana, membrillo) Aporte moderado de iones:	Manzanilla rallada y cocida al aire Agua de arroz Arroz y pasta cocida y aderezada Bases de zanahoria y patata en purés y acompañamientos Usar cocineras suaves, evitar fritos Lácteos sin lactosa (funcionales) también en elaboración culinaria (bechamel ligera) Frutas asadas en olla a presión Obtención de pectina botónica, plátano maduro Favorecer presentaciones atractivas al estar bastante limitado el rango de alimentos y su elaboración culinaria
IVb. Alteraciones del ritmo intestinal: Estreñimiento	Alimentos altos en fibra Elevada humedad Hidrocoloides Lácteos y otros, altos en fibra	Cruetas, pasas, espárrago sin cortar Semillas de lino/líaxa Kiwi, naranja, alimentos ricos en pulpa Gelatinas (hidratación); otros hidrocoloides (agua) Funcionales altos en fibra
Va. Alteraciones en el apetito	Alimentos proteicos Alimentos calóricos	Fortificación de platos Presentaciones vistosas Mensaje de color neutro y: • Grande, si se quiere minimizar el aspecto de la ración • Pequeño, si se ofrecen varios platos Denominación "positiva" del plato
Vb. Alteraciones en la percepción de los alimentos	Se favorecen los alimentos cuyo sabor salado responde a la expectativa previa. Ejemplos: - ácido: limón - salado: aceituna - dulce: helado - amargo: chocolate Se favorecen los alimentos que contrarrestan una percepción exacerbada o limitada de un sabor. Ejemplos: - contra amargo: dulce - contra salado: dulce - contra dulce: ácido y salado - contra amargo: ácido y dulce	Aderozos y aliños al gusto Evitar mensaje metálico Presentaciones frescas / frías
VI. Anemia	Almeja, berberecho, mejillón Sardina, boquerones, anchoa, pescado azul Gamba, langostino, bogavante Carnes rojas Morcilla de arroz o cebolla Ceviches de desayuno Fortificados Otros funcionales fortificados en hierro Lenteja y judía pintá Cítricos, kiwi y frutos rojos	Conviene utilizar conservas o tratamiento culinario Verificar aceptación Verificar aceptación Mejor si se consumen separadamente de lácteos Vitaminas para asimilación
VII. Hidratación placentera Desarrollo de una línea de coctelería	Sin alcohol Sin gas añadido Posibilidad de preparar concentrados Posibilidad de fortificar (nutrición) Posibilidad de adaptar a sabores básicos Evitar irritantes mucosas Favorecer vitaminas etc.	Presentaciones frías o templadas Presentaciones vistosas, color Pajitas para facilidad de ingesta

Glosario:

Nitrosamina.

Tipo de sustancia química que se encuentra en los productos de tabaco y en el humo del tabaco. Las nitrosaminas también se encuentran en muchos alimentos, incluso pescados, cerveza, alimentos fritos y carnes. Algunas nitrosaminas producen cáncer en los animales de laboratorio y pueden aumentar el riesgo de ciertos tipos de cáncer en los seres humanos.

Hipermetabolismo.

Aumento de la tasa de actividad metabólica o del gasto energético en reposo.

Malabsorción.

Incapacidad para absorber ciertos nutrientes de los alimentos.



Dismotilidad.

Alteración de la motilidad, en particular del tracto intestinal.

Septicemia.

Infección grave y generalizada de todo el organismo a consecuencia de un foco de infección, cuyos gérmenes se han diseminado gracias a la sangre.

Anorexia.

Falta de apetito.

Caquexia.

Síndrome multifactorial definido por una pérdida continua de masa muscular esquelética que no se logra revertir por completo con el apoyo nutricional convencional y que produce un deterioro funcional y progresivo.



Halitosis.

Mal aliento.

Colostomía.

Abertura en el abdomen que se realiza mediante cirugía. Se hace pasar un extremo del intestino grueso a través de esa abertura para formar un estoma.

Tatuarse sin dejarse la piel

Desde que Ötzi, el hombre del hielo, se hiciera sus tatuajes hace más de 5.000 años este arte ha evolucionado hasta incorporarse a nuestra sociedad como un elemento cotidiano y, aunque dibujar la piel no es una práctica nueva, el concepto, las condiciones y las posibilidades sí han experimentado grandes cambios.

Montse Garcia

El tatuaje hunde sus raíces en muchas civilizaciones como el Antiguo Egipto, el Japón Imperial o las culturas precolombinas con una función diferenciadora de unos grupos respecto a otros ya fuera como sacerdotes, descendientes de familias aristocráticas e incluso delincuentes o prisioneros. En los años sesenta del siglo XX, y con más fuerza aún en los ochenta, la práctica del tatuaje comenzó una transformación significativa y, aunque en estos años estaba asociado a determinados colectivos (fundamentalmente hippies, motoristas y rockeros), se inició una nueva andadura que, con el tiempo, ha desembocado en el estado actual en el que el tatuaje se ha convertido en una marca personal de subjetivación y adorno adoptada por extensos segmentos de población.

Hace un cuarto de siglo no había en España ningún establecimiento legalizado para la realización de tatuajes y, en muchas ocasiones, ni los locales tenían garantías higiénicas ni los tatuadores contaban con formación. Desde entonces, no ha dejado de expandirse y transformarse dando lugar a un fenómeno que es fácilmente visible en la mayoría de las ciudades. Según las últimas estimaciones realizadas por la Academia Española de Dermatología, uno de cada tres españoles de entre 18 y 35 años, tiene un tatuaje.

Reportaje



En 1.991, Ötzi the Iceman fue encontrado en el Valle Otz en los Alpes con 57 tatuajes agujereados en su piel.

Tatuar hoy en día es una práctica minuciosamente regulada por normativas sanitarias, que ha mejorado mucho sus condiciones, y se ha convertido en una actividad profesionalizada donde la mayoría de los tatuadores cumplen estrictamente los protocolos de higiene y esterilización del instrumental.

Lejos quedan los tiempos en los que un tatuaje podía ser el vehículo de todo tipo de infecciones pero, como cualquier actuación que se lleva a cabo en el cuerpo, lucirlo tatuado no está exento de inconvenientes y a mayor extensión de centímetros tatuados mayores riesgos y peligros. Por ejemplo: un tatuaje puede ocultar enfermedades dérmicas graves o impedir la utilización de anestesia epidural si el di-

bujo está en la parte baja de la espalda, y éste es un tipo de anestesia utilizado en muchas más ocasiones que los partos.

Los expertos advierten que el mayor problema puede surgir a largo plazo, ya que no se sabe a ciencia cierta cómo interactúan con el organismo. Las reacciones retardadas son un ejemplo de un problema mayor ya que el depósito intradérmico de los pigmentos del tatuaje supone una exposición de por vida: entre el 1% y el 5% de todos los tatuajes que se realizan en la actualidad están sufriendo infecciones bacterianas, pueden surgir úlceras localizadas en el dibujo o reacciones alérgicas e inflamaciones.

En definitiva, aun manteniendo una esencia diferenciadora, el ta-

tuaje ha pasado a ser más un elemento estético sujeto a modas y tendencias que llevado a sus extremos, -tatuarse el cuerpo entero, incluidas las escleróticas, la parte blanca del globo ocular-, puede pasar, para algunas personas, de ser una moda a ser una excentricidad.

