



ISSN: 1136-8985

Revista para el Técnico en Cuidados de Enfermería

Número 86/2019

www.fundacionfae.org

Certamen FAE

La relevancia del TCAE en la mejora de la eficiencia de un programa de cribado de la retinopatía diabética en Tarragona

Separata

Estrategia de Seguridad al Paciente en el Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva: Pulseras identificativas

Congreso

XXX Congreso Nacional de TCE y TES

Actividad Formativa

Cuidados del TCAE al paciente con patología orofaríngea

S.A.E.

SINDICATO DE TÉCNICOS DE ENFERMERÍA

FAE

FUNDACIÓN PARA LA FORMACIÓN Y AVANCE DE LA ENFERMERÍA



PROGRAMA DE FORMACIÓN A DISTANCIA DE FAE PARA TCE/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- 4º dcha. 28009-Madrid)

Nombre y apellidos _____ N.I.F. _____

Domicilio _____ Nº _____ Esc. _____

Letra _____ Piso _____ C.P. _____ Localidad _____ Provincia _____

Tlf.: _____ Móvil _____ E-mail _____

Afiliado SAE: Sí No N° Afiliación _____

INFORMACIÓN MÁS ACTUALIZADA EN www.fundacionfae.org/formacion

Marque con "X" la edición de la actividad o actividades e las que desee inscribirse

- * El TCAE/AE y las enfermedades nosocomiales (32 h.-5,6 créditos) **Consultar plazas (35 € afil. / 60 € no afil.)**
- * El AE/TCAE en la atención al paciente psiquiátrico (36 h.- 5,5 créditos) **Consultar plazas (45 € afil. / 70 € no afil.)**
- * El equipo de enfermería en la unidad de urología, cuidados y técnicas del AE/TCAE (28 h.- 3,2 créditos) **Consultar plazas (35€ afil /60€ no afil.)**
- * El equipo de enfermería ante las patologías neurológicas. Cuidados del AE/TCAE (34 h.- 5,6 créditos) **Consultar plazas (45€ afil/70€ no afil.)**
- * Cuidados del TCAE al paciente pediátrico oncológico (40 h.- 5,1 créditos) **Consultar plazas (45 € afil. / 70 € no afil.)**
- * Atención en los cuidados paliativos pediátricos. Cuidados del Técnico (25 h.- 2,5 créditos). **Consultar plaza (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) **Consultar plazas (51 € afil. / 75 € no afil.)**
- * El paciente ostomizado. Cuidados y técnicas del AE/TCAE (70 h.- 5,7 créditos) **Consultar plazas (65 € afil. / 88 € no afil.)**
- * El AE/TCAE en servicios especiales:urgencias urológicas (70 h.- 3,7 créditos) **Edición septiembre (convocatoria del 10/9 al 14/12 de 2019) (65 € afil. / 88 € no afil.)**
- * Conocimientos básicos del medicamento, proceso LADME y vías de administración para el AE/TCE y Técnicos de Farmacia (30 h.- 4 créditos) **Consultar plazas (35 € afil. / 60 € no afil.)**
- * Cuidados del AE /TCAE al paciente con patología digestiva (65 h.- 7,5 créditos) **Consultar plazas (65 € afil. / 88 € no afil.)**
- * Lesiones por traumatismos y quemaduras. Cuidados del AE/TCAE (30 h.- 4,1 créditos) **Consultar plazas (35 € afil. / 60 € no afil.)**
- * Atención del equipo de enfermería ante el maltrato de género en el medio hospitalario (40 h.- 3,5 créditos) **Consultar plazas (45€ afil/70€ no afil.)**
- * Atención del equipo de enfermería ante el maltrato infantil en el medio hospitalario (50 h.- 3,9 créditos) **Edición agosto (convocatoria del 12/8 al 4/10 de 2019) Consultar plazas (51€ afil. / 75 € no afil.)**
- * Nutrición oncológica. Cuidados del Técnico Auxiliar de Enfermería (30 h.-2,7 créditos) **Consultar plazas (35 € afil. / 60 € no afil.)**
- * El paciente oncológico. Técnicas y cuidados del AE /TCAE (50 h.-4,2 créditos) **Consultar plazas (51 € afil. / 75 € no afil.)**
- * Cuidados y Atención del TCAE/AE al paciente neurológico (50 h.-4,4 créditos) **Consultar plazas (51 € afil. / 75 € no afil.)**
- * Técnicas de Laboratorio farmacéutico. Preparados de nutrición asistida hospitalaria (30 h.- 5 créditos) **Consultar plazas (35 € afil./ 60 € no afil.)**
- * Actuación de los Técnicos Sanitarios en la farmacoterapia: Actualización sobre fármacos y productos sanitarios. Presentaciones para uso clínico (30 h.- 4,8 créditos) **Edición octubre (convocatoria del 7/10 al 15/11 de 2019) (35 € afil. / 60 € no afil.)**
- * El AE/TCAE en Ginecología, Obstetricia y Neonatos. El parto y los cuidados del neonato (40 h.- 4,9 créditos) **Edición agosto (convocatoria del 26/8 al 18/10 de 2019) Edición noviembre (convocatoria el 4/11 al 27/12) (45 € afil. / 70 € no afil.)**
- * La comunicación como herramienta de trabajo del equipo de enfermería (21 h.- 2 créditos) **Consultar plazas (35 € afil./ 60 € no afil.)**
- *Atención del equipo de enfermería en la Unidad de Diálisis (30 h.- 6 créditos) **Consultar plazas (35 € afil. / 60 € no afil.)**
- * Técnicas, cuidados y atención de personas mayores. Cuidados Geriátricos (100 h.- 7,5 créditos) **Edición julio (convocatoria del 22/7 al 6/12 de 2019) (99 € afil./ 129 € no afil.)**
- * El equipo de enfermería y los cuidados paliativos. Cuidados del Técnico al Paciente Terminal (50 h.- 8,4 créditos) **Edición julio (convocatoria del 29/7 al 4/10 de 2019) Edición octubre (del 21/10 al 27/12) (51 € afil. / 75 € no afil.)**
- * Atención del equip de enfermería ante el maltrato a los ancianos en el medio hospitalario (40 h.- 1,5 créditos) **Edición septiembre (convocatoria del 2/9 al 25/10 de 2019) (45 € afil./ 70 € no afil.)**
- * Atención, técnicas y cuidados del TCAE/AE en Otorrinolaringología (20 h.- 1,4 créditos) **Consultar plazas (35 € afil./ 60 € no afil.)**
- * El equipo de enfermería en la atención ante el Alzheimer y otras demencias. Cuidados del AE/TCAE (70 h.- 3,7 créditos) **Edición septiembre (convocatoria del 16/9 al 20/12 de 2019) (65 € afil./88 € no afil.)**
- * El TCAE en la unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica (35 h.- 5 créditos) **Consultar plazas (45 € afil. /70 € no afil.)**
- * Cuidados y Técnicas del TCAE en Servicios Especiales: Obstetricia y Ginecología. Módulo Control Fetal (21 h.- 2,7 créditos). **Consultar plazas (35 € afil./ 60 € no afil.)**
- *Atención del Técnico en Cuidados de Enfermería a la embarazada y al niño (21 h.- 3,2 créditos) **Consultar plazas (35 € afil. /60 € no afil.)**

*Te puedes inscribir siempre y cuando no haya finalizado la fecha de convocatoria y haya plazas.

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 Santander (antigua cuenta 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).

En nombre de Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería (FAE) tratamos la información que nos facilita con el fin de gestionar su asistencia actividades como jornadas de difusión, cursos, congresos, etc, realizar la facturación de los mismos en su caso. Los datos proporcionados se conservarán mientras se mantenga la relación o durante los años necesarios para cumplir con las obligaciones legales, o hasta que usted manifieste su deseo en causar baja en este tratamiento. Los datos no se cederán a terceros salvo por motivos de seguridad u organización del evento o en los casos en que exista una obligación legal. Usted tiene derecho a obtener confirmación sobre si en FAE estamos tratando sus datos personales por tanto tiene derecho a acceder a sus datos personales, rectificar los datos inexacto o solicitar su supresión cuando los datos ya no sean necesarios para los fines que fueron recogidos. Tiene derecho a la limitación de su tratamiento o a oponerse al mismo así como el derecho a la portabilidad de los datos cuando sea posible y a presentar una reclamación ante la autoridad de control.

Editorial

La salud es para la mayoría una de las prioridades en la vida y, además, es una de las que más interés despierta, lo que nos lleva a buscar información en diferentes medios. Los medios de comunicación tradicionales respondieron a este interés social aumentando la cantidad de informaciones relacionadas con la salud. En España muchos recuerdan a Sánchez Ocaña insistiendo en que "Más vale prevenir".

Hasta hace pocos años en los medios impresos la sección Sociedad daba cobertura a todo lo que no fuera política nacional o internacional, deporte, música, toros o espectáculos. Hoy en día los temas sanitarios tienen un lugar destacado en los medios e, incluso durante unos años, proliferaron las publicaciones especializadas en ciencia y sanidad.

La evolución tecnológica experimentada en los últimos años ha alcanzado a todos los ámbitos y ni la comunicación ni la forma de transmitir información ha sido ajena a esos vertiginosos cambios a la hora de informarse. Los medios han cambiado y hoy en día, cada vez más, son las redes sociales las que ocupan ese espacio en el que el usuario busca información relativa a la sanidad.

Además, las enfermedades han dejado de ser un problema estrictamente personal y se ha popularizado un concepto de sanidad comunitario que nos lleva a buscar en los medios un componente divulgativo de la información sanitaria.

Por eso, quizás, los tuits que más interés generan son los relacionados con los días mundiales, o temáticas relativas a diabetes, ictus y sida porque, en términos generales, en Twitter el interés por temas de salud está muy por debajo de otros como la política, el espectáculo o el deporte.

En cualquier caso, si hay algo que no ha cambiado es que el hecho de que lo más pernicioso en la información sigue siendo que ésta se lleve a cabo sin rigor científico.

Reportaje

Cuando la salud es tendencia

4



Reportaje

La felicidad como meta vital

6

Congreso FAE

Las patologías urológicas centran el XXX Congreso Nacional

8



Reportaje

Pautas para una alimentación saludable

14

Actividad Formativa

Cuidados del TCAE al paciente con patología orofaríngea

17



Separata

Pulseras identificativas

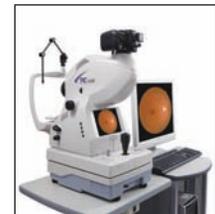
25



Certamen

La relevancia del TCAE en la mejora de la eficiencia de un programa de cribado de la retinopatía diabética en Tarragona

30



Ocio

Propuestas para aprovechar tu tiempo libre

39



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- 4º Dcha. 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. Dirijase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

REDACCIÓN, ADMINISTRACIÓN Y SERVICIOS: 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.

Cuando la salud es tendencia

Cuando nos preguntan por las prioridades en la vida, casi todos situamos la salud en la posición más alta. Sin embargo, y según el informe *Cuando la salud es tendencia* impulsado por Janssen Observer y elaborado por Planner Media, Twitter no refleja esta prioridad y en esta red social la salud está por muy por debate de la política, la cultura, el espectáculo o el deporte, que son tendencia con mucha mayor frecuencia.

Montse García

Los autores del estudio analizaron durante dos meses, entre el 17 de octubre y el 18 de diciembre de 2018, 538.947 tuits, y se monitorizó en tiempo real un total de 10.000 hashtags de los que 141 (1,5 %) estaban relacionados con salud.

Aunque la salud es tendencia al menos una vez al día y uno de cada 100 trending topics está relacionado con temas de salud lo es, principalmente, cuando está asociada a un Día Mundial, eventos científicos, alertas sanitarias o movimientos puntuales.

El informe pone de manifiesto que salvo en los casos de Días Mundiales, Movimientos o Política Sanitaria, lo que es tendencia en los medios convencionales rara vez coincide con lo que es tendencia en Twitter. Los hashtags más usados fueron #DiaMundialDelCancerDeMama, con 45.493 apariciones; #DiaMundialDiscapacidad, con 14.418; y #SumateAlRosa, también relativo al Cáncer de Mama, con 13.386; seguidos de temáticas relativas a la diabetes, el ictus, el sida y urgencias dignas.

En definitiva, el 30% de los tuits estaba asociado a Días Mundiales relacionados con la salud y la sanidad; el 25% a Congresos y eventos; el 16% a noticias de impacto;

Reportaje



el 9% a patologías; y el 8% a política sanitaria.

Twitter sigue siendo el canal social al que acudir en caso de querer saber con urgencia lo que sucede en política sanitaria, qué contenido tiene protagonismo en éste o aquel congreso médico, o quiénes están hablando sobre los últimos avances científicos, pero salvo en los casos de Días Mundiales, Movimientos o Política Sanitaria, lo que es tendencia en los medios convencionales rara vez coincide con lo que es tendencia en Twitter.

Los Días Mundiales de una enfermedad son uno de los escasos trending topics cuyo éxito de visi-

bilidad o protagonismo es similar al concedido en la prensa general y especializada. Cuentan, además, con la participación de famosos y 'celebrities', así como las marcas ajenas a la salud, que entran en la conversación sanitaria de manera excepcional en estos días.

Se concluye, igualmente que en el caso de los Días Mundiales, las noticias en medios de comunicación se adelantan informando sobre estas jornadas conmemorativas mientras que en Twitter son tendencia ese mismo día y los contenidos más compartidos son mensajes de apoyo y recursos visuales (ilustraciones, videos) y enlaces a noticias de medios de gran

Reportaje

alcance (informativos TV, prensa nacional)

El informe señala también que el tono predominante de las conversaciones fue neutro en un 63%, un 19 % positivo con euforia y admiración como emociones predominantes; y un 18 % negativo, con la decepción como emoción predominante.

Joan Carles March, profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública, manifestó en la presentación del informe, "a pesar de que la salud es uno de los temas que más preocupan a los ciudadanos, en las redes sociales no es tan popular como lo son otros contenidos sobre política o el mundo del espectáculo sobre los que la gente está deseando opinar, algo que parece más complicado cuando se habla de salud. También es cierto que hoy día existen muchas redes sociales y quizás, según la edad del usuario, sean más adecuadas unas que otras, pero en la actualidad Twitter creo que sigue siendo el canal social al que acudir en caso de querer saber de qué se está hablando por ejemplo en los últimos eventos científicos".

Destacó también que una de las principales características de los hashtags que han sido trending topics tienen poca duración y permanecen entre dos y cuatro días. "Esto ocurre, principalmente, con los temas relacionados con alertas sanitarias, días mundiales o campañas"

Por su parte, Riqui Villarroel, directora de comunicación de Janssen, explicó que "ya han pasado ocho años desde que comenzamos a analizar en la plataforma Janssen Observer el conocimiento del uso de las redes sociales y plataformas digitales por parte de los profesionales ligados al mundo de la salud. Y aunque en estos años han ido cambiando muchas cosas, a día de hoy Twitter sigue siendo el principal canal social".



