

TÚ CUIDAS

DOLOR EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO
ULCERAS POR PRESIÓN (II)
ASESORIA JURÍDICA
LA REFORMA LABORAL
CALENDARIO REFORMA
UNIVERSITARIA

Te afecta: La nueva Reforma Laboral

Normas de publicación

■ Los autores ceden los derechos de publicación a la revista científica de Enfermería TÚ CUIDAS desde el momento del envío voluntario de sus trabajos, a los cuales acompañará una fotocopia del DNI y una declaración expresa sobre la titularidad del texto e imágenes que acompañen al mismo. Sería deseable, aunque no imprescindible, disponer de una fotografía del autor o autora, para ilustrar el final del artículo.

■ Serán publicados aquellos trabajos enviados directamente a la dirección editorial de TÚ CUIDAS redaccion@laenfermeria.es y aceptados por el comité editorial.

■ Formato de envío de los artículos:

Formato Word, fuente Arial, tamaño 11, interlineado sencillo, máximo 5 páginas. Se pueden incluir imágenes / gráficos y/o tablas ilustrativas (referenciar el orden en el texto). Abstenerse de insertar notas a pie de páginas; la corrección alfabética y de estilo a cargo de los autores.

■ El envío de trabajos a TÚ CUIDAS implica la aceptación de las normas de presentación.

■ Estructura de presentación trabajo / artículo científico:

1. Título y autor o autores:

Título completo del trabajo escrito en forma clara y precisa, seguido de la lista de autores con sus nombres y apellidos completos en el orden en que deberán figurar en la publicación. A cada autor se le especificarán sus títulos académicos y el nombre completo del centro de trabajo si desean referenciarlo. E-mail de contacto autor principal para la publicación.

2. Resumen y palabras clave:

Se presentará un resumen con un máximo de 50 palabras. El resumen debe incluir el objetivo del trabajo, los materiales y métodos utilizados, los principales hallazgos / resultados y una aproximación a las conclusiones a las que se han llegado o plantear una discusión. Es necesario destacar de tres a seis palabras clave que permitan identificar el tema del artículo.

3. Metodología:

Se recomienda seguir la estructura de la escritura científica:

- **Introducción:** Debe incluir el propósito del trabajo y algunos antecedentes que fundamenten el trabajo presentado.

- **Material y métodos:** En esta sección se incluirán los procedimientos de selección de los recursos utilizados (R. Humanos y / o R. Materiales). Deben describirse los métodos, equipo y procedimientos con suficiente detalle. Los fármacos y productos químicos utilizados, deben ser referenciados incluyendo sus nombres genéricos, dosis y vías de administración.

- **Resultados:** Los resultados se presentarán siguiendo una secuencia lógica tanto en el texto como en los cuadros y figuras. Los datos consignados en los cuadros y figuras no deberán repetirse en el texto. En el texto sólo se comentarán o resumirán las observaciones más importantes. El número total de cuadros y figuras no deberá exceder del 50% del número de páginas del texto.

- **Discusión:** En esta sección se hace énfasis en los aspectos más novedosos e importantes del trabajo y se presentan las conclusiones. Los datos ya presentados en la sección de resultados deben comentarse aquí en forma resumida. Los resultados suelen compararse aquí con resultados de otros trabajos similares. Deben evitarse afirmaciones y conclusiones no fundamentadas.

- **Agradecimientos:** Los agradecimientos sólo deben aplicarse a aquellas personas que hayan hecho contribuciones sustanciales al trabajo presentado.

- **Referencias bibliográficas:** Se presentarán al final del trabajo y se ordenarán numéricamente de acuerdo con la secuencia de aparición en el texto. En éste sólo se incluirá el número arábigo de la referencia correspondiente impreso en forma de exponente. Las referencias deberán ajustarse a las normas adoptadas por la U.S. National Library y por el Index Medicus.(1, 5, 6). Los títulos de las revistas deberán abreviarse de acuerdo con el estilo utilizado por Index Medicus.

■ Se autoriza la libre distribución de la revista TÚ CUIDAS en formato digital, así como de su contenido, siempre y cuando se cite la fuente original del enlace permanente <http://www.laenfermeria.es/revista.html> y al autor o autores de los artículos citados; se puede contactar con el autor o autores de los artículos directamente, mediante correo electrónico.

Dirección:

Dina Inmaculada Peirona Henríquez
Julián Peyrolón Jiménez

Subdirección:

José M^a Garrido Miranda

Edita / Colabora

laenfermeria.es / Formación Continuada Logoss

Comité Asesor y Colaboradores:

Fernando Carrión Álvarez
Francisco José Celada Cajal
Francisco Cordón Llera
Francisco Rodríguez Castilla
Francisco José Serrano Martínez
José Alonso Rodríguez Tapia
José M^a Garrido Miranda
Magdalena Jordán Valenzuela
Manuel Gago Fornells
Marisa de la Rica Escuin

**Redacción, envío de artículos y contacto
para información:**

Profesor Peraza de Ayala nº3 5ºD
38001 S/C de Tenerife / +34 630754596
redaccion@laenfermeria.es

Depósito Legal:

J-219-2007

ISSN 1887-7222

TARIFAS DE SUSCRIPCIÓN:

Distribución gratuita

INFORMACIÓN PUBLICIDAD:

<http://www.laenfermeria.es>
E-mail: publicidad@laenfermeria.es

TÚ CUIDAS no se hace responsable de las opiniones vertidas por sus colaboradores, ni se identifica necesariamente con ellas; esto es extensible a los textos, ilustraciones e imágenes aportadas, de las que se declaran autores y libres de derecho a terceros.