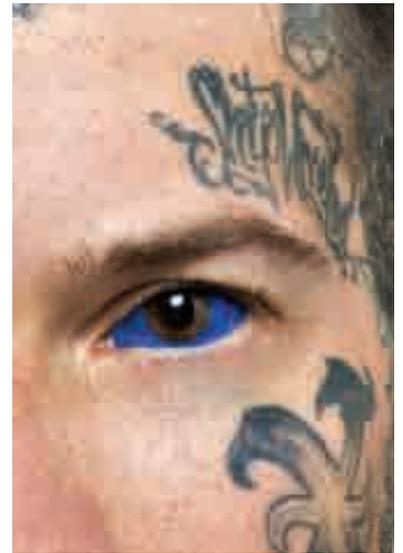
Tatuaje ocular

Una de las intervenciones estéticas más extremas es el tatuaje del globo ocular, conocido también como Eyeball Tattoo. Si bien es cierto que se practica desde hace tiempo el objetivo inicial era ocultar cicatrices corneales y leucomas. De hecho, Galeno de Pérgamo, médico griego y filósofo, describió por primera vez el tatuaje corneal en el año 150 DC y el mismo procedimiento fue descrito por Accio de Amida en el 450 DC, como un intento de encubrir algunos problemas de opacidad en los ojos. En

Reportaje

aquella época los médicos tendrían que cauterizar la superficie de la córnea y después se aplicaría el tinte para el ojo usando variedad de colorantes. En el siglo XIX, el cirujano Louis von Weker aplicaba también tinta china para tratar el leucoma.

Uno de los casos más conocidos es el de Jason Walter Barnum, de 37 años, que asistió a juicio por asesinato en 2012 con el globo ocular derecho tatuado de negro, aunque ya en 2007 el tatuador australiano Luna Cobra imitó a los personajes de ojos azules de la película de culto "Dune", del director David Lynch, utilizando una técnica que incluía la inyección de pigmento directamente en el globo ocular, de manera que éste quedaba bajo la membrana que cubre el ojo. Una pequeña inyección solo cubre una cuarta parte del ojo, por lo que se necesitan varias para teñirlo por completo y también para que el tatuaje sea permanente.



Tatuaje del globo ocular.

En España se conocen varios casos de personas que han optado por modificar el color de sus globos oculares: una las luce de color fucsia, otra de azul claro y otro, por ejemplo, optó por tintar su esclerótica derecha de color verde y la izquierda de naranja.

No obstante, y más allá de la motivación puramente estética, los oftalmólogos llevan una década utilizando técnicas que permiten disimular deformidades oculares o daños provocados por un traumatismo. El equipo del doctor Alió ha creado y desarrollado una innovadora técnica quirúrgica que consigue dar soluciones a distintos problemas, aplicando pigmentos en la córnea, lo que se conoce como queratopigmentación. Es un tratamiento respaldado por una sólida investigación científica que ofrece las máximas garantías y que se utiliza desde hace años para mejorar la apariencia estética de las personas ciegas con leucomas.

Algunas de estas cirugías correctivas están experimentando un auténtico boom para atender caprichos estéticos pero no todas estas técnicas tienen el suficiente aval científico y, por otro lado, ha pasado muy poco tiempo para saber qué consecuencias a largo



La línea entre moda y extravagancia puede ser muy fina.

plazo puede tener estas actuaciones pero algunas personas empezaron a sufrir sus consecuencias de inmediato.

En cualquier caso, lo fundamental es asegurarse de que la persona que va a realizar cualquier tatuaje sea un profesional con conocimientos sanitarios pertinentes. Otro punto a valorar son los colores: los tonos más fáciles de eliminar son los azules, grises y negros mientras que los amarillos y verdes son los más difíciles y el rojo o naranja son más susceptibles de provocar reacciones de rechazo.

Precaución con la Henna. No es negra

Los **tatuajes de henna** son una tradición de origen árabe que se ha popularizado en occidente y que muchas personas utilizan como alternativa al tatuaje definitivo. No obstante, en este caso los riesgos se esconden en la mezcla de henna natural con otras sustancias como



Las consecuencias de tatuarse las esclerótidas pueden ser muy graves.

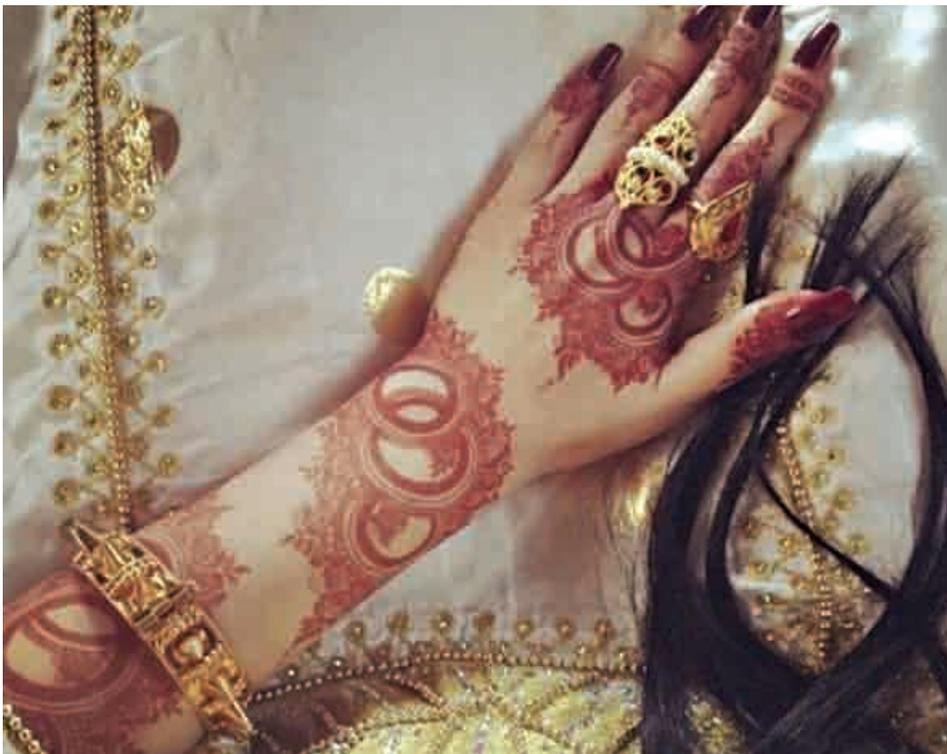
la parafenilendiamina y sus derivados.

Así pues, por el riesgo de reacciones alérgicas, las características del circuito de distribución de estos productos y los lugares donde se hacen estos tatuajes, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) advierte de los riesgos y desaconseja la realización de

tatuajes temporales de color negro que tengan como base la henna.

La henna es un pigmento natural obtenido de la planta *Lawsonia inermis* que se encuentra en África y algunos países de Oriente Medio. El procedimiento para obtener el polvo de henna consiste en secar y triturar las hojas hasta obtener el polvo que sirve como tinte y que junto a otros ingredientes naturales se obtiene una pasta de color verde oscuro. Al contacto con la piel, durante aproximadamente 12 horas, es cuando se vuelve del color rojizo característico de estos tatuajes.

Sin embargo, en ocasiones se adulteran estos tintes porque en los puestos ambulantes de los paseos marítimos, fiestas populares o mercadillos la espera que implica un tatuaje de henna natural no resulta nada práctico para el negocio. En muchos lugares, se adultera la henna con colorantes como la parafenilendiamina o PPD, cuyo uso directo sobre la piel está prohibido, consiguiendo la denominada henna negra. Este colorante oscurece la henna natural, aporta un color con más brillo y acelera el proceso de fijación ya que un tatuaje de henna natural tarda varias horas en secarse mientras que un tatuaje de henna negra en una hora ya está fijado.



Tatuaje de henna natural con el color rojizo característico.