La felicidad como meta vital

¿Podemos hablar de España como uno de los países más felices del mundo? Según el último informe de Naciones Unidas, publicado el pasado mes de marzo, sí: somos el trigésimo país más feliz del mundo.

Cristina Botello

Los años de esperanza de vida saludable, la corrupción percibida en el gobierno y las empresas, los medios sociales y la tecnología o la manera de interactuar entre nosotros, bien sea en los centros educativos o de trabajo, en los vecindarios o en las redes sociales, son factores que tienen importantes efectos en nuestra felicidad como sociedad.

Pero, ¿qué pasa con la felicidad individual? Según indicó el catedrático en psiquiatría Enrique Rojas durante uno de los desayunos del Foro Salud, organizado por Nueva Economía Fórum bajo el mecenazgo de Bidadarma, la felicidad personal continúa siendo el objetivo primordial del ser humano y para alcanzarlo son fundamentales dos ingredientes: tener una personalidad madura, que debemos basar en una voluntad bien educada, en conseguir el equilibrio entre corazón y cabeza, en dejar atrás las heridas del pasado y en nuestra capacidad para superar las adversidades; y en un proyecto de vida realista que se asiente en el amor, el trabajo, la cultura y la amistad.

¿Cómo conquistamos nuestra felicidad?

Hoy en día, alcanzar este objetivo vital se ha convertido en una tarea

Reportaje



ardua para muchos españoles: cuatro millones de personas en nuestro país viven con una depresión, la cifra de suicidios anuales se sitúa en torno a los 3.600 y el de quienes lo intentan ronda los 8.000. En el caso de la población joven (entre los 15 y 29 años), las tendencias suicidas han experimentado un importante aumento, siendo la segunda causa de muerte general por detrás de los tumores.

Según indicó el doctor Rojas durante su intervención, la pérdida actual de referentes, las familias disfuncionales, el paro juvenil o el aumento de noticias negativas que recibimos debido a la globalización, están detrás de estas conductas suicidas entre los jóvenes.

Esta realidad nos lleva a emplear el concepto de mundo líquido, que acuñó el sociólogo polaco-británico

Zygmunt Bauman, para definir la sociedad en la que vivimos; una sociedad en la que los valores no son demasiado sólidos y en la que el ritmo vertiginoso nos ha conducido a la indiferencia hacia los demás, debilitando los vínculos humanos y potenciando relaciones más competitivas, llevándonos, en ocasiones, a situaciones de soledad y aislamiento que hacen que muchos individuos se sientan incomprensidos y desesperanzados.

“Por ello hay que educar en los grandes valores y temas de la vida y es en la familia donde debe empezar esta formación. Actualmente las dos adiciones más frecuentes entre los 18 y los 30 años son el móvil y las redes sociales, en primer lugar, y la pornografía, en segundo. Para modificar estos intereses, la familia debe educar en

los valores de la vida y ofrecer a los jóvenes una visión a largo plazo que les permita generar un equilibrio entre lo deseado y lo conseguido. Los padres no se pueden convertir únicamente en figuras económicas, deben ser un referente”, explica Rojas.

Conseguir esta visión a largo plazo es uno de los caminos hacia la felicidad y para recorrerlo debemos abandonar la urgencia por conseguir nuestros objetivos y educar nuestra serenidad, paciencia y sosiego, siendo humildes, aprendiendo y preguntándonos la razón de las cosas; de esta manera seremos capaces de captar la realidad en sus conexiones y discernir entre lo superfluo y lo trascendental.

Son muchas las pautas que debemos trabajar diariamente en nuestro camino a la felicidad, pero este esfuerzo nos permitirá tener las ideas claras, ser dueños de nues-

Reportaje



tra vida, de nuestro tiempo y cultivar nuestros hábitos e intereses, buscando siempre el placer en lo cotidiano.

Y es en este día a día donde debemos hacer balance de nuestra felicidad, teniendo siempre en cuenta que la felicidad absoluta no existe y que este sentimiento se divide en dos partes: una felicidad instantánea, que encontramos en una comida familiar, en unas vacaciones... y una felicidad estructural, que res-

ponde a nuestros grandes sueños como seres humanos. Así, “para hacer el cómputo de nuestra felicidad debemos realizar una observación general de nuestra relación con el tiempo (pasado, presente y futuro), con las personas que nos rodean, con las cosas que tenemos y con los lugares que habitamos. Si todo ello nos produce cierta felicidad existencial, habremos conseguido nuestro objetivo: una vida lograda”, concluye Rojas.

Los 5 consejos de Enrique Rojas para ser feliz

1. Superar las heridas del pasado. Es fundamental superar estas heridas para avanzar. Aquellas personas que quedan atrapadas en los recuerdos nocivos se convierten en personas neuróticas, resentidas, dolidas y amargadas. Para evitarlo, debemos reconciliarnos con el pasado y perdonarnos a nosotros mismos y a los demás. La medida consiste en tener buena salud y mala memoria.

2. Visión positiva de las cosas, de uno mismo y del entorno. Debemos aprender a convertir las situaciones adversas en una enseñanza que nos permita crecer y avanzar como individuos. Uno de los padres de esta corriente conocida como resiliencia es el neurólogo francés Boris Cyrulnik, quien afirma que lo que nos ayuda a crecer como personas son los fracasos y los errores.

3. Voluntad de hierro. La voluntad es un tesoro, es la base de nuestro edificio individual. Para trabajarla debemos ponernos objetivos concretos que podamos conseguir fácilmente; es decir, debemos trabajar la voluntad adquiriendo la costumbre de vencernos en lo pequeño. Tener voluntad nos hace sólidos y nos ayuda a conseguir nuestros sueños.

4. Conseguir una buena ecuación entre nuestro corazón y nuestra cabeza. El concepto de inteligencia emocional es la capacidad para mezclar con arte y oficio los instrumentos de la inteligencia y la afectividad, según el psicólogo americano Daniel Goleman. Para conseguir este equilibrio debemos recuperar nuestra parte afectiva y aprender a combinarla con nuestra razón.

5. Tener un proyecto de vida. Proyecto de vida y felicidad son un binomio. El proyecto de vida debe asentarse en el amor, el trabajo (amor por el trabajo bien hecho, disfrutar con nuestro oficio), la cultura (impide que seamos manipulados y convierte lo que hacemos en una pirueta inteligente) y la amistad, pero debemos tener en cuenta que estos ítems no son estáticos y tenemos que someterlos a revisión periódicamente. La felicidad, en definitiva, es la suma de lo que yo he hecho con mi vida de acuerdo a lo que proyecté.

XXX Congreso Nacional de TCE y Las patologías urológicas centr

El Palacio de Congresos Euskalduna de Bilbao acogió el pasado 29 de mayo el XXX Congreso Nacional de Técnicos en Cuidados de Enfermería y Técnicos en Emergencias Sanitarias, al que acudieron más de 400 profesionales de toda España.

Montse García

Durante tres días asistieron a una treintena de ponencias que se vieron reforzadas con el trabajo reflejado en más de un centenar de póster que ampliaban algunos de los puntos planteados en las distintas intervenciones orales o desarrollaban aspectos nuevos que, en cualquier caso, fueron un elemento trascendental para

conseguir el alto nivel científico con el que se clausuró este congreso.

A lo largo de tres intensas jornadas se presentaron cuestiones del máximo interés comprobando que el aumento en la esperanza de vida o los avances médicos y tecnológicos forman parte ineludible del ámbito sanitario y son factores a tener en cuenta en las distintas especialidades y situaciones médico sanitarias o asistenciales. El avance en el

conocimiento de las enfermedades prostáticas ha permitido un diagnóstico más certero, en muchas ocasiones menos cruento y, cuando son necesarias, intervenciones menos agresivas.

Disponemos de más datos estadísticos y detallados estudios en los que se refleja la prevalencia de las diferentes patologías. Algunas relacionadas únicamente con la edad de los varones, como puede ser la andropausia o las patologías prostáticas, pero no únicamente. Las enfermedades urológicas no entienden de sexo ni de edad y así los autores han compartido sus trabajos en torno a patologías que afectan igualmente a mujeres y pacientes jóvenes. Algunos muy pequeños en quienes algunas enfermedades urológicas, como la extrofia vesical o enfermedades renales, y algunos autores han puesto su mirada.

El Comité Científico consideró, y así lo expuso en la lectura de sus conclusiones, "parece que no queda lugar a dudas y podemos afirmar que una de las principales conclusiones de este Congreso es evidenciar la necesidad de formación por parte de los profesionales sanitarios. Es fundamental para reducir las



La presidenta de FAE, M.^a Dolores Martínez, la Subdirectora de Enfermería de Osakidetza, Inmaculada Moro, el Director del Área de Salud y Consumo del Ayuntamiento de Bilbao, J. Javier Orduna, el Presidente del Comité Científico de esta edición del Congreso, Jesús Miguel Unda y la Presidenta del mismo, M.^a Soledad Gil, en el acto de inauguración del XXX Congreso.

Técnicos de Emergencias Sanitarias an el XXX Congreso Nacional

Congreso



Tras la clausura del Congreso en el que participaron: Dolores Martínez, Presidenta de FAE, Itziar Larrea Arechabaleta, Directora de Enfermería OSI Bilbao Basurto, Gotzone Sagardui Goikoetxea, Coordinadora de Alcaldía, Desarrollo Económico y Buen Gobierno, Jesús Miguel Unda Urzaiz, Presidente del Comité Científico, y Soledad Gil Sigüenza, Presidenta del Congreso, se anunció que Sevilla será la sede del XXXI Congreso Nacional de TCE y TES.

tasas de patologías urológicas que están infradiagnosticadas. De hecho, algunos autores han recordado que el 70% de los profesionales no llevan a cabo pruebas diagnósticas en algunas de las patologías como es el caso de las incontinencias urinarias y que a pesar de que entre el 30 y el 60 por ciento de la población presente algún tipo de incontinencia ésta sigue siendo un problema infradiagnosticado”.

Los ponentes plantearon en sus trabajos diferentes cuestiones como prevalencia, distintas fases y diferentes procedimientos en cuanto a infecciones urinarias, insuficiencias renales, hipertrofia prostática, in-

continencia urinaria, patologías tumorales o disfunción eréctil.

Algunas patologías pueden aparecer a edades en las cuales aún el paciente es bastante independiente en su vida, por lo que debemos fomentar el autoconocimiento del paciente y hacerle partícipe de todo el proceso y de los cuidados que su patología va a necesitar.

Pero detrás de cada dato que permite elaborar una estadística hay un paciente, una familia. Durante estos días hemos comprobado que en las patologías urológicas, además del componente estrictamente físico o anatómico, juega un papel fundamental la vertiente emocional

en la que el miedo, el desconocimiento y, en no pocas ocasiones, la vergüenza, son factores fundamentales. Y cuidar estos aspectos forma parte, igualmente, de la asistencia sanitaria y son nuestra responsabilidad profesional.

La vergüenza hace que se infradiagnostiquen muchos casos de incontinencia o que muchos varones no asuman que el climaterio también es cosas de hombres.

La ansiedad está también presente en la mayor parte de los pacientes. Muchos de ellos han tenido que pasar primero por el diagnóstico, algunos de ellos de cáncer, intervenciones, tratamientos, cambios físicos en su anatomía como ocurre con los pacientes urostomizados, pero la ansiedad también la sufren sus parejas, a quienes afecta directamente



El Comité Científico entregó en la cena de clausura el primer premio a la ponencia “Inyección de toxina botulínica en incontinencias urinarias de urgencias”, expuesta por M^a. Ángeles Alcalde Franco, Carmen Martín Abarca, Marta Valencia Villanueva y Virginia Prieto Bustos, del Hospital Universitario de Basurto.



Las autoras de "¿Y si hablamos de vejiga neurogénica?", Gemma García Espada y Gemma Valero García, de la clínica Asepeyo de Madrid, recogen el accésit.

la disfunción eréctil de sus compañeros.

Y a los padres de aquellos niños que padecen enfermedad renal crónica o extrofia vesical y en los que la desinformación está más presente de lo deseable.

Otra conclusión fundamental que reflejó el Comité Científico fue el papel que juegan los profesionales sanitarios, "y muy especialmente, los Técnicos en Cuidados de Enfermería debemos

prestar especial atención en que tanto el componente asistencial como el emocional esté debidamente cuidado y atendido porque solo así, habremos cumplido nuestros objetivos como profesionales. Hemos comprobado el fundamental papel de los profesionales como educadores de la salud. Por ejemplo, en los pacientes urostomizados o de una lesión medular que tienen vejiga neurogénica y necesitan entrenamientos especiales para llevar a cabo sus procesos".

"Hemos visto diferentes tipos de incontinencia, múltiples causas de las mismas, otras patologías urinarias. Pero un denominador común a la mayor parte de las patologías que se han nombrado aquí es la afectación que tienen en la calidad de vida del paciente, las alteraciones del sueño o el sufrimiento emocional, problemas en su sexualidad, incluso problemas de audición".

La urología no es ajena a los avances y progresos que se experimenta en todos los ámbitos y así

Congreso



Rogelia Simón García, de Asturias, recoge el premio al mejor póster "Toma de muestras para urocultivo. 1º paso resultados fiables", del que es autora junto a de Alejandra Álvarez Piñera.

se expusieron la existencia de nuevos tratamientos y opciones como la neuromodulación, las inyecciones de toxina botulímica y la, cada vez mayor, tasa de donaciones de donantes vivos. Todo ello, mantiene abierta la puerta a la esperanza y a mejoras en la calidad de vida.

"En definitiva, este Congreso ha dejado constancia de lo que todos sabemos. El enorme e indiscutible papel que desempeñan los Técnicos en Cuidados en su relación con los pacientes y como miembro indispensable en los equipos de trabajo. La labor de información y formación es fundamental para llegar a ser los



El comité científico en la lectura de conclusiones.



Intervenciones durante el Congreso.



Finalistas a los mejores trabajos tanto en la modalidad de ponencia como de póster.

profesionales de referencia de los pacientes”.

Ha quedado patente el papel principal que el TCE juega como cuidador y como educador, en un completo programa científico que seguro ha cumplido las expectativas formativas de los congresistas, sirviéndoles de foro donde intercambiar experiencias y conocimientos que les permiten enriquecerse tanto profesional como personalmente.