Si desea distribuir **TÚ CUIDAS** a través de un sitio Web u otro medio, puede hacerlo con total libertad, siempre y cuando el lector reciba la publicación de forma gratuita y no modifique el formato.

“ La salud es un bien que consiste en proporción y armonía de cosas diferentes, y es como una música concertada que hacen entre sí los humores del cuerpo.”

Fray Luís de león

*Poeta español
(1527-1591)*

“ Por recuperar mi juventud sería capaz de casi cualquier cosa, excepto de hacer ejercicio, acostarme temprano o volverme respetable.”

Oscar Wilde

*Escritor irlandés
(1854-1900)*

“ El problema de la belleza es que es como nacer rica e ir empobreciendo.”

Joan Collins

*Actriz estadounidense
(n.1933)*

“ Te das cuenta de que te haces viejo cuando las velas cuestan más que la tarta.”

Bob Hope

*Actor estadounidense
(1903-2003)*

“ Come poco y cena menos, que la salud de todo el cuerpo se fragua en la cocina del estómago.”

Miguel de Cervantes

*Escritor español
(1547-1616)*

Casi sin tiempo para respirar.....

volvemos a la carga, al objeto de poner este número en vuestras manos a principios del mes de abril.

Nos ha sorprendido muy gratamente la acogida de la revista, en forma de múltiples descargas, y por la cascada de correos recibidos; ante la imposibilidad de contestarlos uno por uno, sirvan estas líneas para agradecer vuestras impresiones, críticas, sugerencias y parabienes; tomamos nota de todo y tened a buen seguro, que nada de lo nos comentáis, cae en saco roto.

Este número llega cargado de novedades; encontraréis la esperada segunda parte del artículo sobre las Úlceras Por Presión, un interesante estudio sobre el dolor oncológico; a petición de varios lectores, una referencia al calendario para la reforma universitaria que se avecina, así como un estudio sobre la nueva reforma laboral, y las habituales secciones de noticias de salud, pasatiempos y rincón para los peques.

Mientras van llegando vuestras sugerencias, vamos incorporando nuevas voces autorizadas a nuestro comité asesor; de este modo, en próximos números, esperamos incluir algunos casos prácticos a la Asesoría Jurídica, donde intentaremos dar respuesta a los problemas que nos vais planteando, y en la misma línea, dado el interés que despierta, una sección fija dedicada a los protocolos, y procedimientos propios de enfermería aplicados a casos reales.

Únicamente me resta agradecer a Formación Continuada Logoss su decidida apuesta por la publicación, gracias a la cual podéis disponer desde este número, de una edición gratuita en papel, a la que podéis acceder al solicitar alguno de sus cursos, o mediante suscripción gratuita.

Julián Peyrolón Jiménez

5 Servicio público

Llamamiento al personal sanitario en la localización de una persona desaparecida.

6 Reforma universitaria

Análisis y calendario para la reforma universitaria que se avecina.

7 El dolor oncológico

Un acercamiento al cuidado y necesidades específicas del paciente con dolor oncológico..

11 Rincón del ocio

Un pequeño rincón para el esparcimiento.

12 El rincón de los peques

Ellos también tienen su espacio en la revista.

13 Úlceras Por Presión

Segunda entrega de los cuatro artículos dedicados a las UPP, firmados por la GNEAUPP; en este número, "causas, factores predisponentes, clasificación y escalas de valoración de riesgos".

21 Asesoría jurídica

Consultorio legal para los lectores; en este número, "novedades de la reforma laboral".

27 Noticias de salud

Noticias relevantes del mundo sanitario.

Servicio público

Se hace un llamamiento al personal sanitario para la ayuda en la localización de Daniel Carrera López, desaparecido en Sevilla el 15 de marzo de 2007.

Salió de su casa indocumentado, sin móvil y con 60€ en el bolsillo y desde entonces ni su familia ni sus amigos han vuelto a tener noticias suyas.

Daniel Carrera López es, en opinión de su familia, un joven afable, cordial y nada conflictivo, aunque últi-

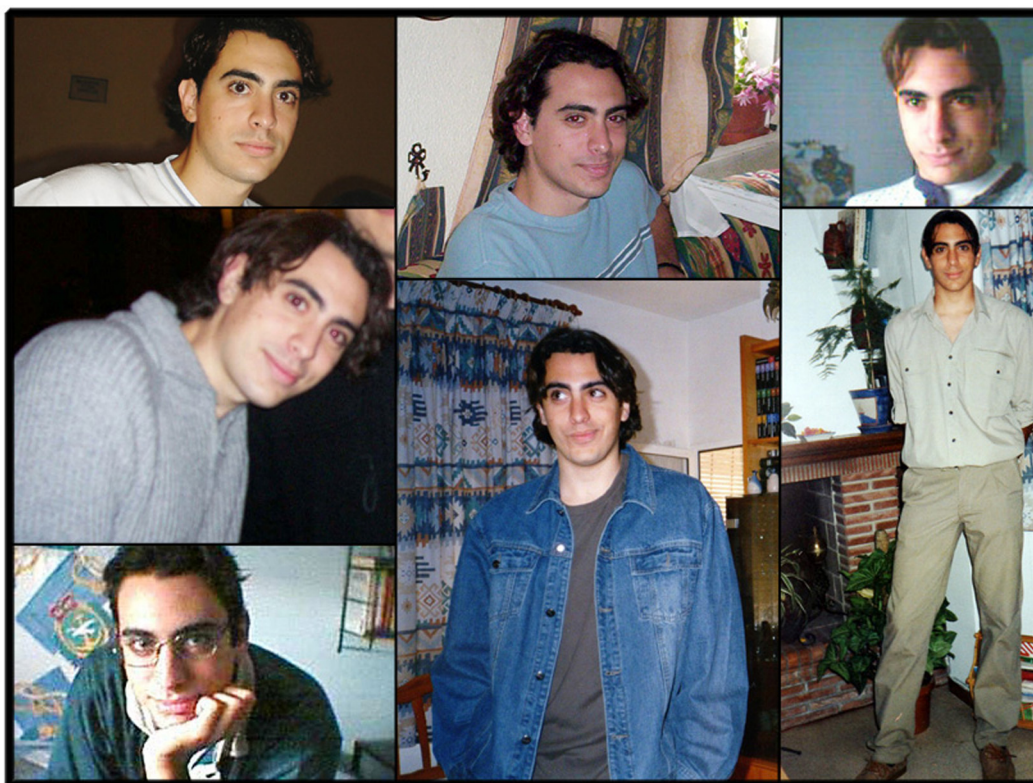
mamente estaba inmerso en un estado depresivo.