Pero los efectos secundarios no son nada aconsejables. Los dermatólogos alertan del peligro de sufrir picores, enrojecimientos, manchas, ampollas e incluso existen muchos casos de cicatrices y decoloración en la piel.

Las **reacciones alérgicas** pueden aparecer hasta semanas después de su aplicación y el sujeto puede quedar sensibilizado de por vida tras esta reacción alérgica y llegar a desarrollar dermatitis de contacto alérgica, que puede tardar en curarse entre dos y tres semanas. También puede dejar secuelas estéticas como alteraciones en la pigmentación y cicatrices permanentes.

Por otra parte, las personas pueden quedar sensibilizadas para siempre lo que supone que si en cualquier momento de su vida hay una exposición a esta sustancia, y este colorante se encuentra, por ejemplo, en tintes de la ropa, pueden sufrir un cuadro de dermatitis alérgica por contacto.

Todas las personas que al ponerse en la piel un colorante negro, tengan una reacción con picor y ampollas, deberían acudir a un médico.

Una manera rápida y sencilla de diferenciar si utilizan henna natural o henna negra es comprobar el color ya que la henna natural es de color marrón verdoso, y al contacto con la piel adquiere un tono rojizo castaño, mientras que la henna negra es de un color negro intenso.

Si al preguntar a la persona que la vaya aplicar si la pasta se puede retirar de la piel tras una hora de su aplicación la respuesta es afirmativa: es henna negra. También lo es según la respuesta en relación con la duración del tatuaje, ya que los diseños de henna natural duran unos tres o cuatro días o, como mucho, una semana. Los de henna negra duran más de una semana e, incluso, un mes.

Como en cualquier tipo de tatuaje, la recomendación es que si se desea un tatuaje de henna, éste sea natural y no adulterado, que se realice en condiciones higiénico-sanitarias estrictas y en establecimientos habilitados para tal fin donde se utilice henna natural y no adulterada.

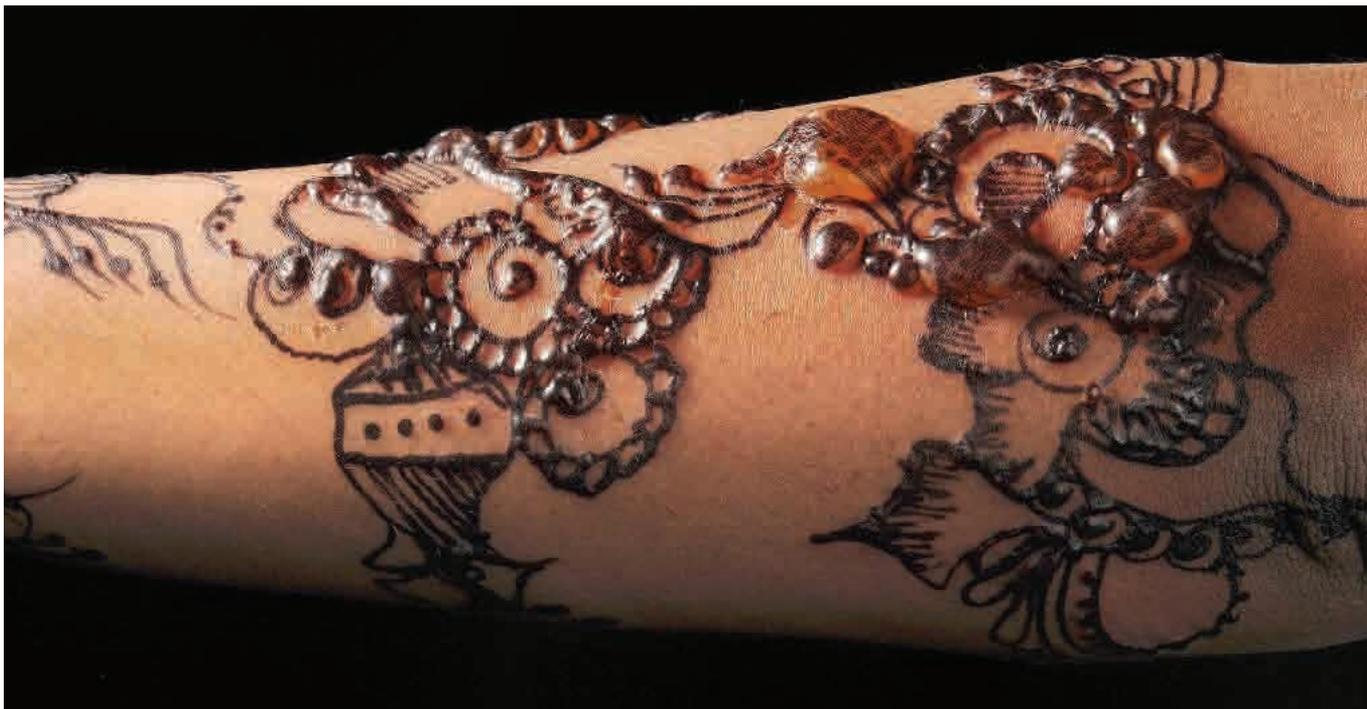
Eliminar los tatuajes

A pesar del aumento del número de personas que se tatúan en la actualidad, hay muchas otras que desean borrar sus tatuajes. Ante esta realidad, la Academia Española de Dermatología y Venereología considera necesario tener en cuenta varias cuestiones antes de realizarse un tatuaje tanto para lograr un buen resultado, como para conocer los posibles riesgos y opciones de eliminación.

La técnica utilizada para eliminar los tatuajes es el láser ultrapulsado y se puede considerar 100% efectiva en la mayoría de los casos. El problema surge cuando el láser no es adecuado o no hay control médico, lo que aumenta el riesgo de quemaduras y cicatrices.

La posibilidad de eliminarlos por completo depende no sólo del color utilizado sino de la superficie tatuada. Es más fácil eliminar en espalda, muslos o brazos, es decir, superficie sin huecos o curvas.

Menos los tatuajes en los ojos. Imposible. No hay marcha atrás.



Tatuaje y consecuencias de la henna negra.

¿Por su bien?

Autores: M^a de los Dolores Carbayo García, Jessica Guerrero González, Yolanda González Molina y M^a del Carmen Guerrero Jurado.

El objetivo del presente trabajo no es decidir si las contenciones son o no una técnica adecuada. Se pretende dar a conocer la información precisa para tomar la decisión adecuada basada en un estudio previo de la situación presente, disminuyendo con ello el nivel de ansiedad paciente/personal, utilizando la técnica adecuada y minimizando los riesgos y efectos indeseados.

El objetivo básico de la contención mecánica es evitar que se produzcan situaciones que pongan en peligro la integridad física del paciente o la de su entorno (familia, otros pacientes, el propio personal sanitario e, incluso, las instalaciones del centro).

El Técnico en Cuidados de Enfermería no es responsable directo de su utilización, pero puede y debe conocer, no solo la metodología, sino la adecuación del proceso para el paciente concreto a inmovilizar.

Metodología

Para la realización del presente trabajo se ha realizado una recopilación de diferentes estudios relacionados con la contención de pacientes a lo largo de los años. Se han estudiado tipos de contenciones utilizadas, teorías sobre su aplicación en las diferentes áreas sanitarias, beneficios y consecuencias, aceptación por parte de la sociedad y los trabajadores/pacientes, tipos de legislación reguladora, importancia y control de las mismas en los diferentes servicios hospitalarios.

Introducción

Se entiende por contención física y/o mecánica el uso de un dispositivo físico y/o mecánico para restringir los movimientos de una parte del cuerpo, o impedirlos en su totalidad, con el objetivo de prevenir aquellas actividades físicas que pueden poner en situación de riesgo o en peligro de lesión al enfermo o a otras personas de su entorno.