La calidad de los trabajos presentados fue valorada por el Comité Científico que reconoció las dificultades para decidir qué tra-

bajos serían finalmente los que recibirían los premios del Congreso, que como ya es habitual se concedieron en la cena de clausura. Así, el primer premio fue para la ponencia *Inyección de toxina botulínica en incontinencias urinarias de urgencias*, expuesta por M.^a Ángeles Alcalde Franco, Carmen Martín Abarca, Marta Valencia Villanueva y Virginia Prieto Bustos, del Hospital Universitario de Basurto. El accésit fue para Gemma García Espada y Gemma Valero García de la clínica Asepoyo de Madrid por *¿Y si hablamos de vejiga neurógena?*. Asimismo, el pre-



Intervenciones durante el Congreso.

mio al mejor póster fue para *Toma de muestras para urocultivo. 1º paso resultados fiables*, de Alejandra Álvarez Piñera y Rogelia Simón García de Asturias.

La Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería ha puesto fin a un maravilloso congreso pero unos meses antes de poner este broche final empezó a trabajar en el que espera que tenga el mismo éxito y que acogerá la ciudad de Sevilla. El tema elegido es del máximo interés sanitario y social: *Donación. Vida del paciente trasplantado. Situación de emergencias. Paso a paso en explante y trasplante*.



Los responsables de FAE en Sevilla recogen el testigo para la organización del XXXI Congreso Nacional de Técnicos en Cuidados de Enfermería y Técnicos en Emergencias Sanitarias.



Intervenciones durante el Congreso.

BASES GENERALES PARA PONENCIAS Y PÓSTERES/COMUNICACIONES ESCRITAS XXXI CONGRESO NACIONAL DE TÉCNICOS EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y TÉCNICOS EN EMERGENCIAS SANITARIAS

DONACIÓN. VIDA DEL PACIENTE TRASPLANTADO. SITUACIÓN DE EMERGENCIA PASO A PASO EN EXPLANTE Y TRASPLANTE

SEVILLA, 20, 21 y 22 de mayo de 2020

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 24 de enero de 2020**.
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 20 de febrero de 2020**.
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.
 - 4º El Comité Científico podrá otorgar un accésit -nunca remunerado- a aquel póster/comunicación escrita que, por su relevancia, notabilidad, originalidad sea valorado a tal efecto.
12. El Comité Científico podrá aceptar para su exposición en el apartado de "Informativo no a concurso", al póster/comunicación escrita que, aun no teniendo relación directa con el lema del Congreso, valore por 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. 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 a la dirección de e-mail: congresofae@fundacionfae.org **antes del 2 de marzo de 2020**, 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 2 de marzo de 2020**.

8. Los pósteres/comunicaciones escritas que no cumplan los requisitos establecidos en las presentes bases no serán admitidos o serán descalificados.

Pautas para conseguir una alimentación saludable

El ritmo de la sociedad actual, fruto del estrés, los horarios laborales y la vida en las grandes ciudades, marca, no sólo nuestros horarios de comidas, sino también lo que comemos: los productos procesados, los azúcares y las grasas han estado, y están, presentes en nuestra mesa a diario; sin embargo, se está produciendo un cambio en nuestros hábitos alimenticios que nos lleva a consumir productos más frescos, más naturales y, por lo tanto, más sanos.

Cristina Botello

La alimentación se ha convertido en un elemento esencial del estilo de vida, capaz de influir en la enfermedad, por ello un cambio hacia una alimentación más equilibrada es sinónimo de salud.

La puesta en marcha de Nutri-score, el nuevo etiquetado de los alimentos por colores para identificar los más saludables, el paulatino cambio que se está generando en las máquinas expendedoras sustituyendo la bollería por piezas de frutas, o las actuaciones desarrolladas a partir de la Estrategia NAOS son algunas de las medidas puestas en marcha para fomentar estilos de vida más saludables.

Guía de alimentación saludable

Una de las últimas actuaciones en este sentido viene de la mano de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC), que, en colaboración con las sociedades científicas de referencia en Atención Primaria (SEMG, SMERGEN, SEPEAP y semFYC), ha elaborado una Guía de la Alimentación Saludable para Atención Primaria y Colectivos Ciudadanos en la que se recogen recomendaciones para una nutrición individual, familiar o colectiva saludable, responsable y sostenible.

Reportaje

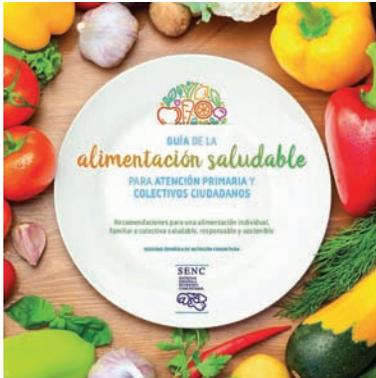


Este nuevo documento quiere convertirse en una referencia para los profesionales de la salud, dando a la alimentación protagonismo en la prescripción médica y en las recomendaciones dietéticas formuladas por farmacéuticos, personal de enfermería, fisioterapeutas, matronas, médicos de Atención Primaria, médicos especialistas y dietistas-nutricionistas.

Además recoge una serie de consejos para la población general que fomentan la educación alimentaria, la educación para el consumo y la promoción de la salud, facilitando así la apuesta por una dieta mediterránea basada en el consumo responsable y sostenible, que, sin duda, mejorará progresiva-

mente el patrón alimentario de la población sana y ayudará a gestionar la alimentación de las personas enfermas o con factores de riesgo.

Con el objetivo de promocionar hábitos alimenticios adecuados y prevenir así muchas de las patologías relacionadas con la nutrición, la guía aborda aspectos como la alimentación durante el embarazo y la lactancia, fomenta la actividad física, subraya la importancia de tener siempre en cuenta las interacciones entre fármacos y nutrientes, especialmente en pacientes crónicos, incorpora recomendaciones para la elección responsable de los alimentos –saber interpretar el etiquetado nutricional–, su compra, su preparación, su cocinado y su



conservación y apunta patrones alimentarios saludables, entre otros.

“La Guía no pretende poner a la población a dieta ni plantear utopías o imposibles alimentarios. La alimentación tiene siempre un componente gastronómico, cultural, convivencial y lúdico. Pensemos en mejoras compartidas y agradables. Nada en contra de la población y sí en armonía con los usos y costumbres de nuestro modelo mediterráneo tradicional”, explica el doctor Javier Aranceta, presidente del Comité Científico de la SENC y Coordinador de la guía.

Nueva pirámide alimenticia

La dieta mediterránea tradicional, declarada Patrimonio de la Humanidad por la Unesco en 2010, basa sus bondades en promocionar una alimentación rica en fibra, vitaminas, minerales y antioxidantes, convirtiéndola en la opción idónea para la prevención de las enfermedades crónicas y la promoción de la salud.

Para expresar todos estos beneficios, es fundamental que basemos nuestros hábitos en la mesa en la pirámide alimenticia, cuya actualización, consensuada por 100 profesionales de la nutrición y la salud, se recoge en esta nueva guía.

Así, debemos combinar adecuadamente aquellos alimentos que necesitamos comer todos los días – frutas, verduras, lácteos...-, con los

Reportaje

que debemos ingerir sólo algunos días a la semana – huevos, pescados, frutos secos...- y con aquellos que deben ser más ocasionales – bollería, embutidos y carnes rojas...- para mantener un buen estado de salud.

Cómo debemos consumir cada uno de estos alimentos, sus propiedades, cómo pueden ayudar a nuestra salud, la mejor manera de prepararlos y conservarlos para minimizar la pérdida de sus nutrientes y propiedades, o las raciones de consumo recomendadas en la población infantil, juvenil y adulta, son algunas de las áreas que abordan los expertos en esta guía, subrayando en todo momento la importancia de que los productos sean frescos, de temporada y de proximidad para conseguir una alimentación equilibrada y sostenible.

Estas recomendaciones se complementan con una hidratación adecuada y con la práctica diaria de ejercicio, teniendo siempre en cuenta que la ingesta de alimentos y bebidas se debe ajustar al nivel

de actividad física habitual de cada persona.

El profesor Gregorio Varela, Catedrático de Nutrición de la Universidad CEU-San Pablo de Madrid y Presidente de la Fundación Española de Nutrición (FEN), ha destacado “la importancia de contar con una guía de referencia que, de forma sencilla pero basada en la evidencia científica, aporte a la población consejos sobre cómo mejorar nuestros hábitos a la hora de alimentarnos y cocinar. Hoy en día es más importante que nunca apostar por la conservación de nuestra Dieta Mediterránea, unida a un equilibrio emocional y una actividad física y, en ese sentido, esta Guía y su Pirámide Nutricional son, sin duda, documentos de referencia y gran valor”.

Sin duda, la alimentación es parte fundamental de la salud de la población, por lo que debe ser protegida y fomentada por todos los agentes implicados en los distintos ámbitos relacionados con la industria alimenticia.





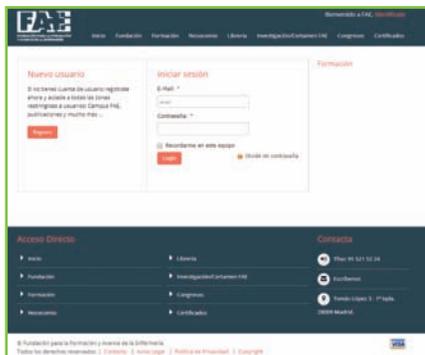
Normas para realizar la Actividad Formativa y conseguir tu certificado

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

Clique en Identificate (parte superior derecha de su pantalla)

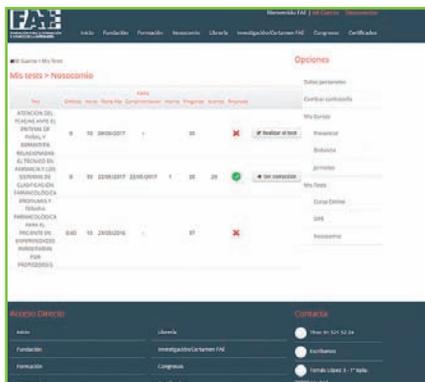


Una vez que se identifique le aparecerá la siguiente pantalla:



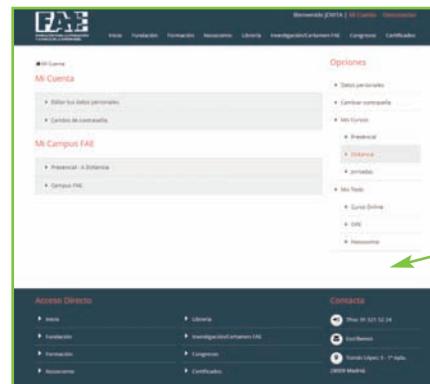
Si ya es usuario registrado deberá introducir su correo electrónico y contraseña en la opción de la derecha: INICIAR SESIÓN. Una vez haya puesto estos datos, por favor, clique en LOGIN. Si por el contrario, no es usuario registrado puede registrarse en la opción situada a la izquierda: NUEVO USUARIO.

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.

Cuando se encuentre identificado verá la siguiente pantalla:



Para acceder al curso deberá clicar en NOSOCOMIO



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

Cuidados del TCAE al paciente con patología orofaríngea*

*El presente documento es un resumen, podrán ver el texto completo de la actividad en www.fundacionfae.org

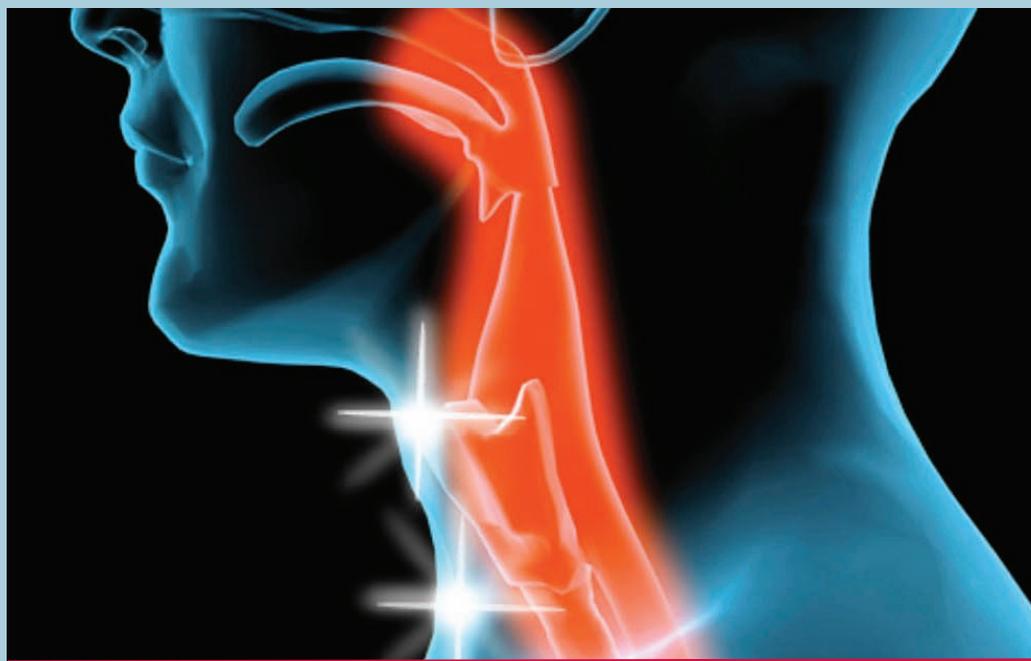
La **Otorrinolaringología** se ocupa del diagnóstico, tratamiento y cuidados de toda patología infecciosa, oncológica, traumática, congénita y degenerativa que se pueda producir en el oído, fosas nasales, senos paranasales, faringe y laringe, tanto en adultos como en niños.

La **nariz** es el órgano del olfato, se ubica en la línea media de la cara y su parte interna se encuentra por arriba del techo de la boca. Se divide en dos porciones: la pirámide nasal y la cavidad nasal.

En cuanto a las funciones de la nariz destacan: la función olfativa, la función respiratoria, la filtración del polvo, la humidificación del aire inspirado y la recepción y eliminación de secreciones de la mucosa nasal.

La **faringe** es un conducto muscular que se sitúa por delante de la columna vertebral y por detrás de las fosas nasales, boca y laringe. Se extiende desde la base del cráneo hasta la sexta vértebra cervical, y se continúa hacia el esófago. Posee funciones a nivel respiratorio (transporte de aire desde la boca o fosas nasales hasta la faringe), deglutoria e inmunológica (amígdalas)

La **laringe** es el órgano más complejo del sistema respiratorio.



Tiene forma de tubo, formada por varios cartílagos, tiroides (nuez de Adán), la epiglotis que sirve como una tapa que cubre automáticamente la abertura superior de la laringe durante la deglución; otros cartílagos son: Cricoides, Aritenoides, Corniculado.

En su interior hay cuatro repliegues: dos superiores y dos inferiores llamados cuerdas vocales; las inferiores pueden vibrar a nuestra voluntad por el aire que sale de los pulmones, emitiendo sonidos, que

son modificados en la boca y en las fosas nasales cuando hablamos. Por lo tanto, es el aparato fonador o productor de sonidos.