En el momento de su desaparición llevaba botines, vaqueros azules, camiseta manga larga oscura y encima camiseta manga corta verde/azulada, chaqueta imitación cuero.

Se ruega contactar con la familia en el teléfono que obra más abajo, o con la policía, donde se ha cursado la oportuna denuncia.

DESAPARECIDO

DESDE EL 15 MARZO DE 2007 en SEVILLA



Daniel Carrera López

22 AÑOS, 1,90m, PELO CORTO Y MORENO, OJOS OSCUROS, USA GAFAS

Si le has visto, avísanos, por favor.

email: peskaito@hotmail.com

675 05 15 26

Reforma Universitaria

Son muchas las consultas que están llegando a la redacción en relación a la inminente reforma Universitaria que dará como resultado la extinción de las actuales Diplomaturas y Licenciaturas.

Para arrojar un poco de luz, nos remitiremos a la propuesta del Ministerio de Educación y Ciencia, que pretende la ordenación y organización de las nuevas titulaciones, cuyo enlace puede consultarse en esta dirección: http://www.mec.es/mecd/gabipren/documentos/Propuesta_MEC_organizacion_titulaciones_Sep06.pdf

La nueva regulación pretende responder a la necesidad de homogeneizar el espacio europeo de educación superior, y pretende ser puesto en marcha en el curso 2008/2009 (dos años antes de la fecha prevista por la declaración de Bolonia); sea como fuere, quien en ese momento se encuentre cursando la Diplomatura, terminará la misma sin que en ningún momento se produzca una mezcla de estudios.

Las enseñanzas universitarias se organizarán en tres ciclos, correspondientes a los niveles de Grado, Máster y Doctor.

El título de grado se obtendrá tras cursar 240 créditos, aunque la superación de 120 créditos dará lugar al Certificado de Estudios Universitarios Iniciales (CEUI); el grado terminará con la elaboración y defensa de un trabajo de fin de grado por parte del estudiante; por lo que respecta a la Diplomatura en Enfermería, y a tenor de lo comentado antes, se conformará como un primer ciclo de la titulación universitaria (Grado), que será de cuatro años o 240 créditos.

A la titulación de Máster, se accederá tras cursar el Grado, y excepcionalmente, se podrán considerar equivalentes otros títulos cuya duración, estructura, contenidos y requisitos de accesos similares a los de un título de Grado; dicha titulación supondrá entre 60 y 120 créditos.

Por último, el título de Doctor se otorgará a los estudiantes que hayan cursado un Programa de Doctorado, y cuya tesis doctoral haya sido aprobada; dicho programa constará de un período formativo y uno de investigación, que constará de 60 créditos y se prolongará por un espacio de 3 a 4 años. El calendario previsto es el que sigue:

Calendario previsto de aplicación	
Septiembre 2006	Presentación de la propuesta del Ministerio
Octubre 2006	Debate e informe Consejo de Coordinación Universitaria sobre el presente documento
Noviembre 2006	Borrador de directrices de ramas de conocimiento
Diciembre 2006	Borrador de títulos con directrices propias
Diciembre 2006 / marzo 2007	Debate sobre borradores anteriores
Abril 2007	Aprobación LOU
Mayo 2007	Propuesta y debate de Decretos: Enseñanzas de Grado y Postgrado / Directrices para la elaboración de títulos / Directrices propias de títulos de profesiones reguladas / Registro de Universidades, Centros y Titulaciones / Homologación de títulos / Estatuto del PDI / Conferencia General de Política Universitaria / Consejo de Universidades / Creación de Centros y Universidades
Septiembre 2007	Aprobación Decretos
Octubre 2007	Inicio elaboración de los planes de estudio por las Universidades
Hasta abril 2008 - para Curso 08/09-	Aprobación de las CCAA, informe CU, aprobación por Consejo de Ministros e inscripción en el Registro
Mayo 2008	Oferta de plazas nuevos títulos
Curso 2008/2009	Comienzo de los nuevos grados
Julio 2012	Primeros graduados nuevos títulos
Fuente: Ministerio de Educación y Ciencia.	

El dolor oncológico

La IASP (International Association for the Study of Pain) define el dolor como una “experiencia emocional y sensorial desagradable asociada o no con lesión hística presente o potencial o descrita con las manifestaciones propias de tal agresión”

Ciñéndonos a esta definición, tenemos que la misma:

- Acepta un componente emocional y subjetivo del síntoma.
- El dolor no es sólo un acontecimiento FISIOLÓGICO, es:
 - EMOCIONAL
 - COGNITIVO
 - SOCIAL

CLASIFICACIONES DEL DOLOR

Clasificación TRADICIONAL.