Cualquier intervención de esta índole debe basarse en el respeto a



la persona y ello incluye, entre otros aspectos, el respeto a su libertad de movimiento, su salud y su seguridad. ¿Cómo debemos actuar ante una persona con riesgo de autoagresión y/o heteroagresión que requiere la aplicación de una contención física o mecánica?

La utilización de medidas de contención puede vulnerar algunos de los derechos fundamentales de

la persona, por ello, es necesario que todo el personal que las atiende reflexione acerca de este problema ético y establezca unos criterios de actuación respetuosos con los derechos inherentes a la persona.

Desde un punto de vista ético, la contención física y/o mecánica es una medida de urgencia que debe utilizarse como último recurso, des-

pués de que hayan fracasado el resto de medidas alternativas, como el abordaje o contención verbal, las medidas ambientales y/o de conducta y la contención farmacológica. Siempre que esté justificada la aplicación de una contención física y/o mecánica deberán respetarse los siguientes principios éticos:

- **Autonomía:** Cualquier persona tiene derecho a tomar decisiones sobre su vida y su salud; por eso, la persona que requiera la aplicación de una contención física o mecánica deberá estar informada del uso de esta medida y, siempre que sea posible, se deberá solicitar su consentimiento.

- **Justicia:** La aplicación de una medida de sujeción no puede actuar jamás como causa de discriminación de la persona por parte del personal.

- **Beneficencia:** Cuando se decide aplicar una contención física y/o mecánica, debemos esforzarnos por garantizar el bienestar de la persona y no sólo protegerla de posibles daños. Por ello, ante este tipo de intervenciones, debemos asegurarnos de que los beneficios siempre sean superiores a los perjuicios.

- **Intimidación:** Cualquier intervención por nuestra parte debe respetar escrupulosamente el derecho a la intimidad, incluso en caso de que la persona (dada su gran vulnerabilidad) no sea consciente de este hecho.

- **Vulnerabilidad:** La persona que precisa una contención física y/o mecánica presenta una gran vulnerabilidad y un elevado nivel de dependencia; por este motivo requerirá una atención integral por parte de los profesionales sanitarios.

Desde un punto de vista legal, las medidas de contención físicas y/o mecánicas deben aplicarse de acuerdo con la legislación vigente: La inmovilización de un paciente y/o su aislamiento es una medida terapéutica preventiva que se suele aplicar para evitar que un enfermo, a quien, por definición, la agitación

Separata



le hace incompetente, se lesione a sí mismo o lesione a otros. Así, en esta acción, se aplica un plan terapéutico casi siempre sin el consentimiento del paciente y se le priva de libertad. La regulación de estas acciones se encuentra recogida en el capítulo de la Tutela del artículo 211 del Código Civil y en el Art.763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil (internamientos involuntarios) y en el artículo 10 de la Ley General de Sanidad (consentimiento informado).

Constitución española: "Toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad. Nadie puede ser privado de su libertad, sino con la observancia de lo establecido en este artículo y en los casos y en la forma previstos en la Ley" (Artículo 17.1). La legislación vigente pretende cumplir el mandato constitucional por el que la privación de libertad debe estar sometida a la tutela judicial. Esta es la razón por la que toda inmovilización de un paciente (no sólo en sujeciones involuntarias, sino también en aquellas que son aceptadas por el paciente o la familia e, incluso, cuando es el propio paciente quien la solicita) debe ponerse en conocimiento del juez.

En situaciones de urgencia en las que fuese necesaria la adopción inmediata de la medida por el bien del paciente, la Ley permite al per-

sonal facultativo ejercer la acción, pero dando cuenta a un juez en un plazo de 24 horas. El juez recabará entonces la información pertinente y podrá aceptar la indicación o revocarla. Si la necesidad de restringir los movimientos al enfermo cesara antes de que el juez recabe información sobre el estado del mismo, el personal del hospital (del servicio implicado) deberá comunicar la nueva situación del enfermo.

Indicaciones

La contención mecánica no es un procedimiento que pueda aplicarse en cualquier situación. Se trata de una medida sanitaria, por lo tanto, deberá ser decisión del personal sanitario, en un contexto sanitario (que suele ser el medio hospitalario) y ante una agitación o conducta violenta que se considera originada por una patología médica (orgánica o psiquiátrica).

Cuándo deben aplicarse

- Para prevenir lesiones a la propia persona (autolesiones, caídas accidentales, etc.) y a terceros (enfermos y/o personal sanitario).
- Para evitar interferencias o alteraciones del programa terapéutico de la persona u otras personas enfermas (extracción

de sondas, vías u otros sistemas de soporte vital, etc.).

- Para evitar daños materiales al entorno (destrucción de mobiliario, aparatos terapéuticos y/o de diagnóstico).
- Para evitar la fuga del paciente si se considera que existe ese riesgo y que el paciente corre peligro.
- Si lo solicita la propia persona, y el personal asistencial lo considera justificado.
- Como parte de un programa de modificación de la conducta, previamente explicitado.

Cuándo no deben aplicarse

- Cuando no existan indicaciones.
- Si la situación se puede resolver por otros métodos o intervenciones alternativas (abordaje verbal, administración de medicación, etc.).
- Cuando se conozca la existencia de alguna contraindicación.
- Como medida de castigo o control.
- Como respuesta a una transgresión o conducta molesta.
- Como sustitución de un tratamiento.
- Por comodidad del equipo o conveniencia de los demás enfermos.
- Cuando la decisión de contención mecánica está condicionada por antipatía hacia el paciente.

Procedimiento

- Valoración por parte del personal de la necesidad de una contención física y/o mecánica.
- Una vez indicada y aplicada la contención física y/o mecánica debe registrarse en la historia clínica, explicitando el riesgo de la persona, la planificación y evaluación de los cuidados.
- Se informará a la persona de la necesidad de proceder a la contención para intentar que lo acepte y colabore. Se intentará, por tanto, que la persona con capacidad para decidir otorgue su consentimiento ante la adopción de esta medida. En caso de una persona incapaz para decidir, se consultará a los familiares o a las personas vinculadas a la misma, cuando las circunstancias lo permitan.
- Los profesionales y/o el personal implicados en la contención mecánica y/o física deben contar con los conocimientos, las habilidades y las actitudes necesarias para aplicar las técnicas de inmovilización; también debe garantizarse que los profesionales y/o el personal implicados sea proporcional a la intensidad y gravedad que requiera la situación.
- Los elementos utilizados para la contención física y/o mecánica,

además de estar homologados, deben reunir las condiciones adecuadas (longitud, textura, presión) para evitar posibles lesiones a la persona.

- Extremar el control y asegurar la vigilancia continuada de la persona, según el grado de necesidad y el grado de contención.

Consecuencias perjudiciales de la inmovilización de los pacientes

- Daños severos o permanentes: compresión de nervios, contracturas y muerte (por asfixia, estrangulación, PCR o fuego).
- Úlceras por presión, incontinencia urinaria o intestinal y aumento de la frecuencia de la tasa de infecciones Nosocomiales.

Factores que pueden contribuir o aumentar el riesgo de muerte

- Inmovilización de pacientes fumadores.
- Inmovilización en posición supina sin elevación de la cabeza, ya que predispone al riesgo de broncoaspiración.
- Inmovilización en decúbito prono, ya que predispone al riesgo de asfixia.
- Inmovilización a pacientes que se encuentran en una habitación en la que no hay observación continua del personal sanitario.
- Inmovilización de pacientes con deformidades.
- Inmovilización de mujeres embarazadas.