La **tráquea** es un tubo que mide 11-12 cm de largo y 2,5 cm de diámetro, desciende por la línea media de la cavidad torácica por delante del esófago. Es un conducto formado por anillos cartilaginosos, que empieza en la laringe y desciende por delante del esófago hasta la mitad del pecho, donde se bifurca formando los bronquios.

PRINCIPALES PATOLOGÍAS DE LA NARIZ

Con respecto a las patologías de la nariz podemos destacar las siguientes:

- Anosmia.
- Hiposmia.
- Hipertrofia de cornetes.
- Pólipos nasales.
- Fractura anterior de la base del cráneo.
- Epistaxis.
- Sinusitis.
- Vegetaciones adenoides.
- Rinitis alérgica.
- Aleteo nasal.
- Cuerpo extraño en la nariz.
- Patología del tabique nasal.

PRINCIPALES CIRUGÍAS DE LA NARIZ

Septoplastia:

Alienación del tabique nasal, por traumatismo o de nacimiento, permitiendo el correcto paso de aire facilitando la respiración.

Cuidados preoperatorios

- Acogida en la unidad de hospitalización, revisión de historia clínica e información al paciente.
- Comprobar la realización de pruebas preoperatorias, así como haber leído y firmado el consentimiento informado.
- Se llevará a cabo ayuno de 8 horas previas a la cirugía, realización de cama quirúrgica y colocación de la ropa de cama. El paciente procederá a la retirada de prótesis dentarias, objetos metálicos y a la consiguiente higiene quirúrgica.

Cuidados postoperatorios

A la salida del quirófano el paciente presenta un taponamiento que nor-

malmente se retira a las 24-36 horas. En el caso de férulas nasales pueden permanecer puestas hasta 2 semanas.

- Toma de constantes vitales y control de sangrado. Vigilar nivel de consciencia, dolor, así como náuseas y vómitos.
- Administración de sueroterapia y medicación prescrita.

Cuidados al alta

- Limpieza de la nariz con una torunda o hisopo de algodón y suero fisiológico o agua oxigenada cada vez que lo precise y mínimo una vez al día. Así se desprenderán las costras.
- Reposo relativo evitando esfuerzos físicos al menos un mes. Dormir incorporado.
- Evitar alcohol y tabaco. Evitar el estreñimiento.
- Evitar cambios de presión elevados como sonarse la nariz. Estornudar con la boca abierta.
- Administración de compresas de hielo en la zona para aliviar la hinchazón.
- En caso de fiebre, dificultad respiratoria, sangrado importante, dolor en la deglución, vómito in-

tenso o alteración de la visión, acudir al servicio de urgencias para valorar por un ORL.

- Puede aparecer hematoma alrededor de la zona ocular pudiendo ser totalmente normal.

Posibles Complicaciones

- Epistaxis (la más frecuente), pérdida de sensibilidad de la cara, edemas, supuración y disnea.

Rinoplastia:

Consiste en la modificación de las estructuras externas de la nariz con el objetivo de reparar las estructuras osteocartilaginosas.

Cuidados preoperatorios

- Acogida en la unidad, revisión de Historia Clínica, consentimiento informado y pruebas preoperatorias.
- Se llevará a cabo ayuno de 8 horas previas a la cirugía, realización de cama quirúrgica y colocación de la ropa de cama. El paciente procederá a la retirada de prótesis dentarias, objetos



metálicos y a la consiguiente higiene prequirúrgica.

Cuidados postoperatorios

Se proporcionan los mismos cuidados que en la septoplastia.

Cuidados al alta

- Reposo relativo evitando esfuerzos físicos al menos un mes. Dormir incorporado.
- Evitar alcohol y tabaco. Evitar el estreñimiento.
- Evitar cambios de presión elevados como sonarse la nariz. Estornudar con la boca abierta.
- En caso de fiebre, dificultad respiratoria, sangrado importante, dolor en la deglución, vómito intenso o alteración de la visión, acudir al servicio de urgencias para valorar por un ORL.
- Aplicación de compresas frías secas varias veces al día para disminuir el edema facial.
- Realizar enjuagues nasales con solución salina para limpiar la cavidad y evitar infección.

Posibles complicaciones

- Epistaxis (la más frecuente), alteración de la sensibilidad de la piel, edemas, disnea, asimetría del tabique, así como perforación nasal.

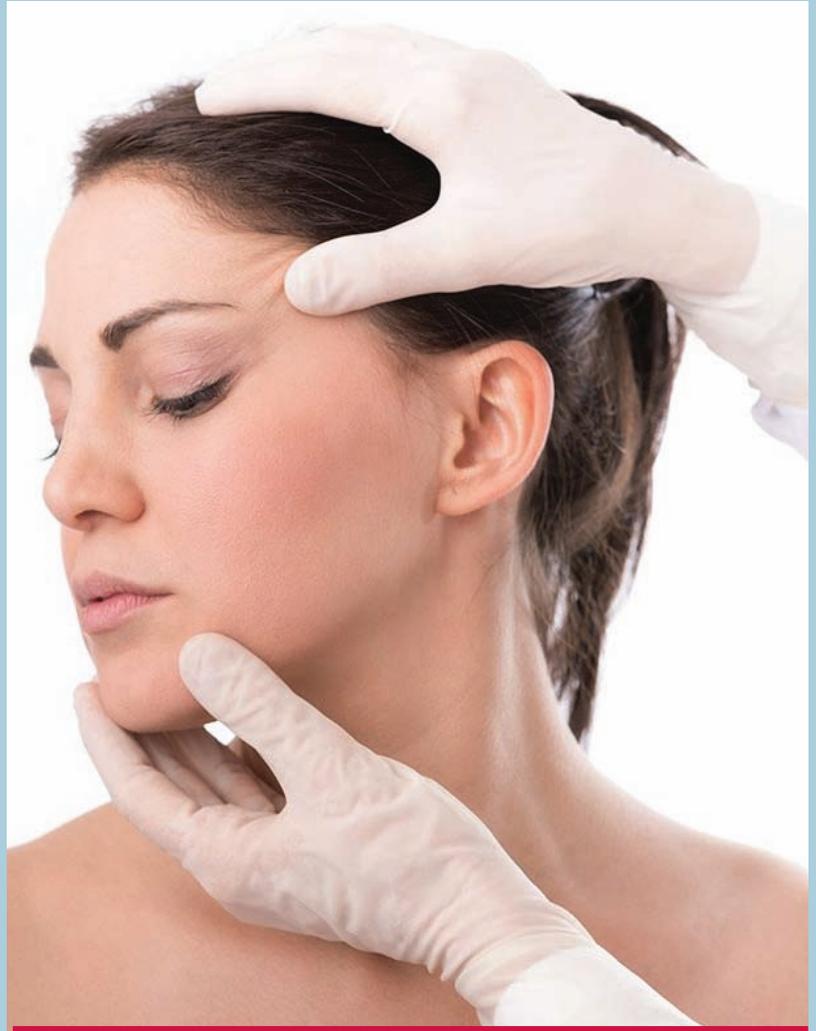
Cirugía endoscópica nasosinusal (CENS):

Sinusitis recurrente o crónica resistente al tratamiento médico, poliposis nasal o extirpación de tumores. Generalmente, se realiza a través del orificio nasal.

Cuidados preoperatorios

Los mismos que en las cirugías anteriores.

Cuidados del TCAE al paciente con patología orofaríngea



Cuidados postoperatorios

El paciente sale de quirófano con un taponamiento nasal que se retirará 24-48 horas después de la cirugía. La sensación de obstrucción puede continuar varios días después y notar cierta presión en la cara.

Ver cuidados de las cirugías anteriores.

Cuidados al alta

Ver cuidados al alta de cirugías anteriores.

Posibles complicaciones

- **Epistaxis:** el sangrado leve puede

ser normal durante varios días. En caso de ser profuso se precisa la valoración del ORL.

- **Hemorragia orbitaria:** puede aparecer hematoma en la zona orbitaria por la cercanía de los senos, pero es raro que se produzca hemorragia. Puede causar edema, visión doble o pérdida de visión.

- **Fístula de líquido cefalorraquídeo:** los senos se encuentran cerca del cráneo y, al ser un hueso delgado, existe el riesgo de perforación. En este caso es preciso el tratamiento quirúrgico por el riesgo de conducir a una meningitis.

Turbinoplastia:

Consiste en la reducción del tamaño de los cornetes que son los responsables de la obstrucción nasal. Puede realizarse mediante varias técnicas: la radiofrecuencia y la cirugía endoscópica nasosinusal (extracción del hueso de los cornetes inferiores).

Cuidados preoperatorios

Ver cuidados de las cirugías anteriores.

Cuidados postoperatorios

En la cirugía con radiofrecuencia, por lo general, no se precisa taponamiento nasal, aunque si presenta epistaxis se valora el poner el taponamiento durante unas horas determinadas. En la cirugía endoscópica, el paciente sale a la sala de recuperación con un taponamiento nasal que se retirará 24-48 horas después de la cirugía. La sensación de obstrucción puede continuar varios días después y notar cierta presión en la cara.

Además de lo anterior, se tendrán en cuenta los mismos cuidados de las cirugías anteriores.

Cuidados al alta

Ver cuidados al alta de Rino-plastia, CENS y septoplastia.

Posibles complicaciones

- Retorno del bloqueo nasal.
- Epistaxis que, de forma casual, puede aparecer con normalidad. Pero si aparece abundante sangrado se debe acudir al servicio de urgencias para valorar por un ORL.
- Inflamación de labio superior, nariz y ojos crónica.
- Sequedad nasal con formación de tejido cicatricial y la consiguiente pérdida del sentido del olfato.

Cuidados del TCAE al paciente con patología orofaríngea



PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

- **Inspección nasal:** hay que examinar el aspecto externo, descartar la presencia de tumoraciones, desviación lateral de la nariz, alteraciones del dorso nasal, alineamiento del eje de la nariz, salida de secreción por las narinas, mal olor, costras. Observar si la persona respira por la boca o por la nariz.
- **Rinoscopia anterior:** permite la visualización de la parte frontal de las fosas nasales con un espejo nasal, un espejo frontal y una fuente de luz.

- **Rinoscopia posterior:** examina la cavidad nasal posterior y las coanas desde la nasofaringe con un espejillo de cavum que se introduce en la boca, un espejo frontal y una fuente de luz.
- **Endoscopia nasal:** permite la mejor visualización de las cavidades nasales, complejos osteomales y rinofaringe. Mediante un anestésico tópico y un vasoconstrictor se introduce una óptica rígida y se visualiza la cavidad en busca de inflamación, tumores, anomalías anatómicas.
- **Estudio del movimiento ciliar.**
- **Rinomanometría:** prueba ae-





rodinámica que estudia alteraciones del flujo y la presión.

- **Rinometría acústica:** mide el flujo aéreo de cada fosa nasal.
- **Oftalmometría:** el estudio del olfato es una prueba de screening que permite detectar alteraciones en la percepción de los olores de tipo cuantitativo (aumento, disminución o ausencia para uno o varios olores) y de tipo cualitativo (identificar olores que el paciente no reconoce). Punción seno maxilar: se realiza en los casos en que es fundamental aislar el germen causante de la sinusitis. Se introduce un trocar en la pared medial de la nariz. También es de utilidad para realizar lavados.

PRINCIPALES PATOLOGÍAS DE LA FARINGE Y LARINGE

Faringitis:

Inflamación de la mucosa por causa bacteriana o vírica. Presenta sensación de sequedad, fiebre y malestar general. El riesgo es llegar a desencadenar una faringitis crónica.

Amigdalitis:

Infección bacteriana algo más frecuente en niños. Comienza con fiebre, dolor de garganta, cefaleas, anorexia y malestar general. Las in-

fecciones recurrentes pueden precisar una extirpación quirúrgica.

El tratamiento indicado es la amigdalotomía, que consiste en la extirpación de las amígdalas.

Laringitis:

Inflamación de la laringe y de las cuerdas vocales. Se producen por causa viral como resfriado o gripe; o bacteriana, como el sarampión o inhalación de irritantes. Su principal síntoma es la afonía, junto a dolor, tos o disnea. Puede llegar a paralizar las cuerdas vocales o afectarse el mecanismo de deglución.



Laringocele:

Pequeña hernia en forma de saco que produce tos y disfonía. Es más común en hombres adultos.

Traumatismo laríngeo:

Puede ser interno (quemadura por inhalación, escaldamiento, cáusticos, intubación orotraqueal o ca-

nulación nasal) o externo (accidente de tráfico, arma blanca, arma de fuego, deporte de riesgo). La disnea, disfonía, disfagia, odinofagia, hemoptisis y enfisema son característicos de estos cuadros. El tratamiento puede ser médico o quirúrgico.

Cuerpo extraño faringo-laríngeo:

Puede ser causa de muerte por asfixia.

Síntomas

- **Laríngeos:** disfonía, disnea, estridor, tiraje, tos.
- **Esofágicos:** odinofagia, disfagia.
- **Faríngeos:** odinodisfagia.

Existen diferentes tipos de estridor dependiendo de la localización de la obstrucción, pudiendo ser inspiratorio si es glótica o supraglótica, o, en ambos tiempos, si es glótica o subglótica.

Disfagia:

se trata de la dificultad para desplazar con seguridad los alimentos sólidos y/o líquidos desde la boca hasta el estómago. La deglución constante es un mecanismo reflejo, pero cuando se hace voluntario afecta negativamente en la salud del paciente.



Las causas de la disfagia pueden ser:

- **Neurológicas:** parálisis laríngea y ACVA. Se produce un alar-



gamiento importante de la fase faríngea aumentando el riesgo de aspiración.

- **Morfológicas:** traumatismos, traqueostomizados.
- **Otras causas:** sequedad por radioterapia, abscesos, infecciones, reflujo.

El tratamiento de la disfagia puede ser: protésico, fisioterápico o quirúrgico.

Adultos con riesgo de malnutrición:

- Pérdida >10% peso habitual en menos de 6 meses o >5% en un mes.
- Pérdida >20% del peso corporal ideal.
- Pacientes con enfermedad crónica o con cirugías recientes.
- Aumento de requerimientos metabólicos.
- Administración de nutrición enteral o parenteral.

Análisis de laboratorio útil en la valoración nutricional:

- Albúmina sérica (valores normales 3.5-4.5 mg/dl), transfe-

rrina (valores normales 200-250 mg/dl). Varía más rápidamente que la albúmina.

- Nitrógeno urinario.
- Hemoglobina (valores normales 12-15 mg/dl).