☐ Agudo

☐ Crónico:

- Benigno
- Maligno

Clasificación según DURACIÓN y ETIOLOGIA (propuesta de Gómez Sancho):

☐ Benigno: Siempre agudo

☐ Maligno:

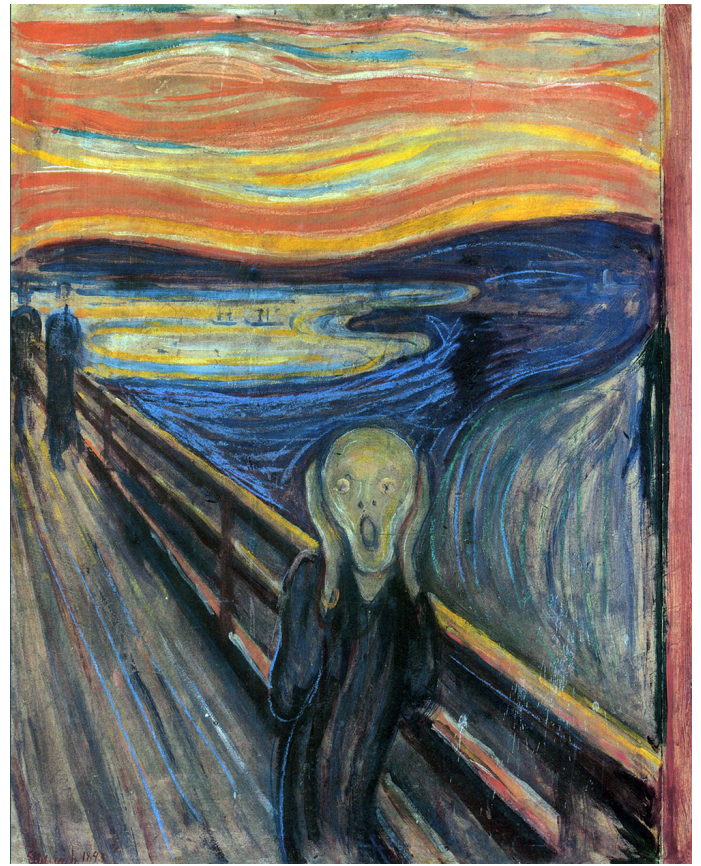
- Agudo: provocado por enfermedades de buen pronóstico (lumbalgia...)
- Crónico: provocado por enfermedades de mal pronóstico (cáncer)

el paciente cree que el dolor del cáncer es inevitable e intratable

VALORACIÓN DEL DOLOR

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CUANTIFICACIÓN DEL DOLOR:

- Subjetividad
- Signos externos, no siempre proporcionales a la magnitud del dolor



- No siempre relacionado con la alteración o grado de lesión

FACTORES QUE MODIFICAN EL DOLOR:

- Aumentan el dolor-disminuyen el umbral doloroso: insomnio, miedo, depresión...
- Disminuyen el dolor y aumentan el umbral doloroso: descanso, empatía, comprensión...

MÉTODOS SUBJETIVOS

☐ ESCALAS: Miden intensidad.

- EDS: Escala descriptiva simple
- EVV: Escala de valoración verbal
- EVN: Escala de valoración numérica
- EVA: Escala Visual Analgésica (la más utilizada)
- Escala visual analógica: E.V.A (para pacientes pediátricos)

☐ CUESTIONARIOS: Miden intensidad, incapacidad, alteraciones de la afectividad.

- McGill: para dolor crónico
- Lattiner: mide intensidad, incapacidad, frecuencia, etc; es fácil y rápido.

MÉTODOS OBJETIVOS

- VALORAN POR PARTE DE UN OBSERVADOR EL COMPORTAMIENTOS DEL PACIENTE
- DETERMINACION DE CAMBIOS FISIOLÓGICOS
- DETERMINACIONES BIOQUÍMICAS

FACTORES DE LOS QUE DEPENDE EL DOLOR ONCOLÓGICO

□ De la localización del tumor.

- HUESOS (+)
- PULMON
- BOCA
- GASTROINTESINAL
- ORG. GEN. FEM
- LINFOMAS
- ORG. GEN. MASC
- LEUCEMIAS (-)
- MAMA

• Estado evolutivo de la enfermedad cancerosa; el dolor igual que el resto de los síntomas de estos enfermos, tiende a ir aumentando, en intensidad y frecuencia, a medida que la enfermedad progresa.

• FACTORES QUE AUMENTAN EL UMBRAL DEL DOLOR:

- Sueño
- Reposo
- Simpatía
- Comprensión
- Reducción de la ansiedad
- Elevación del estado de ánimo

• FACTORES QUE DISMINUYEN EL UMBRAL DEL DOLOR:

- Incomodidad
- Insomnio
- Cansancio
- Ansiedad
- Miedo
- Tristeza
- Depresión
- Aislamiento

PRINCIPIOS BÁSICOS EN LA ESTRATEGIA ANALGÉSICA GLOBAL: Sintomático y Soporte.