Resultados

La valoración médica del paciente con contención mecánica se realizará lo antes posible, siendo aconsejable durante la primera hora desde el inicio de la contención. Se dejarán anotadas las observaciones en la historia clínica.

El paciente debe ser observado por el personal cada 15 minutos, dejando constancia de su estado. Ade-



más, cada turno tomará las constantes vitales, proporcionará la dieta adecuada, controlará la ingesta hídrica y la diuresis, así como los cuidados mínimos de higiene personal, cambios posturales y erosiones en las zonas de contacto de las bandas de sujeción y piel.



La finalización de la contención se realizará tras la valoración facultativa y tras la obtención del efecto terapéutico buscado. Se efectúa de forma progresiva con un intervalo de 10/15 minutos, dejando siempre dos para retirar finalmente y a la vez.

Conclusión

La contención física supone un confrontamiento ético entre los principios de autonomía (limitación de la libertad del paciente en contra de su voluntad) y de beneficencia (deseo bienintencionado sanitario de protección al paciente, a su entorno y autoprotección física y legal del personal cuando la propia seguridad está comprometida). Este conflicto ético, junto a los riesgos que puede suponer la restricción e inmovilización de los pacientes (fracturas, muertes por asfixia...) y sus posibles consecuencias legales, exigen que el procedimiento sea realizado siguiendo una normativa que contemple claramente desde lo adecuado de la prescripción y metodología, hasta el papel de todo el equipo implicado, así como la obligación de informar a la familia sobre el proceso.

La contención mecánica es un último recurso terapéutico que se utiliza en situaciones extremas para controlar conductas que suponen alto riesgo para el propio paciente, como para otros pacientes y profe-

Separata

sionales sanitarios, después de que hayan fracasado el resto de medidas alternativas, como el abordaje o contención verbal, las medidas ambientales y/o de conducta y la contención farmacológica.

El uso de contenciones ha sufrido muchos altibajos a lo largo de los años, tanto a nivel ético como social. Lo importante en caso de realizarse una inmovilización a un paciente es evaluar el proceso de forma individualizada, tomando la decisión adecuada según el momento y decidiendo el tipo de contención según el paciente u objetivo a lograr.

Lejos de lo que pueda parecer, la indicación de sujetar y/o aislar a un paciente no reduce el trabajo del personal sanitario que lo atiende, sino que lo aumenta. Dos razones nos hacen afirmarlo: la primera, la obligación de evitar y tratar complicaciones que pueden aparecer por la técnica de sujeción en sí misma, y la segunda, por las necesidades y complicaciones en un sujeto inmovilizado.

El Técnico en Cuidados de Enfermería verá disminuido su grado de estrés al participar en una técnica que no solo controla a nivel técnico, sino que además comprende y comparte.

BIBLIOGRAFÍA

1. Protocolo de contención de movimientos en pacientes. Hospital Clínico San Carlos y Hospital de La Fuenfría; 2010.

2. Prevención de caídas y lesiones derivadas de las caídas en personas mayores. Guía de buenas prácticas en Enfermería. Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario. Proyecto de Guías de buenas prácticas en Enfermería. [Internet] [Acceso 6 de junio 2012]. Disponible en: <http://www.rnao.org/bestpractices>.

3. Seguridad del paciente: Protocolo de contención mecánica e inmovilización de pacientes. Granada. Dirección de Enfermería. Hospital Universitario San Cecilio; 2007.

4. Protocolos: protocolo de contención. Servicio Vasco de Salud. Hospital Psiquiátrico de Álava. [Internet] Disponible en www.aesm.net

5. Jensen CC, Lydersen T, Johnson PR, Weiss SR, Marconi MR, Cleave ML, Weber P. Choosing staff members reduces time in mechanical restraint due to self-injurious behaviour and requesting restraint. *J Appl Res Intellect Disabil*. 2012 Jan 5 (8)287-7

6. Yorston G, Haw C. Historical perspectives on restraint. En: Hughes R, editor. Reducing restraints in health and social care: practice and policy perspectives. Londres: Quay Books; 2009, pp. 5-19.

7. Ramos Brieva JA. Contención mecánica, restricción de movimientos y aislamiento. Barcelona: Masson; 1999.

8. Huf G, Coutinho ES, Ferreira MA, Ferreira S, Mello F, Adams CE; TREC-SAVE Collaborative group. TREC-SAVE: a randomised trial comparing mechanical restraints with use of seclusion for aggressive or violent seriously mentally ill people: study protocol for a randomised control trial. *Trials* 2011; 12: 180.

9. Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias. Prevención de caídas. Recomendación científica 10/05/10, de 25 de junio de 2009.

10. Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica (SEEGG). Hacia una cultura sin restricciones: las restricciones físicas en ancianos institucionalizados. Documento técnico SEEG nº3. 2003. Disponible en: <http://www.arrakis.es> [Consultado el 13 de mayo de 2011].

11. Comité de Bioética de España www.comitedebioetica.es

12. Guía para la contención física de pacientes. Subdirección de Desarrollo y Calidad Asistencial Servicio Cántabro de Salud. Consejería de Sanidad. Gobierno de Cantabria. Primera edición: marzo de 2011 ISBN: 978-84-692-2676-6. Depósito Legal SA-249-2011

El XXX Congreso Nacional abordará las patologías urológicas

EL próximo 29 de mayo se inaugurará en el Palacio Euskalduna de Bilbao el XXX Congreso Nacional de Técnicos en Cuidados de Enfermería y Técnicos en Emergencias Sanitarias, organizado por el Sindicato de Técnicos de Enfermería y la Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería.

Cristina Botello

En esta ocasión, el eje central de este encuentro formativo girará en torno a los "Cuidados del Técnico en las patologías urológicas", un tema que permitirá a los congresistas acercarse a enfermedades y problemas en los que el género es un elemento diferenciador: en este sentido, algunas enfermedades como el Síndrome del Dolor Vesical, el Síndrome de Vejiga Hiperactiva o la Infección del Tracto Urinario, son muy frecuentes entre las mujeres, mientras que otras como la eyaculación precoz, la hiperplasia benigna o la disfunción eréctil, son específicamente masculinas.

Estas patologías están condicionadas a la edad de cada paciente y es fundamental que los profesionales sanitarios conozcan cada una de ellas, su desarrollo y su tratamiento para poder mejorar la calidad de vida de quienes las sufren.

"Entre los objetivos de esta edición congresual se encuentran el de incrementar el conocimiento de los congresistas en torno a estas patologías para evitar realizar diagnósticos erróneos, o el de poner sobre la mesa aquellas patologías que afectan a las mujeres y que son más desconocidas entre la población general", explica M.ª Soledad Gil Sigüenza, presidenta de esta edición congresual.

Formación, motor de cambio

El propósito que anualmente mueve a la Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería a organizar el Congreso Nacional para Técnicos, así como el resto de actua-

ciones formativas que completan su calendario, no es otro que motivar a los Técnicos en Cuidados de Enfermería, Técnicos en Farmacia y Técnicos en Emergencias Sanitarias a querer continuar avanzando en su profesión y, para ello, es básico contar con unos conocimientos adecuados.

"Es evidente que sin una formación adecuada, es imposible avanzar como profesionales y, mucho menos, como colectivos, por ello, quiero aprovechar estas líneas para animaros a participar

en esta nueva edición congresual, bien como ponentes o bien a través de comunicaciones escritas, así como a compartir con nosotros esta cita formativa, imprescindible ya en el calendario de todos los TCE y TES. Estoy segura de que, gracias al trabajo que están realizando desde los comités organizador y científico, este XXX Congreso Nacional será un éxito, como lo han sido sus predecesores", concluye M.ª Dolores Martínez, Presidenta de FAE.