Cáncer de laringe:

Constituye el 25% de todos los cánceres de cabeza y cuello. El tumor laríngeo más frecuente es el carcinoma epidermoide, y se trata de un tumor maligno, el más frecuente en los servicios de otorrinolaringología, y el más agresivo. El principal factor de riesgo es el tabaco y el alcohol. También presentar antecedentes familiares de cáncer, exposición a tóxicos industriales, factores nutricionales, reflujo gastroesofágico, etc...

Se puede dividir en: carcinoma in situ donde las células precancerosas son malignas, pero no se mueven del lugar de origen, y carcinoma invasivo de células escamosas que invade tejidos adyacentes.

Los signos y síntomas son diferentes dependiendo de la situación del tumor, dividiéndose en supraglótico, glótico y subglótico:

- Por encima de las cuerdas vocales o supraglótico: en esta porción de la laringe es donde se encuentra más frecuentemente el tumor. Cursa con sensación de cuerpo extraño en la garganta, carraspeo, dolor a la deglución, dolor de oído, mal aliento, expectoración sanguinolenta. Se tratan de signos que aparecen tardíamente.
- Situados en las cuerdas vocales o glóticos: aparece la disfonía permanente porque el tumor está localizado en las mismas cuerdas.
- Situados por debajo de las cuerdas o subglóticos: son menos frecuentes.

Cursa con tos, disfonía y dificultad respiratoria.

El diagnóstico se realiza mediante: TAC, RMN, fibroscopia o laringoscopia directa.

El tratamiento puede combinar la intervención quirúrgica, radioterapia y quimioterapia.



- Radioterapia: puede hacerse solo o combinarlo con la cirugía para reducir el tamaño del tumor y para eliminar posibles células cancerosas después de la cirugía.
- Quimioterapia: utilizado cuando el tumor se ha diseminado.
- Laringectomía parcial, donde se extirpa de forma incompleta la laringe permitiendo el paso de aire por vía natural.

- Laringuectomía total, donde se extirpa totalmente y se asegura el paso de aire por la tráquea que entra en contacto con el exterior.

Los pacientes con laringuectomía parcial en un tiempo relativamente corto podrían hablar ocluyendo el orificio traqueal con el dedo, sin embargo, requerirá educación en la deglución (este tipo de pacientes suelen presentar desnutrición a causa de la disfagia junto con la anorexia originada por el tumor).

Los pacientes con laringuectomía total por la extirpación de la laringe no precisarán educación en la deglución, por tanto, desaparece el riesgo de aspiración, pero no podrán hablar de forma normal, aunque actualmente existen diferentes alternativas para poder comunicarse:

- **Válvula fonatoria:** es un dispositivo colocado en la tráquea que hace que el aire que se espira pase hacia el esófago para producir el sonido.
- **Voz esofágica:** consiste en tragar aire y luego utilizarlo para emitir sonido (como el ventrículo). El mecanismo es el mismo que el eructo.
- **Laringófono:** es un dispositivo electrónico que lleva el paciente en la mano y genera una vibración al apoyarlo en el cuello. Cuando el paciente articula la palabra con la boca se genera un sonido de voz. La voz tiene aspecto de electrónica.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LOS PACIENTES CON TRAQUEOSTOMÍA

La traqueostomía es una abertura al exterior por el cuello mediante una incisión quirúrgica creando un estoma. Está indicado en los casos de:

Cuidados del TCAE al paciente con patología orofaríngea



ventilación mecánica prolongada y el fracaso del destete de la ventilación, obstrucción de la vía aérea superior y carcinoma laríngeo.

Cuidados en el preoperatorio

Los mismos que se proporcionan en las cirugías de la nariz.

Cuidados en el quirófano

Colocación del paciente en hiperextensión cervical con un rodillo debajo de los hombros para exponer adecuadamente la tráquea. Esta posición puede provocar disnea en el paciente, por lo tanto, se retrasará hasta que todo esté preparado.

Cuidados en el postoperatorio inmediato

- Humidificador de ambiente.
- Colocación posición semi-fowler.
- Administración de suero y medicación prescrita.
- Comprobación oxigenoterapia, aspiración y disposición de sondas para el aspirado.
- Control de constantes, vigilar nivel de consciencia, dolor, dre-

najes, náuseas y vómitos, sangrado.

- Control de la vía aérea.
- Evitar tensión sobre las suturas, fomentar deambulación temprana.
- Limpieza frecuente de la cánula de traqueostomía para dejarlo libre de moco.

Cambio de cánula en el paciente traqueostomizado

El primer cambio de la cánula se realizará a las 48-72 horas de la cirugía o de la traqueostomía. En días posteriores, la frecuencia del cambio dependerá del estado del estoma, siendo cada 7 días con el estoma limpio y a diario si está infectado.

La frecuencia de cambio del macho se realizará mínimo cada 12 horas y siempre que sea necesario.

Complicaciones en el momento del cambio de cánula de traqueostomía

Tempranas:

- Edema facial, cierre del estoma por desplazamiento de la inci-

sión traqueal o por decanulación accidental.

- Cuello obeso, dificultad para llegar a la tráquea.

Tardías:

- Infección, perforación esofágica, hemorragia, fístula traqueo-esofágica, traqueítis, broncoaspiración, enfisema subcutáneo.

Cánulas de traqueostomía

Se trata de un tubo que asegura la comunicación entre la tráquea y la propia piel, que no se cierre o se deforme, propiciando el mantenimiento de la vía aérea.

El tipo de cánula lo decide el médico dependiendo de la necesidad del paciente y el tipo de intervención.

Se distinguen tres tipos de cánulas: de plata, de plástico o de silicona; y pueden ser:

- Cánula estándar: se usan para traqueostomías transitorias.
- Cánula fenestrada: con uno o varios orificios en la curvatura para permitir el paso de aire hacia la laringe.
- Cánula de laringuectomía: más cortas y anchas y menos curvadas.

Complicaciones de la traqueostomía

- Insuficiencia respiratoria.
- Hemorragia.
- Dehiscencia de la herida quirúrgica: causado por defecto de cicatrización, infección, incluso por la radioterapia.
- Infección de la herida.

Pruebas diagnósticas

Inspección física y palpación: utilizando un depresor lingual podemos acceder a la inspección de la

Cuidados del TCAE al paciente con patología orofaríngea



cavidad oral, observando el estado de las mucosas, dentadura, forma y movilidad de la lengua, estado del velo del paladar óseo y blando.

Estroscopia: se trata de una prueba que permite visualizar la superficie de la mucosa que recubre las cuerdas vocales y detectar pequeñas alteraciones en su vibración no visibles por otros medios. Es una prueba esencial en el estudio del paciente con disfonía.

Laringoscopia: la laringoscopia es un examen visual de la zona ubicada debajo del paladar, donde se encuentra la laringe, que contiene

las cuerdas vocales. Es un procedimiento efectivo para descubrir las causas de problemas de la voz y la respiración, dolor de garganta u oídos, dificultades para tragar, estrechamiento de la garganta (estenosis) y obstrucciones de las vías respiratorias.

Fibroscopia laríngea: se utiliza un endoscopio de fibra óptica flexible que se introduce en las fosas nasales, permitiendo la visualización de la laringe sin necesidad de anestesia general, solo si hay complicaciones se administraría anestesia local.



Estrategia de Seguridad del Paciente en el Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva: Pulseras Identificativas

Autora: María Begoña Martínez Morales. TCE en la Unidad de Gestión Clínica de Cardiología del Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva.

La identificación inadecuada de pacientes es una causa importante en los problemas de complicaciones asociados a errores en la asistencia, para ello la Junta de Andalucía estableció unas estrategias para la Seguridad del Paciente del Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA), siendo una de ellas la identificación de pacientes mediante la utilización de una pulsera identificativa.

Justificación: La identificación inadecuada de pacientes es una causa importante en los problemas de complicaciones asociados a errores en la asistencia.

Objetivo: Aumentar la calidad de la asistencia sanitaria proporcionando atención y cuidados más seguros a los pacientes y evitar errores en la identificación.

Diseño: Estudio descriptivo longitudinal que ha permitido comprobar el grado de implantación de las pulseras identificativas en la Unidad de Gestión Clínica de Cardiología.

Metodología: Recogida de datos, entrevista personal con el paciente y observación directa. Creación de una base de datos y análisis de la misma.

Resultados principales: Un 84% de los pacientes ingresados tienen las pulseras identificativas colocadas y en buen estado. El 52% de los pacientes conocía la existencia de la pulsera identificativa.

Conclusión: El seguimiento por parte del personal de enfermería en este periodo de tiempo ha contribuido al incremento del número de pacientes que disponían de las pulseras, demostrándose que esta práctica aumenta la seguridad, me-



didada incluida dentro de la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Sanitario Público Andaluz.

Palabras claves: Pulseras identificativas, seguridad, estrategia, responsabilidad.

Introducción

La forma más habitual de identificación de pacientes es el número de

habitación, cama, diagnóstico, características físicas o psicológicas. Basándose en identificadores que pueden ser variables y por tanto no seguros.

Los problemas de identificación se asocian con frecuencia a errores en la administración de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, pruebas diagnósticas, transfusión de sangre, etc. Sus consecuencias pue-

den llegar a producir eventos adversos en el paciente.

Para evitar esos eventos, se creó la pulsera identificativa, medida que ha sido desarrollada en el seno de la Comisión de Seguridad del Paciente del Hospital Juan Ramón Jiménez. Así, en noviembre de 2009 se implantó el protocolo para la identificación de los pacientes hospitalizados mediante pulseras que recibían en el mismo momento del ingreso y debían llevar durante toda su estancia en el centro. Esta medida supone una garantía de seguridad ya que evita confusiones e identifica de manera fidedigna a cada usuario desde el primer contacto que tiene con el centro.

Objetivos

- Aumentar la calidad de la asistencia sanitaria proporcionando atención y cuidados más seguros a los pacientes, disminuyendo la incidencia de efectos adversos atribuible a los mismos.
- Evitar errores en la identificación o impedir cualquier otro tipo de confusión a la hora de administrar fármaco, hacer pruebas diagnósticas o trasladar a los pacientes para practicarles algún tipo de intervención quirúrgica.

Pulsera identificativa.

Descripción

Este dispositivo se coloca al paciente, generalmente, en la muñeca o en otra zona corporal, inmediatamente en el momento de formalización del ingreso hospitalario, con la finalidad de identificar correctamente al paciente. La pulsera contiene los siguientes datos que se consideran imprescindibles: el nombre y apellidos, la fecha de nacimiento y el número único de historia de salud de Andalucía (Nuhsa).

Separata



Estado de las Pulseras Identificativas

Los brazaletes están hechos de un material antialérgico y son impermeables, flexibles y resistentes al alcohol, calor, humedad, disolventes y jabón neutro. Son de color blanco y verde y visiblemente reconocibles por su identidad corporativa. Este sistema de identificación permitirá la integración de nuevas tecnologías como el código de barras o identificación por radiofrecuencia (RFID).

Procedimiento

La identificación de los pacientes se lleva a cabo por los profesionales del Servicio de Admisión basándose en el protocolo diseñado para esta finalidad.

A continuación se le entrega el brazaletes al paciente a su llegada al centro y, desde ese mismo momento, la pulsera debe acompañar al ciudadano en todo momento, implicando el procedimiento de verificación tanto a los profesionales médicos y de enfermería como también al personal administrativo o los celadores, es decir, todos los profesionales que entran en contacto con el paciente verifican de manera sistemática la identificación del mismo antes de la realización de cualquier procedimiento diagnóstico, administración de medicamentos, extracción de sangre, intervención quirúrgica o cambio de habitación, entre otros aspectos.

El protocolo contempla, asimismo, otras situaciones como la de los pacientes encamados que se trasladan a otros centros o proceden de consultas externas, así como los recién nacidos en maternidad. También describe cómo se debe actuar cuando se encuentre deteriorada o cómo retirarla.

Si durante la estancia de ingreso del paciente se hubiera procedido al cambio de ubicación del mismo en un ala distinta de hospitalización, los profesionales deben comprobar nuevamente que los datos de la historia clínica coinciden con los de la pulsera identificativa, registrando igualmente dicha verificación. En el proceso de retirada de la misma, tras recibir el alta hospitalaria, se procede a la destrucción de la misma para proteger de forma fehaciente los datos e identidad del paciente.

Responsabilidades

- La Consejería de Salud será la responsable de dar a conocer el Procedimiento General a las Direcciones y velar por su cumplimiento, como medida Estratégica para la Seguridad del Paciente.
- El cumplimiento de este procedimiento será responsabilidad de la Dirección de cada centro.
- Serán responsables de la aplicación de este procedimiento

todos los profesionales sanitarios y no sanitarios que tenga contacto directo en algún momento con pacientes.

Responsabilidad de la identificación

- El profesional sanitario que tiene el primer contacto con el paciente será el responsable de identificarlo físicamente.
- Todos los demás son responsables de realizar las comprobaciones establecidas previas a la realización de los procedimientos de riesgo ya descritos.

Destrucción de las pulseras identificativas

El profesional sanitario, antes del alta, le solicitará o requerirá la pulsera para proceder a su destrucción, según procedimiento interno de destrucción o almacenamiento de la documentación.

Estudio, material y método

Para realizar este estudio descriptivo, se recogieron los datos en dos cortes temporales, siendo el primero de ellos realizado en noviembre de 2017, que sirvió para obtener información como partida inicial del estudio.

Posteriormente, se realizaron sesiones informativas y de concienciación al personal de enfermería sobre la importancia que tiene la correcta identificación del paciente.

Por último, se realizó una segunda toma de datos, en diciembre de 2017, como seguimiento de la evolución de la implantación de esta estrategia de seguridad del paciente.

La metodología de recogida de los datos ha sido la siguiente:

- Utilización de un listado de elaboración propia donde se han recogido los siguientes datos del paciente: la habitación, el número de historia clínica, nombre y apellidos, edad, género y procedencia (si su ingreso ha sido programado, de urgencias, traslados de otra planta u hospital).
- Entrevista personal con el paciente y observación directa, donde se ha recogido la siguiente información: pulsera (si dispone de ella), estado de la pulsera (si no está deteriorada y se lee perfectamente la información que hay en ella), quién colocó la pulsera (en qué unidad y qué personal), observaciones (si conocen la utilidad de la pulsera, si hay barreras con el idioma, si necesita de un cuidador, o si tiene alguna discapaci-

dad, etc.). En el segundo corte se añadió un apartado más en la entrevista personal: si el paciente conoce la existencia y la utilidad de la pulsera, que fue detectado y no contabilizado en la recogida de datos del corte de noviembre.

Una vez recabada la información, se creó una base de datos donde se realizó el procedimiento estadístico (porcentual y media) y el análisis de los mismos.