□ Objetivos concretos del PLAN ANTIALGICO

- Alivio del dolor en reposo.
- Aumentar las horas de sueño, logrando un descanso reparador.
- Mejora del dolor ante la movilización.

cada persona es un mundo distinto y requiere un tratamiento distinto

CONCLUSIONES DE LA ESTRATEGIA ANALGÉSICA GLOBAL:

- Evaluar antes de tratar los síntomas.
- Explicar la etiología de los síntomas y la estrategia a tomar
- Estrategia MIXTA.
- INDIVIDUALIZADO.
- Monitorizar los síntomas
- Atender a los detalles y minimizar los efectos secundarios.
- Instrucciones CORRECTAS y COMPLETAS
- Ante síntomas constantes, tratamiento preventivo.
- Revisar los tratamientos de forma continua.

CRITERIOS PARA EL USO DE FÁRMACOS EN PACIENTES TERMINALES:

- Objetivo: CONFORT.
- Eficacia probada
- Pocos efectos subjetivos indeseables
- De fácil y cómoda administración
- Disminuir, en lo posible, el número de fármacos utilizados
- Tener en cuenta las medidas NO farmacológicas.

PRINCIPIOS GENERALES DEL USO DE ANALGÉSICOS

• Cuando el enfermo dice que le duele, es que le duele.

- “El dolor propio siempre es insufrible, el ajeno siempre exagerado”.

• La potencia de un analgésico viene determinada por la intensidad del dolor; nunca por la supervivencia prevista. Los tratamientos son individuales.

- “¿Cómo le vamos a dar morfina si todavía le queda un año de vida?”

- “Cada persona es un mundo distinto y requiere un tratamiento distinto”

• Mejor usar la vía oral y el medicamento más sencillo.

- “Tomarse una pastilla duele menos que recibir una inyección”

• El tratamiento sintomatológico (fármacos) debe acompañarse de medidas de soporte.

- Es importante atender a momentos emocionalmente especiales: la noche, el alta, el ingreso, la soledad, los fines de semana...

- Valorar alivio obtenido y efectos colaterales.

- “El dolor del cáncer no se rige por la ley del todo o nada”

- Se necesitan fármacos adyuvantes
- Los psicotrópicos NUNCA por rutina

- No se trata de “psiquiatrizar” al paciente.

- No todos los dolores se alivian con analgésicos
- Analgésicos siempre a horas fijas:

- “El dolor crónico necesita terapia preventiva, así se evita la aparición del dolor, se evita que el paciente lo pida, aumentando así la confianza en el equipo y en el tratamiento”

- NUNCA USAR PLACEBOS y evitar fármacos compuestos

MODALIDAD ANTIÁLGICA

NO FARMACOLOGICA:

☐ Técnicas NO invasivas: fisioterapia, termoterapia...

☐ Técnicas invasivas:

- Bloqueos nerviosos: analgésicos, anestésicos.
- Catéteres espinales: Epidural, intratecal, PCA.

FARMACOLOGICA:

☐ Escalera Analgésica de la OMS. (1987).

La OMS en 1987, diseñó una “escalera analgésica” que consta de tres peldaños que se corresponden a tres categorías de analgésicos

ESCALERA ANALGÉSICA:

Características

- En todos los “peldaños”, además del analgésico correspondiente siempre se pueden añadir medicamentos adyuvantes o co-analgésicos cuando sean necesarios.
- En los dos últimos escalones, se pueden añadir los analgésicos del primer escalón; actúan por mecanismos distintos y tienen efecto aditivo.
- No se pueden mezclar dos opioides juntos, de los dos últimos escalones.

La Escalera analgésica modificada (propuesta de Gómez Sancho):

La escalera original hace referencia exclusiva a los fármacos, sin embargo es muy importante otros aspectos al margen de los farmacológicos en el control

del dolor.

Gómez Sancho y otros autores, en 1995 propusieron añadir una barandilla para que de forma gráfica se viera la importancia de factores como:

- ATENCIÓN A LA FAMILIA
- SOPORTE EMOCIONAL
- COMUNICACIÓN.

CAUSAS DEL FRACASO EN EL CONTROL DEL DOLOR

☐ POR PARTE DEL PACIENTE Y FAMILIARES:

- El enfermo a veces cree que el dolor es bueno
- El paciente cree que el dolor del cáncer es inevitable e intratable
- El paciente cree que sólo debe tomar analgésicos si es “absolutamente necesario”
- No suministrar apoyo emocional a pacientes y familiares.
- El paciente cree que no harán efecto cuando se encuentre realmente mal....

☐ POR PARTE DE MÉDICOS Y ENFERMERAS:

- El médico subestima el dolor del enfermo
- El médico no descubre la intensidad del dolor porque el paciente se hace el valiente
- El médico prescribe un analgésico suave
- Prescripción: SI PRECISA
- El médico cree que la morfina sólo hay que utilizarla cuando el enfermo es “realmente terminal”.
- NO usar coanalgésicos
- NO utilizar medidas NO farmacológicas....

Marisa de la Rica Escuín

DUE Unidad Cuidados Paliativos

Complejo Hospitalario de Toledo

marisadlrscn@hotmail.com

BIBLIOGRAFÍA Y WEBS DE INTERÉS

- López Imedio, E. ENFERMERIA EN CUIDADOS PALIATIVOS. Ed. Médica Panamericana. 1ª Edición. Madrid. 1998.
- Flórez, J. Armijo, J.A. Mediavilla, A: FARMACOLOGÍA HUMANA. Ed. Masson-Salvat. 2ª Edición. Barcelona. 1992
- Gómez Sancho, M. Reig, E. USO DE LA MORFINA. Lab. UPSA. Médica. Madrid. 1998.