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

CUIDADOS DEL TÉCNICO
EN LAS PATOLOGÍAS UROLÓGICAS

BILBAO
PALACIO DE CONGRESOS
EUSKALDUNA

29, 30 Y 31 DE MAYO DE 2019

FAE GAE SAE

XXX CONGRESO NACIONAL DE TCE Y TES

Bases generales para ponencias y pósteres/comunicaciones escritas

1. Los autores y coautores de ponencias y pósteres/comunicaciones escritas deben poseer la titulación requerida para participar en el Congreso (TCAE/AE y/o Técnico en Emergencias Sanitarias).
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 marzo de 2019.**
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 22 de marzo de 2019.**
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.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 sus 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.

Bases para ponencias

1. Las ponencias irán acompañadas de la hoja de solicitud de participación en el Congreso que se encuentra en las páginas web www.fundacionfae.org y www.sindicatosae.com e incluirá: título del trabajo, datos personales del autor o coautores, domicilio particular y teléfono de contacto, datos profesionales, centro de trabajo y correo electrónico.
2. Las ponencias se entregarán con una extensión mínima de cuatro y máximo de doce páginas, en formato DIN-A4 en Word, letra Arial 12, a doble espacio, con márgenes superiores, inferiores y laterales. Asimismo, deberán ir acompañadas de un resumen de una página.
3. En el trabajo debe constar el título del mismo, objetivos, conclusiones y bibliografía.
4. El trabajo y la solicitud se remitirán a la dirección de correo electrónico congresofae@fundacionfae.org
5. Junto con la ponencia se indicarán los medios audiovisuales que se usarán durante la exposición.
6. Todas las ponencias se presentarán en PowerPoint (Microsoft Office 2003). Además se podrán reforzar con otros medios audiovisuales.
7. Se remitirá a los autores un correo electrónico notificando la recepción de los trabajos.
8. El tiempo máximo para la exposición de las ponencias durante el Congreso será de 15 minutos
9. La Organización será muy estricta en el cumplimiento de dicho tiempo, retirando la palabra una vez transcurrido el mismo, independientemente del estado en que se encuentre la exposición.
10. Los autores cuyas ponencias hayan sido seleccionadas deberán remitir la presentación de PowerPoint (Microsoft Office 2003) a la dirección de e-mail: congresofae@fundacionfae.org **antes del 30 de abril de 2019**, indicando si es necesaria la utilización de audio y/o video en la comunicación.
11. La mañana de la exposición y antes de iniciar la sesión, todos los autores de las ponencias seleccionadas entregarán al responsable designado por FAE un CD/Pendrive con la versión definitiva de la ponencia que van a presentar. Este CD/Pendrive quedará en el archivo de FAE.
12. Se recomienda que las ponencias que contengan audio y/o video se entreguen en CD.
13. Las ponencias que no cumplan los requisitos establecidos en estas bases no serán admitidas.

Bases para póster/comunicación escrita

1. Los pósteres/comunicaciones escritas irán acompañados de la hoja de solicitud de participación en el Congreso que se encuentra en www.fundacionfae.org y en www.sindicatosae.com, e incluirá: datos personales del autor o coautores, domicilio particular y teléfono de contacto, datos profesionales, centro de trabajo y correo electrónico.
2. Junto a la solicitud se debe presentar un resumen escrito, de un mínimo de dos y un máximo de cinco páginas, en formato DIN-A4, en Word, en tipo de letra Arial 12, a doble espacio, con márgenes superior, inferior y laterales, en el que únicamente deben constar título del póster, objetivo, material y métodos utilizados, resultados, conclusiones, un esquema del póster a presentar y bibliografía.
3. En el póster/comunicación escrita debe aparecer reflejada tanto la bibliografía empleada como el nombre del autor o coautor/es. En caso contrario, no será admitido por el Comité Científico.
4. El trabajo y la solicitud se remitirán a la dirección de correo electrónico congresofae@fundacionfae.org
5. El documento será en formato JPG, en un tamaño de 70x100 cm (en vertical) y en alta resolución (300 ppp).
6. El peso máximo de los archivos no debe exceder los 4 o 5 megas para que se puedan enviar correctamente. Todo póster que no se remita en este formato y resolución no será valorado por el Comité Científico por las dificultades que se pueden derivar para su correcto visionado.
7. Una vez informado el autor o coautor/es de la selección del póster/comunicación escrita para concursar en el Congreso, deberá enviar una copia en formato JPG y alta resolución por e-mail a congresofae@fundacionfae.org **antes del 30 de abril de 2019**.
8. Los pósteres/comunicaciones escritas que no cumplan los requisitos establecidos en las presentes bases no serán admitidos o serán descalificados.



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 objetivos 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 entrecomillados 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.

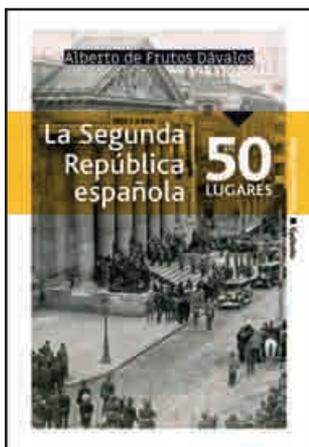
PUBLICACIONES

La Segunda República española en 50 lugares

- ▶ **Autor:** Alberto de Frutos
- ▶ **Editorial:** Cydonia
- ▶ **Páginas:** 310
- ▶ **Precio:** 16 €

En esta nueva colección de Cydonia, *Viajes por la historia*, Alberto de Frutos, redactor jefe de la revista Historia de Iberia Vieja, nos lleva de paseo por la Segunda República, una de las etapas más controvertidas de la historia reciente de España.

Durante cinco años, la clase política fue incapaz de ordenar



un tablero en el que las piezas se movían a su antojo, sin orden ni concierto, hasta que la Guerra Civil marcó el final de la partida.

El debate y la violencia, la fiesta y el luto o la civilización y la barbarie se dieron la mano en diferentes escenarios que Alberto de Frutos trae a nuestra memoria desempolvando el blanco y negro con una prosa sencilla y atrevida.

El autor nos traslada a la conquista de la Casa de Campo por los madrileños, nos invita a unos tragos en el Chicote, rememora los anhe-

los libertarios de los campesinos de Casas Viejas, nos sienta en la barrera de la plaza de toros de Manzanares (Ciudad Real) para contemplar la muerte de Ignacio Sánchez Mejías, o nos lleva de paseo por las calles del Oviedo revolucionario de 1934... así hasta 50 lugares que marcaron una época palpitante y que hoy dibujan un trabajo que puede presumir de ser el mejor testimonio de que la historia de la Segunda República española sigue viva.

La colección cuenta también con otros títulos como *La Guerra Civil española en 50 lugares*, del escritor José Luis Hernández Garvi, o *La Reconquista en 50 lugares*, del historiador José Ignacio de la Torre.

EXPOSICIÓN

Toulouse-Lautrec y el espíritu de Montmartre

- ▶ **Lugar:** CaixaForum Madrid
- ▶ **Fechas:** Hasta el 19 de mayo de 2019
- ▶ **Horario:** Lunes a domingo y festivos, de 10 a 20 horas.
- ▶ **Entrada:** 5€

Hasta el próximo 19 de mayo los amantes de este pintor de la vida nocturna parisina tendrán la oportunidad de redescubrirle en el París bohemio de entre siglos a través de sus pinturas, dibujos, carteles e ilustraciones.