Análisis de los Datos – Corte noviembre 2017

- En la Unidad de Gestión Clínica (UGC) de Cardiología del Hospital Juan Ramón Jiménez, en noviembre de 2017, nos encontramos con un 100% de camas ocupadas (32), siendo el 62,5% de mujeres (20) y un 37,5% de hombres (12).
- La media de edad de los pacientes ingresados es de 69 años.
- El 71,88% son ingresos procedentes de urgencias, el 15,62% proceden de traslados de diferentes hospitales y unidades del Hospital Juan Ramón Jiménez. Solo el 12,50% de los pacientes son ingresos programados de las Consultas Externas de Cardiología.
- El 75% de los pacientes tienen colocadas las pulseras y el 25% de los pacientes no están correctamente identificados.

- Respecto al estado de las pulseras se observó que el 71,875% estaban en buen estado, y el 28,125% presentaban algún tipo de alteraciones (ilegibles, defectuosas, extraviadas y/o no colocadas), solicitándose todas ellas al Servicio de Admisión Central y colocándose a sus respectivos pacientes tras comprobación de las mismas.



Análisis de los Datos – Corte diciembre 2017

- En la UGC de Cardiología del Hospital Juan Ramón Jiménez, en diciembre de 2017, nos encontramos con un 78,12% de camas ocupadas, siendo el 48% de mujeres y un 52% de hombres. Hay un 21,88% de camas libres.

- La media de edad de los pacientes ingresados es de 67 años.

- El 88% son ingresos procedentes de urgencias, el 4% proceden de traslados de diferentes hospitales y unidades del Hospital Juan Ramón Jiménez. Solo el 8% son ingresos programados de las Consultas Externas de Cardiología.

- Del total de pacientes, el 84% tiene las pulseras colocadas y el 16% no dispone de las pulseras.

- Respecto al estado de las pulseras se observó que el 84% estaban en buen estado y el 16% presentaban algún tipo de alteraciones (ilegibles, defectuosas, extraviadas y/o no colocadas), solicitándose todas ellas al Servicio de Admisión Central y colocándose a sus respectivos pacientes tras comprobación de las mismas.

- El 52% de los pacientes conocían la utilidad de la pulsera, por haber tenido contacto anterior con el medio hospitalario, y el 48% no la conocían, explicándoles a todos ellos la utilidad y la importancia de tener colocada la pulsera identificativa.

Conclusiones

En primer lugar, indicar que en el primer corte nos encontramos con un 100% de camas ocupadas y en el segundo corte con un 78,12% a causa de la proximidad de las fechas navideñas.

Separata

**TABLA ANÁLISIS NOVIEMBRE - DICIEMBRE 2017
UGC DE CARDIOLOGIA HJRJ**

DISPONIBILIDAD DE LAS PULSERAS	nov-17	dic-17
TIENEN PULSERAS	75,00	84,00
NO TIENEN PULSERAS	25,00	16,00
TOTAL	100,00	100,00

**TABLA ANÁLISIS - DICIEMBRE 2017
UGC DE CARDIOLOGIA HJRJ**

CONOCE UTILIDAD DE LA PULSERA	%
SI	52,00
NO	48,00
TOTAL	100

Un 84% de los pacientes ingresados tienen las pulseras colocadas en el segundo corte, encontrándonos con un incremento de un 9% con respecto al corte anterior que fue de un 75%.

En cuanto al estado de las pulseras, un 84% estaban en buen estado en el corte de diciembre, en noviembre fue de 71,88%, con lo cual hay un incremento de 12,12%.

Referente a la media de edad, está cercana a los 70 años, 69 en primer corte y 67 en el segundo, rango en el que nos encontramos con personas cercanas a la vejez, y con pacientes que, generalmente, son pluripatológicos.

El 52% de los pacientes conocían la existencia de la pulsera identificativa, en los casos en que los pacientes no la conocían (48%), se les explicó la importancia y la utilidad que tienen, haciendo hincapié en que lo más importante es que servía para evitar errores a la hora de realizar intervenciones quirúrgicas, transfusiones, traslados etc.

Para terminar, se ha podido comprobar que en un solo mes ha habido un incremento cercano al

10% de pacientes con pulseras colocadas y en buen estado, dato que nos hace pensar que el personal de enfermería ha tomado conciencia, aunque se precisan estudios a más largo plazo para elaborar tal conclusión.

En la UGC de Cardiología se ha propuesto como objetivo anual la implantación de la pulsera identificativa, ya que con esta práctica se demuestra que se aumenta la seguridad del paciente, garantizando la prestación de unos cuidados sanitarios más eficaces, seguros y de calidad y reducen riesgos de errores en la asistencia, medida incluida dentro de la Estrategia de Seguridad del Paciente del SSPA.

Convendría incorporar como una rutina del trabajo diario del personal de enfermería la comprobación de que todos los pacientes lleven la pulsera identificativa, así como la comprobación de la identidad antes de la toma de muestras biológicas para analítica, administración de medicación, realización de procedimientos: invasivos, cirugía, radiológicos y traslado de un paciente.

Respecto al extravío o pérdida de las pulseras durante pruebas diagnósticas, tanto en la Unidad de Hemodinámica como en la de Arritmia, sería necesario mejorar la comunicación entre los distintos profesionales que llevan a cabo las mismas, al objeto de informar al personal de enfermería que trabaja en la planta si la pulsera ha sido retirada de la muñeca del paciente, para poder pedirla de nuevo en Admisión y colocarla a la mayor brevedad posible.

Por otra parte, señalar que el 48% de los pacientes no conocen la existencia de las pulseras ni la utilidad de las mismas, y que el 8% de los pacientes son ingresos programados, siendo a los únicos que se les entrega un folleto informativo en mano. Cabe destacar como dato relevante que siendo Urgencias el servicio de donde proceden el 88% de los pacientes ingresados en la UGC de Cardiología, no exista cartelera informativa ni se facilite información al paciente con respecto a la pulsera identificativa, por todo ello sería de gran utilidad disponer de los mismos y así conseguir una mayor difusión entre los usuarios.

Por último, no se ha podido constatar si la destrucción de las pulseras identificativas se lleva a cabo tal y como está recogido en el documento de Estrategia para la Seguridad del Paciente del SSPA, publicado por la Consejería de Salud en diciembre de 2009.

Recomendaciones de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

Nº 12.- Identificación Inequivoca de Pacientes

Para garantizar una correcta identificación del paciente y por tanto su seguridad, la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía establece, entre otras, las siguientes

recomendaciones para los profesionales del Sistema Sanitario Andaluz:

- Formación específica a los profesionales sanitarios sobre la importancia de verificar la identidad de los pacientes (verificación verbal), utilizando al menos dos identificadores ante cualquier intervención de riesgo.
- Elaboración de programas educativos específicos dirigidos a usuarios para hacerlos partícipes activos de su identificación durante todas las fases del proceso asistencial, indicándoles que digan su nombre y muestren la pulsera identificativa.
- Uso de, al menos, dos identificadores para verificar la identidad del paciente en los tratamientos prescritos, hojas de tratamiento, carros de unidades, bandejas de medicación, preparaciones de medicamentos (nutriciones parenterales, citostáticos, etc.). No son válidos aquellos identificadores que pueden ser variables (ej. número de cama y unidad de ingreso).
- Verificar a pie de cama que el tratamiento a administrar y la identidad del paciente son correctos.

Bibliografía

(1) Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Observatorio para la Seguridad del Paciente. Estrategia para la Seguridad del Paciente del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA). Procedimiento General de Identificación de Pacientes. Diciembre 2009. Disponible en <http://obssegpac.acsa.junta-andalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpa>

[ciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/practicas_seguras/procedimiento_identificacion_pacientes.pdf](http://obssegpac.acsa.junta-andalucia.es/galerias/descargas/practicas_seguras/procedimiento_identificacion_pacientes.pdf)

(2) Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Servicio Andaluz de Salud: Noticia de 20 de noviembre de 2009. "El Hospital Juan Ramón Jiménez identifica a los pacientes ingresados con pulseras como garantía de seguridad". Disponible en <http://www.sas.junta-andalucia.es/principal/noticia.asp?codcontenido=9386> y en <http://obssegpac.acsa.junta-andalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/opencms/es/noticias/El-Hospital-Juan-Ramón-Jiménez-identifica-a-los-pacientes-ingresados-con-pulseras-como-garanta-de-seguridad/>

(3) Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Observatorio para la Seguridad del Paciente: Noticia de 23 de enero de 2012. "El Infanta Elena extiende la pulsera de identificación a todos los pacientes ingresados para aumentar su seguridad". Disponible en <http://obssegpac.acsa.junta-andalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/opencms/es/noticias/El-hospital-Infanta-Elena-extiende-la-pulsera-de-identificacin-a-todos-los-pacientes-ingresados-para-aumentar-su-seguridad/>

(4) Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Observatorio para la Seguridad del Paciente. Recomendaciones de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Nº 12.- Identificación inequívoca de pacientes. Disponible en <http://www.acsa.junta-andalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/blog/recomendaciones/recomendacion-no-12-identificacion-inequivoca-de-pacientes/>

La relevancia del T.C.A.E. en la mejora de la eficiencia de un programa de cribado de la retinopatía diabética en Tarragona

M^a Dolores Navarrete Cobacho y M^a del Brezo Garcia Casares, TCEs. Tarragona.

Resumen del Primer Premio del XXI Certamen Nacional de Investigación FAE (trabajo completo en www.fundacionfae.org)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la Retinopatía Diabética (RD) cumple los criterios para establecer un programa de cribado, ya que constituye un problema serio para la salud, tiene una fase asintomática, el tratamiento es seguro, efectivo y aceptado universalmente y el coste de la intervención precoz es menor que el tratamiento de la patología.

La detección y el tratamiento precoz de la Retinopatía Diabética disminuyen en un 90% el riesgo de pérdida visual severa. Un 25% de diabéticos padecen algún grado de retinopatía. Con la duración de la enfermedad aumenta la incidencia y se calcula que tras 20 años de evolución más del 90% presentará algún grado de retinopatía.

La realización de retinografías en los centros de Atención Primaria y la interpretación de la misma por los médicos de medicina general constituyen un método para la detección precoz de la RD, ya que hasta un 70% de los diabéticos no presentan retinopatía y dicho cribado mejora la eficiencia de los servicios de oftalmología derivando a estos solo los casos que necesiten pruebas complementarias o tratamiento.

El objetivo de este trabajo es describir el papel que desempeña el Técnico en Cuidados de Enfermería (TCE) en la implementación de un cribado para la RD en la población de enfermos de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM) del campo de Tarragona, así como poner de manifiesto la mejora en la eficiencia del cri-

bado, a partir del incremento en participación y responsabilidades del TCE en los diferentes procesos y tareas que implican el cribado de la RD.

1.- INTRODUCCIÓN

1.1.- CRIBADO POBLACIONAL

El cribado poblacional es una actividad de práctica médica y la OMS la define como "identificación presuntiva, con la ayuda de pruebas, exámenes u otras técnicas susceptibles de aplicación rápida, de los sujetos afectados por una enfermedad o anomalía que hasta entonces había pasado desapercibida".

Es una medida de prevención secundaria cuya finalidad básica es disminuir la incidencia de complicaciones de una patología.

El objetivo es conseguir un diagnóstico precoz a través de la medida de la presión ocular, la agudeza visual y la toma de imágenes del fondo de ojo con la cámara no miátrica, para detectar prematuramente los síntomas que podrían desencadenar ceguera.

La población diana sobre la que se realizan las citadas pruebas son

pacientes diagnosticados de Diabetes Mellitus, población de riesgo que podría desarrollar dicha patología.

1.2.- RETINOPATÍA DIABÉTICA

Es la enfermedad ocular diabética más común. Tanto la diabetes tipo 1 como la tipo 2 pueden llegar a producir lesiones en los vasos sanguíneos que suministran sangre a la retina, provocando daño en la misma. Dicho desarrollo de alteraciones micro-vasculares va precedido después de entre 5 o 10 años de hiperglucemias crónicas, pudiendo derivar en ceguera si no se hace una detección precoz, de aquí la importancia de recibir un control de la visión con regularidad.

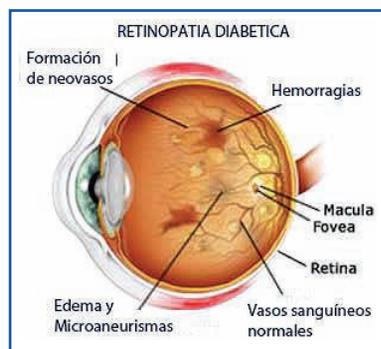


Fig. 1.- Ilustración de ojo con retinopatía diabética.

1.3.- CÁMARA NO MIDRIÁTICA

Es una cámara fotográfica que permite tomar imágenes de la retina y, de manera general, del fondo de ojo, sin necesidad de dilatar previamente la pupila, es decir, sin necesidad de inducir una midriasis, de aquí su nombre.

Es un instrumento de gran utilidad para el diagnóstico por imagen en aquellos pacientes susceptibles de ser causa de retinopatía por Diabetes Milletus.



Cada vez se utilizan más en el control periódico de las complicaciones oculares de esta enfermedad crónica.

La implantación de un programa de cribado de retinopatía diabética en Atención Primaria, mediante la retinografía no midriática, incrementa el número de pacientes estudiados.

La retinopatía diabética tiene una prevalencia del 21% en la po-

Certamen

blación diabética, y es la primera causa de ceguera en población menor de 65 años en los países desarrollados.

Aunque la mayoría de comunidades autónomas recomienda la revisión bianual del fondo de ojo a todos los diabéticos, y a pesar de la importancia de un cribado periódico de esa patología en los pacientes, una parte importante no sigue las recomendaciones de ese cribado.

1.4.- INSTITUTO CATALÁN DE LA SALUD

El Instituto Catalán de la Salud nace como entidad gestora de la Seguridad Social para desarrollar las competencias que la Constitución y el Estatuto de Autonomía atribúan a la Generalitat de Cataluña en materia sanitaria para ejecutar los servicios que se les habían traspasado con la Ley 12/1983, 14 de julio.

El Instituto Catalán de la Salud es la empresa pública de servicios más grande de Cataluña con casi 39.000 profesionales, que prestan servicio a casi 6 millones de personas. Con presencia en toda Cataluña a través de las gerencias territoriales, que constituyen los máximos órganos de dirección gestión del conjunto de centros, servicios e instituciones sanitarias en la delimitación territorial.

Las diferentes gerencias territoriales, su población de influencia y

los diferentes recursos asistenciales se muestran en tabla (Fig.2).

1.4.1- La Atención Primaria en el ICS

El equipo de Atención Primaria (EAP) está formado por un conjunto multidisciplinar de profesionales de medicina de familia, pediatría, enfermería, odontología, trabajo social y de atención al ciudadano, preparado para ofrecer una atención integral que incluye la atención y la promoción de la salud y la educación en los hábitos saludables, la prevención de enfermedades y la orientación en la asistencia social.