- <http://www.secpal.com>
- <http://www.pain.com>
- <http://www.rol.readysoft.com>
- <http://www.seeo.org>

Cursos a Distancia

Bloque Neonatología

DIAGNÓSTICO PRENATAL E INFECCIONES NEONATALES PARA ENFERMERÍA

2,7 créditos - Duración 100 horas

PATOLOGÍA GESTACIONAL Y RECIÉN NACIDO PARA ENFERMERÍA

2,5 créditos - Duración 100 horas

ASISTENCIA Y VALORACIÓN DEL RECIÉN NACIDO PARA ENFERMERÍA

2,6 créditos - Duración 100 horas

COMPLICACIONES EN EL PARTO Y TRANSPORTE DEL PACIENTE NEONATAL PARA ENFERMERÍA

2,5 créditos - Duración 100 horas

Precio conjunto de estas 4 actividades: 100 euros incluye envío urgente del material

ESTOS 4 CURSOS ESTÁN ACREDITADOS POR LA COMISIÓN DE FORMACIÓN CONTINUADA (MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO) PARA DIVERSOS FORMULARIOS CEBRONES y cuentan con la colaboración y patrocinio de F.C. LOGESS

Bloque UCI

GENERALIDADES DE LA ENFERMERÍA EN UCI

3,2 créditos - Duración 100 horas

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN UCI EN PACIENTES CON PATOLOGÍA CARDIOVASCULAR

2,9 créditos - Duración 100 horas

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN UCI EN PACIENTES CON PATOLOGÍA RESPIRATORIA

2,9 créditos - Duración 100 horas

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN UCI EN PACIENTES CON PATOLOGÍA DIGESTIVA

2,2 créditos - Duración 100 horas

Precio conjunto de estas 4 actividades: 120 euros incluye envío urgente del material

ESTOS 4 CURSOS ESTÁN ACREDITADOS POR LA COMISIÓN DE FORMACIÓN CONTINUADA (MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO) PARA DIVERSOS FORMULARIOS CEBRONES y cuentan con la colaboración y patrocinio de F.C. LOGESS

Bloque Urgencias

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS I

4,3 créditos - Duración 100 horas

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS II

4,2 créditos - Duración 100 horas

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS III

4,2 créditos - Duración 100 horas

Precio conjunto de estas 3 actividades: 130 euros incluye envío urgente del material

ESTOS 3 CURSOS ESTÁN ACREDITADOS POR LA COMISIÓN DE FORMACIÓN CONTINUADA (MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO) PARA DIVERSOS FORMULARIOS CEBRONES y cuentan con la colaboración y patrocinio de F.C. LOGESS

Bloque Cirugía menor

PRINCIPIOS DE CIRUGÍA MENOR PARA ENFERMERÍA

5,3 créditos - Duración 100 horas

TÉCNICAS DE SUTURA Y CIRUGÍA MENOR ESPECÍFICA

5,6 créditos - Duración 100 horas

CIRUGÍA MENOR DE TUMORACIONES, QUEMADURAS Y TRAUMATISMOS PARA ENFERMERÍA

5,2 créditos - Duración 100 horas

Precio conjunto de estas 3 actividades: 90 euros incluye envío urgente del material

ESTOS 3 CURSOS ESTÁN ACREDITADOS POR LA COMISIÓN DE FORMACIÓN CONTINUADA (MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO) PARA DIVERSOS FORMULARIOS CEBRONES y cuentan con la colaboración y patrocinio de F.C. LOGESS



Rincón del ocio

E	F	O	N	E	N	A	L	U	C	I	V	A	L	C	I	R
S	P	I	S	X	R	E	Z	O	R	M	A	N	G	Y	L	P
C	M	A	E	T	C	S	L	A	R	O	P	M	E	T	O	V
A	O	N	T	R	U	B	S	E	L	Ñ	X	U	R	E	L	O
P	N	U	L	A	D	R	L	A	N	C	H	L	N	N	M	U
U	A	N	O	C	G	I	P	Y	U	O	X	I	H	S	L	H
L	N	Ñ	A	C	G	U	D	A	V	A	F	N	A	I	O	S
A	P	E	N	I	D	A	J	T	L	L	M	A	R	O	S	L
Ñ	O	L	U	O	X	R	G	U	E	I	R	T	J	N	E	N
M	I	T	P	N	R	L	B	V	D	S	O	N	D	A	D	E
Y	M	P	R	E	G	I	Q	N	I	C	A	M	I	P	I	T
S	A	R	I	N	D	S	U	T	O	R	A	E	A	S	O	A
L	U	C	A	N	W	Ñ	L	M	H	U	S	X	B	C	N	N
C	E	Q	A	I	R	O	F	A	E	O	S	U	E	R	E	E
S	I	M	Ñ	C	H	O	E	W	F	T	A	X	T	A	F	F
T	J	R	O	Q	M	E	R	L	S	A	S	A	E	P	S	A
L	B	M	I	O	O	R	E	M	U	H	O	T	S	A	E	S

Localiza seis nombres de huesos (todas direcciones):

alucívalc, alubídnam, sedionefse, laropmet, alupácse, oremúh



Nueve de cada diez dentistas recomiendan lavarse los dientes.

Un amigo se encuentra con otro en plena calle...

-¡hombre Pepe! ¿qué tal va todo?.

- Pues últimamente mal, no se como decirlo, pero hace unas semanas que cada noche me orino en la cama y ya no se que hacer.

-Pues sí que es raro sí, ¿y dices que has ido al médico y no te encuentran nada?, pues no te preocupes, te voy a dar el teléfono de un amigo psicólogo, que seguro que te podrá ayudar....

Al cabo del tiempo los dos amigos se vuelven a encontrar...