Más de 350 obras, que incluyen préstamos internacionales de colecciones públicas y privadas, permitirán al visitante comprender el papel que el espíritu de Montmartre marcó en el desarrollo del arte moderno y la forma en la que Toulouse-Lautrec y sus

contemporáneos influenciaron en la producción artística.

Este barrio parisino, además de ser el escenario de muchos de los trabajos del artista francés, sirvió de motor social y cultural definiendo su estilo moderno y carácter bohemio.



Sus calles, cabarets, teatros, circos y cafés fueron escenario de una explosión creativa, marcada por la bohemia y la vanguardia de la mano de jóvenes artistas e intelectuales revolucionarios.

Entre otros trabajos, la exposición recoge, por ejemplo el programa para la presentación de las obras *Une Faillite* (1893) o *Moulin Rouge, La Goulue* (1891), ambas de Toulouse-Lautrec, *El encuentro de los gatos* (1869), de Édouard Manet, la litografía *La Vie à Montmartre* (1897), de Pierre Marie Louis Vidal, o el póster para la Exposition Universelle des Arts Incohérents (1889), de Jules Chéret.

TEATRO

Fedra

- ▶ **Lugar:** Varias Localizaciones
- ▶ **Fechas:** - 17 de mayo de 2019. Serantes Kultur Aretoa- Santurzi (Vizcaya). **Precio entrada anticipada: 16 y 18 €.**
- 1 de junio de 2019. TAC Francisco Chirivella de Catarroja (Valencia). **Precio entrada anticipada: De 5 a 18 €.**
- Del 12 al 22 de junio de 2019. Teatre Goya de Barcelona. **Precio entrada anticipada: desde 24 €.**

Lolita Flores se mete en la piel de Fedra en este drama contemporáneo, dirigido por Luis Luque y escrito por Paco Becerra, que nos dibuja una Fedra que nos habla, sin tapujos y sin temor, de la libertad de amar.

A esta reina de la Isla del Volcán la acompañan en su pesar Juan Fernández, Tina Sáinz, Crispulo Cabezas y Eneko Sagardoy.

En su desventura, Fedra se empeña en no hablar, no comer y no dormir manteniendo a todo el país preocupado por su estado de salud. Entre la locura y el mal de amor por las largas ausencias de su marido vagan las explicaciones de unos y otros a su estado, pero nadie es capaz de acercarse a la verdad: una pasión que atormenta a la protagonista desde hace tiempo y que es incapaz de seguir reprimiendo.

¿Cómo actuar cuando la razón y el deseo entran en conflicto? ¿Es más justo atender a lo que plantea el cerebro o a lo que demanda el corazón? Tradicionalmente, Fedra se ha enfrentado a este conflicto interno desde la inactividad e, incapaz de elegir, se quita la vida.

Ahora, este nuevo texto saca al personaje de ese letargo y crea una mujer más combativa y con menos miedo, una mujer exenta de culpa, capaz de luchar por lo que quiere y que, ante todo, se atreve a amar.





PARA TÉCNICOS EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA/AE 2019

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

Nombre y apellidos _____ N.I.F. _____

Domicilio _____ N° _____ Esc. _____ Letra _____ Piso _____

C.P. _____ Localidad _____ Provincia _____

Tif.: _____ Móvil _____ E-mail _____

Afiliado SAE: Sí No N° Afiliación _____

INFORMACIÓN MÁS ACTUALIZADA EN www.fundacionfae.org/formacion

Marque con "X" la actividad o actividades deseadas y la edición en la que desee inscribirse

- El AE/TCAE en la unidad de ginecología y obstetricia. Atención y cuidados a la madre y al neonato (35 h.-7,8 créditos)
 Edición marzo (convocatoria del 4/3 al 19/4) 45 € (afil) / 70 € (no afil)
- El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería/AE y las enfermedades nosocomiales (32 h.-5,6 créditos)
 Edición marzo (convocatoria del 4/3 al 16/4) 35 € (afil) / 60 € (no afil)
- El AE/TCAE en la atención al paciente psiquiátrico (36 h.- 5,5 créditos) Edición marzo (convocatoria del 25/3 al 13/5) 45 € (afil) / 70 € (no afil)
- El equipo de enfermería en la unidad de urología, cuidados y técnicas del Auxiliar de Enfermería/TCAE (28 h.- 3,2 créditos)
 Edición marzo (convocatoria del 4/3 al 10/4) Edición abril (convocatoria del 29/4 al 5/6) 35 € (afil) / 60 € (no afil)
- El equipo de enfermería ante las patologías neurológicas. Cuidados del Auxiliar de Enfermería/TCAE (34 h.- 5,6 créditos)
 Edición enero (convocatoria del 28/1 al 14/3) Edición marzo (convocatoria del 25/3 al 9/5) 45 € (afil) / 70 € (no afil)
- Cuidados del TCE al paciente pediátrico oncológico (40 h.- 5,1 créditos) Edición marzo (convocatoria del 18/3 al 10/5) 45 € (afil) / 70 € (no afil)
- Atención en los cuidados paliativos pediátricos. Cuidados del Técnico (25 h.- 2,5 créditos)
 Edición marzo (convocatoria del 4/3 al 5/4) 35 € (afil) / 60 € (no afil)
- El AE/TCAE como integrante del equipo de enfermería en la atención, cuidados y técnicas al paciente trasplantado (48 h.- 3,9 créditos)
 Edición enero (convocatoria del 21/1 al 27/3) Edición abril (convocatoria del 8/4 al 12/6) 51 € (afil) / 75 € (no afil)
- El paciente ostomizado. Cuidados y técnicas del AE/TCAE (70 h.- 5,7 créditos)
 Edición enero (convocatoria del 14/1 al 19/4) 65 € (afil) / 88 € (no afil)
- Cuidados del AE /TCAE al paciente con patología digestiva (65 h.- 7,5 créditos) Edición enero (convocatoria del 7/1 al 5/4) 65 € (afil) / 88 € (no afil)
- Lesiones por traumatismos y quemaduras. Cuidados del AE/TCAE (30 h.- 4,1 créditos)
 Edición marzo (convocatoria del 4/3 al 12/4) 35 € (afil) / 60 € (no afil)
- Atención del equipo de enfermería ante el maltrato de género en el medio hospitalario (40 h.- 3,5 créditos)
 Edición marzo (convocatoria del 25/3 al 17/5) 45 € (afil) / 70 € (no afil)
- Nutrición oncológica. Cuidados del TCE (30 h.- 2,7 créditos) Edición marzo (convocatoria del 1/3 al 11/4) 35 € (afil) / 60 € (no afil)
- El paciente oncológico. Técnicas y cuidados del TCE/AE (50 h.- 4,2 créditos)
 Edición enero (convocatoria del 7/1 al 15/3) Edición abril (convocatoria del 1/4 al 7/6) 51 € (afil) / 75 € (no afil)
- Cuidados y Atención del TCE/AE al paciente neurológico (50 h.- 4,4 créditos)
 Edición enero (convocatoria del 7/1 al 15/3) Edición abril (convocatoria del 1/4 al 7/6) 51 € (afil) / 75 € (no afil)

*Siempre que haya plazas, te puedes inscribir en el momento que consideres oportuno dentro de cada convocatoria.

Información actualizada sobre créditos en la web de FAE. www.fundacionfae.org/formacion

MATRÍCULA: Abierta y permanente LÍMITE ALUMNOS: 100 (por edición)

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

No se admitirá boletín alguno que no esté debidamente cumplimentado y que no vaya acompañado del pago correspondiente (a nombre del titular del curso).