Cada equipo da servicio a una población de referencia. El Área Básica de Salud (ABS) es el ámbito territorial de referencia de un equipo de atención primaria. El equipo está ubicado en el CAP y se desplaza a los consultorios locales que forman parte del ABS.

1.4.2.- Centro de Atención Primaria Jaume I (Tarragona)

UBICACIÓN

El Área Básica Sanitaria de Tarragona 3 comprende el ámbito territorial del municipio de Tarragona por el río Francolí, Avda. de Roma, Plaza Imperial Tarraco, Rambla Nova, C/ de Cristóbal Colón, C/ de Reding, C/ de

DIVISIÓN DE GERENCIAS	CENTROS ATENCIÓN PRIMARIA	CONSULTORIOS LOCALES	HOSPITALES	PROFESIONALES	POBLACIÓN
ALTO PIRINEO Y ARAN	6	66	0	179	42.000
BARCELONA	54	0	3	11.200	1.200.000
CAMPO DE TARRAGONA	21	74	1	2.670	340.000
CATALUÑA CENTRAL	39	109	4	1.500	403.000
GERONA	34	109	1	3.300	80.000
LERIDA	23	163	1	3.000	400.000
METROPOLITANA NORTE	84	22	1	7.800	1.400.000
METROPOLITANA SUR	56	0	2	7.900	1.300.000
TIERRAS DEL EBRO	21	48	1	1.300	200.000
	338	591	14	38.849	5.365.000

Fig. 2.-Tabla de datos: Recursos y población de influencia ICS.

DIVISIÓN DE GERENCIAS	CENTROS ATENCIÓN PRIMARIA	CONSULTORIOS LOCALES
ALTO PIRINEO Y ARAN	6	66
BARCELONA	54	0
CAMPO DE TARRAGONA	21	74
CATALUÑA CENTRAL	39	109
GERONA	34	109
LERIDA	23	163
METROPOLITANA NORTE	84	22
METROPOLITANA SUR	56	0
TIERRAS DEL EBRO	21	48
	338	591

Fig. 3.-Tabla de datos: Recursos por gerencias en primaria del ICS.

Pons de Icart, la prolongación de la C/ de Pons de Icart hasta el mar Mediterráneo.

ORGANIZACIÓN

El equipo humano que presta sus servicios en el CAP Jaume I de Tarragona está formado por un total de 56 personas (1 Director EAP, 1 Adjunto de Enfermería, 1 Referente de Gestión, 19 Médicos de Medicina General, 2 Odontólogos, 19 Diplomados de Enfermería, 3 TCE, 1 Celador y 9 Técnicos Auxiliares Administrativos).

El horario durante el cual se prestan servicios en el CAP Jaume I es de lunes a viernes de 8:00 h a 21:00 h, y los sábados por la mañana únicamente de 8 a 15 horas para la atención de urgencias.

1.4.3- Alcance servicio CNM en el CAP Jaume I

El servicio de la cámara no midriática del EAP Jaume I, además de al propio centro, ofrece asistencia a 8 centros más de Tarragona-Valls:

- ABS Constantí
- ABS Morell
- ABS T1 (La Canonja/Bonanvista)
- ABS T2 (Torreforta- La Granja)

- ABS T5 (Sant Pere i Sant Pau)
- ABS T6 (Tarraco)
- ABS Salou
- ABS T7 (Sant Salvador)

2.- CRIBADO RD EN EL C.A.P. JAUME I

2.1 - ANTECEDENTES

El servicio de CNM del CAP Jaime I, se puso en funcionamiento en el año 2007, pero no es hasta 2015 cuando se establecen los protocolos para efectuar un cribado del RD en la población de influencia. Durante la primera mitad del 2015 se establecen los parámetros que regirán el cribado y se dotan los recursos técnicos y humanos, comenzando la realización del mismo en junio de 2015.

2.2 - OBJETIVOS DEL CRIBADO

Conseguir el cribado sistemático bianual de todos los pacientes en el área de influencia servicio CNM del ABS Jaume I, diagnosticados de Diabetes Mellitus tipo II, y aquellos que en anteriores controles fueron normales, para posibilitar una detección precoz de la patología ocular propia del paciente diabético y una rápida de-

rivación al servicio de oftalmología.

El objetivo es realizar las siguientes pruebas a cada uno de los pacientes:

- Medida de la tensión ocular.
- Agudeza visual.
- Test de la rejilla de Amsler.
- Toma de imágenes del fondo de ojo con CNM.

2.3- POBLACIÓN OBJETIVO

La población sobre la que se pretende establecer el cribado es la conformada por los pacientes diagnosticados con DM2, en cada uno de los centros de Atención Primaria, a los que el CAP Jaume I da cobertura con su servicio de CNM, siendo en este caso un total de 5.093 pacientes. En el siguiente gráfico se muestra la distribución de pacientes DM2 por centro, y el total de los mismos.

La prevalencia de la DM2 en la zona de estudio es de un 3,4% de la población total. La prevalencia por CAP, se muestra en la figura 5.

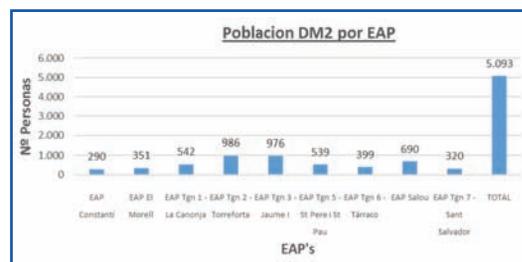


Fig. 4.-Población diagnosticada DM2 en 2016 por CAP en el área Tarragona- Valls.

EAP's	Poblacion Total	Poblacion DM2	% DM2
EAP Constantí	6.844	290	4,2%
EAP El Morell	10.924	351	3,2%
EAP Tgn 1 - La Canonja	14.328	542	3,8%
EAP Tgn 2 - Torreforta	27.043	986	3,6%
EAP Tgn 3 - Jaume I	26.454	976	3,7%
EAP Tgn 5 - St Pere i St Pau	16.578	539	3,3%
EAP Tgn 6 - Tarraco	13.382	399	3,0%
EAP Salou	25.260	690	2,7%
EAP Tgn 7 - Sant Salvador	9.542	320	3,4%
TOTAL	150.355	5.093	3,4%

Fig. 5.- Población diagnosticada DM2 en 2016 por CAP en el área Tarragona- Valls.

2.4 - CRITERIOS DE INCLUSIÓN / EXCLUSIÓN DEL ESTUDIO

Desde la puesta en marcha del cribado para la RD en el CAP Jaume I, se establecieron unos criterios en base a los cuales los pacientes se incluían o excluían del alcance del cribado. Estos criterios se detallan a continuación

2.4.1 Criterios de inclusión

- o Nuevos pacientes diagnosticados de Diabetes Mellitus Tipo II.
- o Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II, sin patologías oculares.
- o Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II, con exploración oftalmológica normal y más de un año desde la última visita en oftalmología.

2.4.2 Criterios de exclusión

- o Pacientes diabéticos tipo I.
- o Pacientes diabéticos que presenten retinopatía diabética leve, moderada, severa o proliferada.
- o Edema Macular.
- o Cataratas en estado avanzado que dificulten la visualización del fondo de ojo.
- o Presión intraocular alta o Glaucoma.
- o Pacientes que presentan procesos inflamatorios o infecciosos oculares.
- o Patología ocular en la que hagan seguimiento en el servicio de oftalmología.
- o Poca colaboración por parte del paciente por problemas o enfermedades de base que lo in-

habilitan para las pruebas (imposibilidad de desplazamiento pacientes adscritos en servicio Atención Domiciliaria, Parkinson, Demencia, etc).

- o Mayores de 80 años.

2.5 - RECURSOS HUMANOS

El equipo designado para la realización de las pruebas estaba formado por 3 personas:

- o 1 Facultativo Medicina General: Responsable de la interpretación de los resultados de las pruebas.
- o 1 Diplomado en Enfermería: Responsable de la realización de las pruebas.
- o 1 TCE: Soporte a la preparación de agendas y realización pruebas.

Además del personal indicado, también se cuenta con el apoyo de:

- o Personal administrativo del ABS.
- o Soporte informático del ICS.

2.6 - RECURSOS TÉCNICOS

Los recursos técnicos dotados para la realización de las pruebas son:

- o Tonómetro computarizado CT-80 TOPCOM.
- o Cámara retinal no mediática TRC-NW6S TOPCOM.
- o Optotipo retroiluminado.
- o Software de gestión de fotografías, datos clínicos.
- o Habitación adaptada.

2.7- PROCEDIMIENTOS REALIZACIÓN PRUEBAS

2.7.1 Procedimiento Toma Tensión Ocular con Tonómetro NW65 Topcom

El profesional visualiza y enfoca el ojo a través de un monitor incorporado al tonómetro automático Topcon CT 80; la medición de la presión intraocular se realizará de forma fácil y cómoda.

2.7.2 Procedimiento Prueba Agudeza Visual con Optotipo Retroiluminado

Instrucciones para la realización del test de agudeza visual:

1. Para comprobar la agudeza visual lejana, deberá situarse al paciente en la distancia señalizada de la pantalla.
2. La prueba se realizará monocularmente: primero la realizaremos en un ojo y después en el otro, tapando siempre el ojo no examinado.
3. Si el paciente dispone de compensación óptica (gafas o lentillas) para visión lejana, debe utilizarlas.
4. Se tomará una segunda medida con las gafas estenopeicas.

Resultados del test de agudeza visual:

1. Deberá distinguir correctamente cada letra.
2. La última línea será su valor referencial de agudeza visual en cada caso.

2.7.3 Procedimiento Test Rejilla de Amsler

El test de la rejilla de Amsler es una forma rápida y fácil de evaluar la visión central de la retina (visión

de la mácula). La mácula se caracteriza por tener la mayor concentración de conos de la retina. Estos foto-receptores son los responsables de la definición o resolución visual.

El comportamiento de la mácula es análogo al de una pantalla de proyección. En nuestro ojo, córnea y cristalino actuarían como un proyector y mácula como el lienzo sobre el cual se proyecta.

Así pues, cualquier tipo de alteración que diera lugar a una deformación, degeneración y/o atrofia de la mácula, dará como resultado una imagen alterada, distorsionada o deformada.

Instrucciones para realizar el Test de la Rejilla de Amsler

1. Se le da al paciente el cartón con la ilustración, le pedimos que extienda el brazo hasta dejar unos 35 cm de distancia de sus ojos.
2. Si utiliza corrección ocular, debe ponérsela.
3. La prueba debe realizarse de forma monocular (primero un ojo y después el otro).
4. Le pedimos que mire fijamente el punto central de la rejilla, sin dejar de ver el punto central.
5. Le pedimos que nos notifique si ve alguna alteración, distorsión o deformación en la cuadrícula.



Fig. 6. Rejilla de Amsler.

6. Si el paciente observa alguna anomalía se anotará como resultado de la prueba "POSITIVO", en caso contrario, el resultado de la prueba es "NEGATIVO".

2.7.4 Procedimiento Toma Imágenes Fondo Ojo con CNM NW6S Topcom

Para llevar a cabo la exploración, la cámara debe estar instalada en una habitación oscura con el propósito de conseguir la mejor midriasis fisiológica por la oscuridad.

El profesional visualiza y enfoca el fondo de ojo a través de un monitor incorporado al sistema de imagen de 45 grados de la retina, que incluye la pupila, la mácula y las arcadas vasculares temporales.

Las retinografías pueden ser repetidas las veces que sean necesarias para obtener una imagen nítida.

El análisis de la retinografía se realizará posteriormente, sin presencia física del paciente por su médico de medicina general, responsable de la petición.

2.8 - CIRCUITO ASISTENCIAL

- o Los pacientes con DM son derivados al servicio de la cámara no midriática por su equipo de atención primaria mediante petición ECAP (programa de historia clínica informatizada utilizado por todos los profesionales de la red de atención primaria del ICS).
- o La citación se realiza desde su ABS (área básica de salud).
- o La prueba es realizada por el equipo diseñado de Jaime I.
- o Una vez realizada las pruebas, son remitidos todos los datos e imágenes mediante el programa TOPCONIMAGEnet a la historia del paciente.

- o Se citan en las agendas de MG territorial para la valoración y seguimiento por parte del Oftalmólogo en caso de sospecha de patología.

3.- EVALUACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Una vez transcurrido un año desde la implantación del cribado (junio 2015) para la RD en el EAP Jaime I, en junio de 2016 se hace un análisis del rendimiento del mismo para evaluar la evolución y la situación con respecto al objetivo, de cara al planteamiento e implementación de mejoras que permitan cumplir el objetivo de completar las pruebas a los 5.093 pacientes de DM2 en junio de 2017.

El análisis se hace en base a los registros de citaciones y asistencia a las pruebas, que se cumplimentan por el personal que realiza las mismas. En los cuales se registran los siguientes datos:

FECHA	IDENTIFICACION PACIENTE	EDAD	SEXO	ABS PROCEDENCIA	PAATOLOGIA	FECHA ULTIMA RETINOGRAFIA	CONTROL OFTALMOLOGIA	MIDRIASIS FARMACOLOGICA	ASISTENCIA A LA PRUEBA
-------	-------------------------	------	------	-----------------	------------	---------------------------	----------------------	-------------------------	------------------------

Fig. 7- Datos registrados en estadillos seguimiento.

Los datos disponibles se compilan, procesan y analizan estadísticamente, desprendiéndose del análisis (ver fig. 8) las siguientes conclusiones:

- 1.- La **citación de pacientes** ha estado durante el periodo junio 2015 – mayo 2016 un **15% por debajo del objetivo**.
- 2.- La **realización de las pruebas** ha estado en este periodo un **41% por debajo del objetivo**.
- 3.- Hay un alto **absentismo de los pacientes (30%)** a los que se cita para la realización de las pruebas y no se presentan para la realización de las mismas.
- 4.- El análisis de los datos refleja que durante el primer año de ejecu-

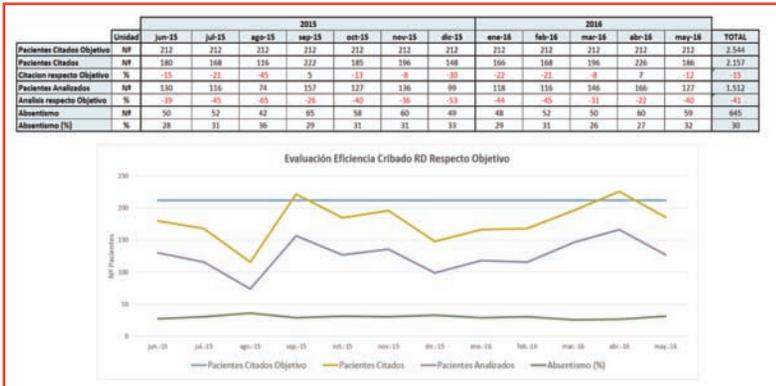


Fig. 8 - Evaluación Cribado RD Junio 2015 - Mayo 2016.

ción del cribado para la RD, se acumula un retraso de 4,3 meses (130 días).