- Oye Pepe, ¿se solucionó tu problema?

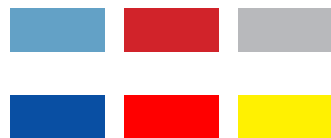
-Si, gracias a tu amigo, ahora soy un hombre nuevo.

- ¿Ya no te orinas en la cama?

- No, lo cierto es que me sigo orinando, ¡pero ya no me importa!.

El rincón de los peques

Dale color a tu coche



Adivinanzas y trabalenguas

En el mar y no me mojo,
en brasas y no me abraso,
en el aire y no me caigo,
y me tienes en tus brazos.

("A" artel al)

Soy un palito
muy derecho
y encima de la frente
tengo un puntito.

("I" artel al)

La última soy del cielo
y en Dios en tercer lugar,
siempre me ves navegando
y nunca estoy en el mar.

("O" artel al)

El burro me lleva a cuestras,
metida en un baúl,
yo no la tuve jamás,
y siempre la tienes tú.

("U" artel al)

Treinta caballitos blancos
en una colina roja,
corren, muerden, están quietos,
y se meten en tu boca.

(setneid sol)

¿Qué cosa es cosa
que entra en el río y no se moja?;
no es sol ni luna,
ni cosa alguna.

(arbmos al)

Llevo mi casa al hombro,
camino sin una pata,
y voy marcando mi huella
con un hilito de plata

(locarac le)

¿Qué bicho dirás que es,
que es algo y nada a la vez?.

(zep le)

Tengo cabeza redonda,
sin nariz, ojos ni frente,
y mi cuerpo se compone,
tan sólo de blancos dientes.

(oja le)

Un podador podaba la parra
y otro podador que por allí pasaba le dijo:

- podador que podas la parra,
¿qué parra podas?
¿podas mi parra o tu parra podas?.

-Ni podo tu parra, ni mi parra podo,
que podo la parra de mi tío Bartolo.

Quiero y no quiero querer
a quien no queriendo quiero.
He querido sin querer
y estoy sin querer queriendo.
Si por mucho que te quiero,
quieres que te quiera más,
te quiero más que me quieres,
¿qué más quieres?, ¿quieres más?.

Úlceras por presión (2/4)

“Desgraciados los hombres que tienen todas las ideas claras”. (Pasteur L, 76:2002).

CAUSAS, FACTORES PREDISPONENTES, CLASIFICACIÓN Y ESCALAS DE VALORACIÓN DE RIESGOS.

En el artículo del número anterior, abordamos las dimensiones reales del problema de las UPP en nuestro ámbito clínico, desde la atención primaria y hospitalaria hasta el nivel sociosanitario. De la misma forma, observamos tanto sus movimientos epidemiológicos como el alcance económico que representan para nuestra sociedad del bienestar.

Como continuación, en esta segunda parte estudiaremos su etiología, los factores desencadenantes que contribuyen a su aparición, así como la clasificación más estándar de uso en la práctica clínica a nivel nacional y europeo.

Igualmente, intentaremos adentrarnos del modo más efectivo y simple en la monitorización del riesgo de su aparición, mediante la aplicación y sistematización de las escalas para la valoración de riesgos de presentar UPP (EVRUPP); optando por la más idónea -a nuestro entender- al menos como un compromiso de respuesta, lo más cercano posible a la ideal, dentro de la torre de Babel de EVRUPP (2) que podemos encontrar en la literatura al efecto.

ETIOPATOGENIA DE LAS UPP.

Los pacientes que sufren «en sus carnes» este serio problema de salud, presentan estas lesiones por la acción conjunta de factores extrínsecos, entre los que destacan las fuerzas de presión, cizalla y fricción. La acción conjunta o por separado de estas fuerzas parecen ser muy importantes dependiente e independientemente, lo que podemos comprobar desde los estudios más antiguos de Hidamus en 1593 (3) y Motte en 1722 (3), hasta los que actualmente han sido reportados por Kosiak (4), Landis (5) y Ek et al (6), considerados ya como clásicos de la materia.

De estos últimos (4-7), se evidencia que la presión ejercida sobre una zona de la piel es el determinante o génesis primaria de la formación y más adelante cronificación de una UPP.

Sólo basta recordar nociones básicas de física dinámica (8), para saber que la presión no es más que la proporción diferencial entre fuerza -en nuestro caso peso- y superficie (Fig.:1), lo que se agrava con el paso del tiempo, en nuestro caso, cuando lo aplicamos al desencadenante de una UPP.

Los efectos que la presión puede provocar sobre la piel y los tejidos tanto adyacentes como subyacentes, dependen de la cantidad de fuerza a la que es sometida -en este caso peso de la persona- y duración de la misma, lo que se ha venido a denominar relación presión-tiempo, demostrada en modelos experimentales animales y en humanos por Kosiak (4,9) así como la tolerancia de los tejidos expuestos -grosor, elasticidad, turgencia de la piel etc.- (10).

Las UPP se generan primordialmente sobre las prominencias óseas, ya que entre el hueso y la superficie externa se crea una gran fuerza que comprime los tejidos comprometiéndolos. El mero hecho de estar acostado en una cama estándar de un hospital o en nuestro domicilio concibe unas presiones talón-cama de 50 a 94 mmHg cuando estamos en posición supina, y entre el trocánter-cama de 55 a 95 mmHg cuando nos encontramos en una postura lateralizada (11).