PARA TÉCNICOS EN FARMACIA 2019

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

Nombre y apellidos _____ N.I.F. _____

Domicilio _____ N° _____ Esc. _____ Letra _____ Piso _____

C.P. _____ Localidad _____ Provincia _____

Tif.: _____ Móvil _____ E-mail _____

Afiliado SAE: Sí No N° Afiliación _____

Marque con "X" la actividad o actividades deseadas y la edición en la que desee inscribirse

- Medicamentos Genéricos, Biológicos y Biotecnológicos para Técnicos (40 h.-6,2 créditos) Consultar plazas 45 € (afil) / 70 € (no afil)
- Principios básicos de Farmacología para Técnicos de Farmacia. (40 h.-3,4 créditos) Consultar plazas 45 € (afil) / 70 € (no afil)
- Los antihistamínicos y sus usos. Dispensación de medicamentos de especial control e intoxicaciones para técnicos (50 h.- 4,2 créditos)
Consultar plazas 51 € (afil) / 75 € (no afil)
- Operaciones básicas de laboratorio farmacéutico y formulación magistral para técnicos (50 h.- 4,1 créditos) Consultar plazas 51 € (afil) / 75 € (no afil)

*Siempre que haya plazas, te puedes inscribir en el momento que consideres oportuno dentro de cada convocatoria.

Información actualizada sobre créditos en la web de FAE. www.fundacionfae.org/formacion

MATRÍCULA: Abierta y permanente LÍMITE ALUMNOS: 50 (por edición)

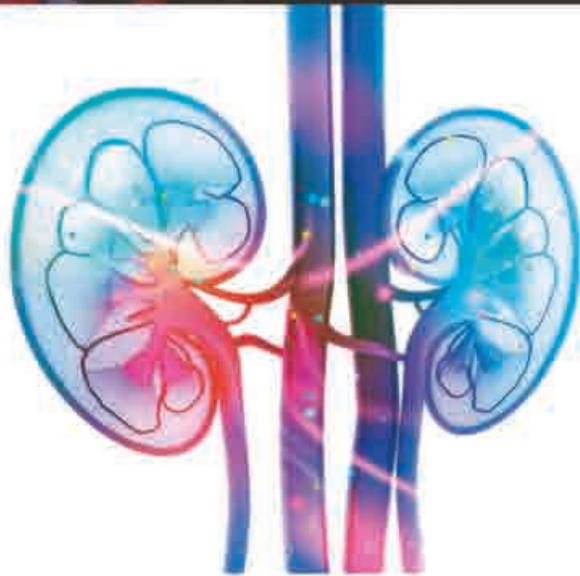
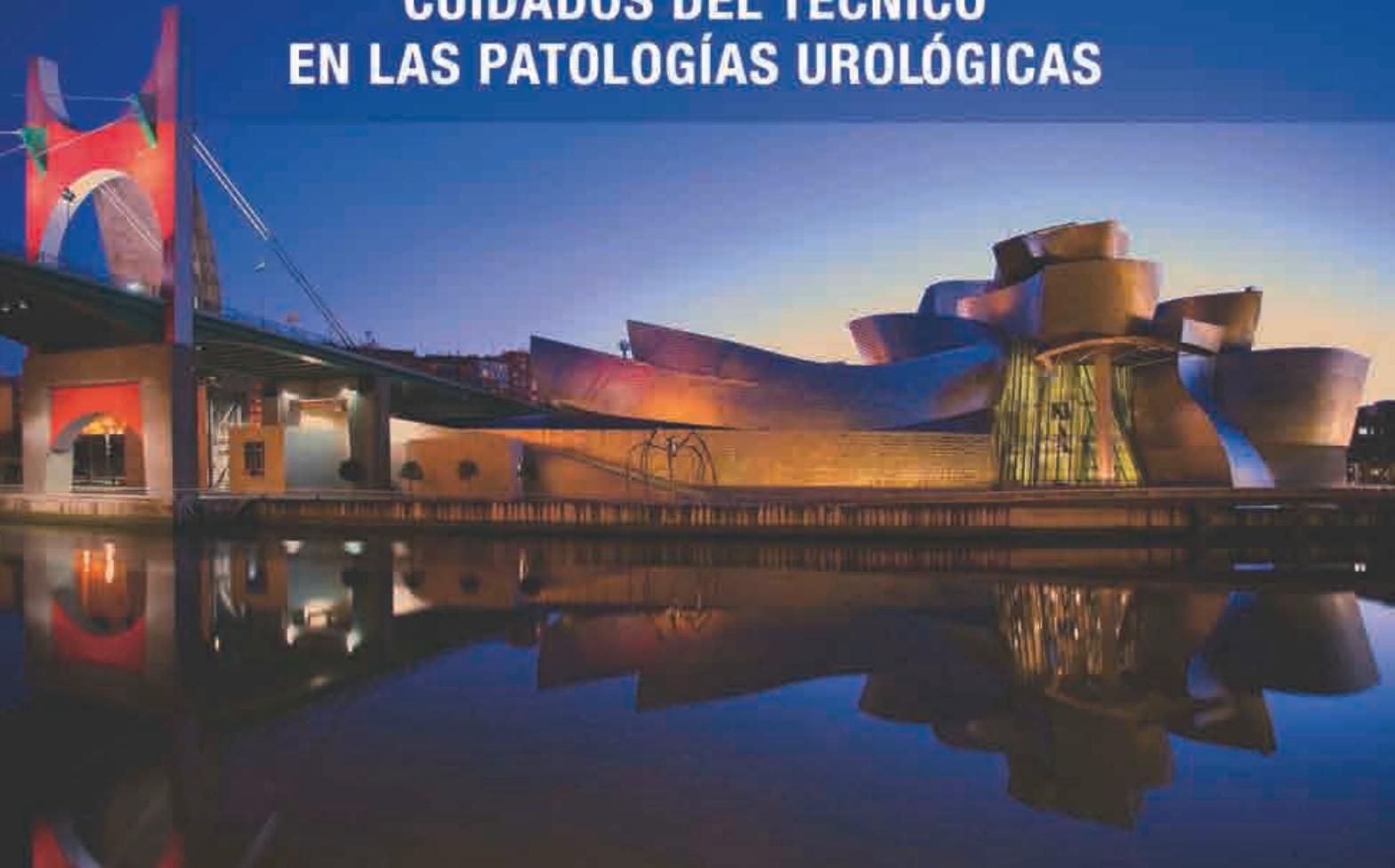
Forma de pago: Mediante ingreso o transferencia a favor de "FAE" en el Banco Popular. C/C N° ES95 0075-0079-51-0601414663.

No se admitirá boletín alguno que no esté debidamente cumplimentado y que no vaya acompañado del pago correspondiente (a nombre del titular del curso).

Un nombre de FUNDACIÓN PARA LA FORMACIÓN Y AVANCE DE LA ENFERMERÍA tratando la información que nos facilita con el fin de prestarles el servicio solicitado (impartir seminarios, sesiones informativas, y envío de documentación que nos solicite), realizar la facturación del mismo. Los datos proporcionados se conservarán mientras se mantenga la relación o durante los años necesarios para cumplir con las obligaciones legales. Los datos no se cedrán a terceros salvo en los casos en que exista una obligación legal. Usted tiene derecho a obtener confirmación sobre si en FUNDACIÓN PARA LA FORMACIÓN Y AVANCE DE LA ENFERMERÍA estamos tratando sus datos personales por tanto tiene derecho a acceder a sus datos personales, rectificar los datos inexactos o solicitar su supresión cuando los datos ya no sean necesarios.

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

CUIDADOS DEL TÉCNICO EN LAS PATOLOGÍAS UROLÓGICAS



BILBAO

PALACIO DE CONGRESOS
EUSKALDUNA

29, 30 Y 31 DE MAYO DE 2019