4.- ACCIONES CORRECTIVAS IMPLEMENTADAS

A la vista de los resultados obtenidos durante el primer año de aplicación del cribado de la RD en el EAP Jaime I, se hace necesario un replanteamiento de la situación y recursos asignados a la realización del cribado, que permitan mejorar la eficiencia y el rendimiento, de forma que se pueda reconducir la situación, haciendo posible cumplir el objetivo de realizar las pruebas pertinentes a todos los pacientes DM2, en los dos años previstos (fecha límite: junio 2017).

Ante esta situación, la Dirección del EAP Jaime I decide potenciar los recursos dotados para la realización del cribado, utilizando los recursos internos disponibles y dando más protagonismo y responsabilidad a los TCAE en el proceso de cribado:

1.- Se aumenta el equipo humano encargado del cribado:

- Se pasa de 1 Diplomado en Enfermería a 2.

- Se pasa de 1 TCE a 2.

2.- Se forma a los 2 TCE en la realización de las diferentes pruebas

analíticas, siempre y cuando no sea necesaria la midriasis farmacológica (en caso de ser necesaria, se citará de nuevo al paciente en una de las franjas horarias en las que realizan las pruebas los Diplomados en Enfermería).

3.- Se encarga a los TCE el diseño de un estadillo que permita sistematizar el registro de los resultados de las pruebas.

4.- Se encarga a los TCE la realización de un Protocolo de Limpieza y Mantenimiento del Tonómetro CT-80 Topcom y de la Cámara No Miátrica TRC- NW65 Topcom, con el objetivo de maximizar la disponibilidad de los equipos para la realización de las pruebas.

5.- Se establece un sistema de llamadas "recordatorio" a los pacientes para intentar reducir el absentismo en las pruebas. Las llamadas las realizará el personal administrativo el día antes de la prueba.

4.1 - Formación TCE's

La formación de los TCE's involucrados en el cribado de la RD se establece en un período de 3 meses, y los aspectos que comprende esta formación son:

- o Programa informático de registro de historias clínicas (HCAP).

- o Optotipos.

- o Retinógrafo TOPCON TRC-NW65.

- o Tonómetro TOPCON CT-80.

- o Programa de registros de imágenes TOPCONIMAGEnet: almacena las imágenes en servidor. Se debe hacer el traspaso de forma manual de las mismas en la historia clínica.

- o Realización de pruebas: Presión intraocular, agudeza visual, rejilla de Amsler, fotografías de fondo de ojos.

- o Registro de los resultados de las pruebas en las historias de los pacientes.

- o Actuación frente a dudas y casos urgentes.

- o Programación de los pacientes.

- o Agendas de cribado ocular.

5.- EVALUACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS TRAS MEJORAS INTRODUCIDAS

Las mejoras introducidas en el procedimiento del cribado, se preparan durante el tercer trimestre de 2016, implementándose una vez completada la formación de los TCE, en octubre de 2016.

En enero de 2017 se vuelve a realizar un análisis de la situación para contrastar el resultado de las acciones correctoras implementadas. En este caso se analizan los resultados de las pruebas llevadas a cabo durante el último trimestre de 2016.

Del análisis de los datos registrados durante el cuarto trimestre de 2016, se desprende:

1.- La citación de pacientes ha estado durante el periodo octubre 2016 – diciembre 2016 un **89% por encima del objetivo**.

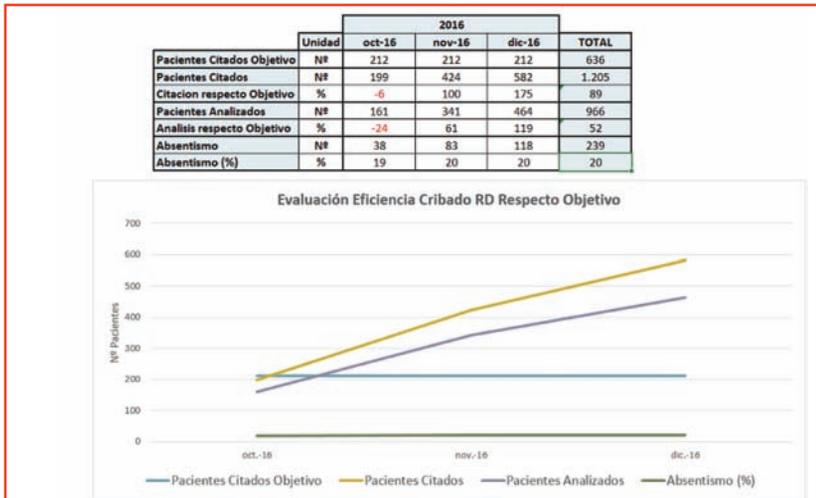


Fig. 9 - Evaluación Cribado RD 4º trimestre 2016.

2.- La realización de las pruebas ha estado en este periodo un **52% por encima del objetivo**.

3.- Persiste un **alto absentismo de los pacientes (20%)**, pero se mejoran 10 puntos con respecto a la situación previa, en el que el valor era del 30%

4.- El análisis de los datos refleja que durante el cuarto trimestre de 2016, el retraso acumulado se reduce desde los 4,3 meses (130 días) a ser de **3,1 meses (99 días)**. De esta forma, haciendo la extrapolación de los resultados del cuarto trimestre de 2016 a los dos primeros trimestres de 2017, se cumplirá el objetivo de completar las pruebas a la población DM2 en un periodo de 2 años.

En la Fig. 10 se muestra la evolución del Programa de Cribado, suponiendo que durante 2017 se trabaja con la media de los resultados obtenidos en noviembre y diciembre de 2016, una vez finalizada la implementación de las mejoras. Como se puede observar, esto permite que se cumplan los objetivos iniciales, fijados para el cribado de la RD.

6.- CONCLUSIONES

Una vez analizados y estudiados los datos expuestos en los puntos anteriores, las principales conclusiones que se pueden extraer son:

- Un TCE entrenado puede realizar la exploración oftalmológica básica del paciente (toma de presión intraocular, exploración de la agudeza visual y

toma de imágenes del fondo del ojo) ya que dichas técnicas son sencillas, lo que implica mejor gestión de las agendas y de los recursos humanos, observándose un aumento del rendimiento y eficiencia del Programa de Cribado, desde que se establece una mayor implicación y responsabilidad al TCE en los procesos.

- El absentismo por parte de los pacientes sigue siendo muy elevado aunque disminuyó al depositar la responsabilidad del control de citaciones sobre el TCE en un 10%, en los 2 primeros meses. Es razonable que siga disminuyendo de continuar la responsabilidad del control de citaciones en la figura del TCE, así como la organización de agendas, por la paulatina reducción de días transcurridos entre la citación y la fecha de realización de las pruebas.

- Gracias a los cambios introducidos, potenciando el papel del TCE, el servicio de Cribado Ocular ofrecerá cobertura bianual a todos los pacientes con DM2 II en los plazos establecidos (junio de 2017), corrigiéndose la desviación detectada durante el primer año del programa.

- El papel del TCE resulta clave para conseguir una mejora en la calidad asistencial, traducido en una optimización del coste para la sociedad, derivado de una optimización de los recursos materiales y humanos, puestos en juego.

En resumen, podemos concluir que la figura del TCE resulta clave para que se alcancen los objetivos establecidos en el cribado de la RD, desde que se le asigna un mayor protagonismo en la planificación, control y ejecución de las pruebas, poniéndose de manifiesto que, con la adecuada formación, los TCE pueden realizar con eficiencia tareas de mayor "valor añadido" a las realizadas tradicionalmente en el ámbito de la atención primaria.

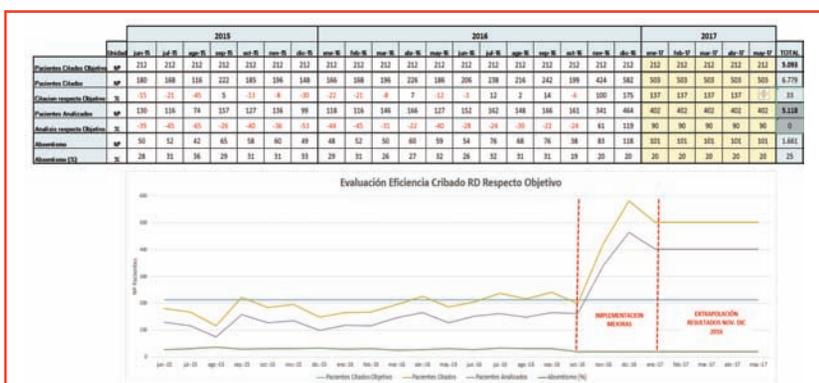


Fig. 10- Evolución rendimiento cribado. Impacto de las mejoras implementadas. Extrapolación de resultados.

Ver Bibliografía utilizada por el autor y anexos en www.fundacionfae.org.



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

Normas de publicación

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

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

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

Presentación de los trabajos

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

- ▶ Tipo de letra Times New Roman a tamaño de 12 puntos con un interlineado de 1,5.
- ▶ Evitar el uso de mayúsculas en el título y encabezados de párrafo, que serán destacados en negrita.
- ▶ Evitar la utilización de negritas, subrayados o mayúsculas para resaltar el texto. Utilice preferiblemente 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.

EXPOSICIÓN

¡Extraordinarias!
Colecciones de artes
decorativas y artes
de autor (siglos III-XX)

- **Lugar:** Museo del Disseny de Barcelona
- **Fecha:** Permanente
- **Horario:** Martes a domingo, de 10 a 20 horas
- **Entrada:** 6 €/ reducida 4 €/ gratuita: domingos por la tarde de 15 a 20 horas y cada primer domingo de mes
- **Más información:** <http://ajuntament.barcelona.cat/museudeldisseny/es>



Cerámica, tejido, mobiliario, vidrios, miniaturas, relojes y papeles pintados son algunas de las colecciones que componen esta exposición, que propone al visitante un recorrido cronológico del siglo III al XX, destacando el valor de los objetos a la vez que permite establecer distintas relaciones entre ellos.

Una treintena de piezas singulares por distintos motivos, así como otras expuestas, salen a la luz tras muchos años alejadas del público, que ahora puede disfrutar de este repaso que el Museu del Disseny realiza por la historia de las artes decorativas en Cataluña.

La muestra se divide en tres ámbitos: piezas singulares, que recoge objetos únicos, bien porque no quedan otros

equivalentes, porque el material o la técnica constructiva son excepcionales, por su procedencia o porque son exponentes notables de una cultura o una época; un segundo ámbito, colecciones, que reúne piezas notables por su volumen, singularidad y calidad, que han sido objetos de la vida cotidiana y, por lo tanto, nos evocan ciertas formas de vivir; y, finalmente, llegamos al primer tercio del siglo XX con las artes de autor, generalmente obras únicas o realizadas en pequeñas series. La cerámica, el vidrio, el esmalte, la joyería... son las expresiones artísticas de técnicas seculares que en el siglo XX dan paso a objetos de arte con personalidad propia.

Este recorrido por la historia del diseño catalán es el resultado de donaciones y adquisiciones a ciudadanos, coleccionistas y artistas, convirtiéndose así en un homenaje al coleccionismo que ha contribuido a configurar el gran patrimonio artístico.

PUBLICACIONES

Teoría de la
gravedad

- **Autor:** Leila Guerreiro
- **Editorial:** Libros del Asteroide
- **Páginas:** 200
- **Precio:** 17,95€

En *Teoría de la gravedad*, la periodista argentina Leila Guerreiro -autora de *Una historia sencilla* (2013) o *Opus Gelber* (2019)-, recoge una selección de las columnas que ha escrito a lo largo de más de cinco años, colocándose a sí

misma en su afiliado punto de mira para, desde lo sutil, comenzar a bucear en todo aquello que permanece oculto en cada uno de nosotros.

Con una prosa feroz y precisa, la autora ilumina la realidad cotidiana hablando



de repollos y reyes, cuestionándose por qué el mar hierve y si los cerdos tienen alas. Pero también narra el horror del amor cuando termina y plantea el no olvido de las cosas que estaban hechas para olvidar y, por supuesto, de las que estaban hechas para no olvidar jamás.

Con prólogo del escritor argentino Pedro Mairal (*La Uruguay*, 2016), esta recopilación de columnas pondrá a prueba "el tamaño de la aridez de nuestros corazones".

CINE

Knives Out

- **Director:** Rian Johnson
- **Guión:** Rian Johnson
- **Género:** Suspense, crimen
- **Nacionalidad:** Estados Unidos
- **Estreno:** 6 de diciembre de 2019
- **Reparto:** Daniel Craig, Chris Evans, Lakeith Stanfield,

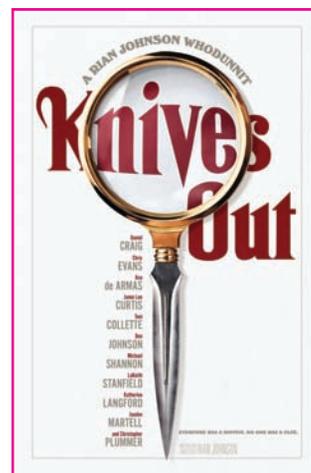
Michael Shannon, Ana de Armas, Don Johnson, Jamie Lee Curtis, Toni Collette, y Christopher Plummer.

Como un homenaje a Agatha Christie y a Alfred Hitchcock ha presentado Rian Johnson su nuevo trabajo, *Knives Out*, un thriller que lleva a la gran pantalla una partida de Cluedo.

Durante 130 minutos el espectador podrá acompañar a Daniel Craig, en el papel de detective, durante la investigación que debe llevar a cabo para descubrir al asesino de Harlan Thrombey, en cuya piel se mete Christopher Plummer, un conocido escritor de novelas policíacas que aparece muerto en su propia residencia el día de su 85 cumpleaños durante una celebración familiar.

Tras su aportación a la saga de *Star Wars* con el Episodio VIII, Rian Johnson vuelve a las pantallas con esta hilarante aventura llena de misterio y sorpresas, que no defraudará al espectador.

Presentada en el Festival Internacional de Cine de Toronto, *Knives Out* llegará a nuestras pantallas el próximo 29 de noviembre.



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

DONACIÓN.
VIDA DEL PACIENTE TRASPLANTADO.
SITUACIÓN DE EMERGENCIA PASO A PASO
EN EXPLANTE Y TRASPLANTE.



SEVILLA
PALACIO DE CONGRESOS FIBES
20, 21 Y 22 DE MAYO DE 2020