Este enfrentamiento continuado de fuerzas contra superficies exceden las presiones intracapilares tomadas como normales o fisiológicas -12-32 mmHg- y, por tanto bastan por si solas para originar oclusión vascular local, con su hipoxia subsiguiente, que si se mantiene en el tiempo, abocarán directamente a la muerte celular y necrosis tisular resultante.

Otros factores propuestos y analizados como agentes etiológicos conocidos, muchas veces actuando como coadyuvantes y otros como determinantes

Figura 1: Relaciones entre peso y superficie como causa mecánica de UPP

$\text{Presión} = \text{fuerza} / \text{superficie}$

$\text{Presión} = \text{peso} / \text{superficie}$

$\text{Presión} = (\text{masa} * \text{gravedad}) / \text{superficie}$

$\text{Úlcera por Presión} = (\text{peso} / \text{superficie}) + \text{tiempo}$

PRESIÓN + TIEMPO = ÚLCERA

primarios, son las fuerzas de cizalla y fricción. Este tipo de fuerzas establecidas en periodos de tiempo a veces a nuestro parecer menores, como es el caso de mantener sentado al paciente en sillones o aquellos que deambulan en sillas de ruedas, nunca deben de ser desestimadas como menos importantes o exentas de provocar una UPP.

Las fuerzas de fricción, a veces denominadas de rozamiento, se generan cuando una superficie dura roza contra otra dañando la unión dermoepidérmica. Originan la lesión en la piel por abrasión, tienen habitualmente forma de flictena y se pueden localizar con facilidad en los codos y los talones.

Por otra parte, las llamadas fuerzas “de” o “en” cizalla agreden los tejidos profundos, al producirse cuando el hueso y la fascia profunda se deslizan sobre una superficie, mientras que la piel y la fascia superficial se mantienen estáticas (12).

Originariamente, se componen fuerzas de cizalla cuando la cabecera de la cama se eleva y la persona se desplaza hacia los pies de la misma, o de la misma forma también cuando se desliza sentada con el paso del tipo y en posición no fijada e inadecuada en una silla, sillón o silla de ruedas. Se estima que el 30% de las lesiones se deben a esta causa y su localización es generalmente, el área sacro-coccígea, lo cual es muy frecuente en personas parapléjicas que usan constantemente sillas de ruedas en el normal desempeño de su actividad diaria (13,14).

Podríamos decir que casi sutilmente, las fuerzas de cizalla requieren de una pequeña presión para provocar una obturación isquémica (4), ya que dichas fuerzas obturan casi por sí el flujo sanguíneo a la piel (8-10). Estudios recientes dirigen la atención hacia la importancia de factores hemodinámicos, tanto locales como sistémicos (15,16,17), en su naturaleza para esta variante postural y categorización específica de fuerzas para provocar las UPP.

Igualmente, las situaciones de compromiso en la hipoperfusión orgánica por alteraciones de la microcirculación y/o simultáneamente a una hipotensión sistémica, parecen configurarse como un factor intrínseco común, o al menos puede ser tomado como uno de los más confluyentes, a las diversas situaciones o patologías más susceptibles, que presentan estas personas de desarrollar UPP. En cualquiera de esas situaciones el descenso en la presión de perfusión tisular puede originar isquemia y consecuente y directamente, favorecer la aparición de la UPP; para algunos autores como los ya revisados a lo largo de esta exposición, son un claro y palpable signo de fracaso orgánico de la circulación periférica (12-17).

FACTORES PREDISPONENTES. INTRÍNSECOS Y EXTRÍNSECOS.

Hasta el momento ya conocemos la causa o causas, en forma de dinámica de fuerzas mantenidas sobre un punto un tiempo determinado, que generan las UPP, pero este condicionante no es único.

Las UPP en su etiología, pueden ser parecidas a una partida de póquer, así que el máximo valor sea para quién tenga la buena mano de poseer el repóquer de ases, no es esta la única manera de ganar, las demás cartas que usamos en las restantes manos del juego, el ojo del jugador diestro, la manera de mover y cambiar las cartas, y no sólo el azar es el determinante de ganar una partida, aún al precio de perder una mano.

Esta situación es similar a lo que ocurre en la génesis de las UPP, las fuerzas son la causa, pero no la única, su principio es multicausal y depende de diferentes factores extrínsecos e intrínsecos (Figura.2) que van a determinar su aparición y directamente su gravedad; de ahí que cualquier proceso de prevención deba de incidir en conocer y actuar sobre estos factores al igual que sobre la causa de la presión en sí.

Figura 2: Factores intrínsecos y extrínsecos que provocan UPP

INTRÍNSECOS	EXTRÍNSECOS
Condición física: inmovilidad.	Humedad.
Alteraciones respiratorias y circulatorias.	Perfumes, agentes de limpieza...
Diabetes.	Estancia.
Insuficiencia vasomotora / presión arterial baja. Insuficiencia cardíaca / vasoconstricción periférica / alteraciones endoteliales.	Superficie de apoyo.
Septicemia.	Técnicas manuales sobre la piel.
Medicación.	
Malnutrición / deshidratación.	
Edad.	

Fuente: Soldevilla J.J., Torra J.E., Martínez F., Arboix M. (15)

a). Los factores intrínsecos:

Se encuentran íntimamente relacionados a las parcelas físicas y psicológicas de cada persona. Mantienen una relación directa de dependencia con el nivel de resistencia personal a los riesgos, lo cual nos viene a dar tanto una respuesta concreta a la agresión, como una justificación de la trasgresión que se produce en la estructura y en la perfusión óptima de los tejidos (18).

Estos factores son muy numerosos, llegando incluso a interrelacionarse y potenciarse entre ellos, como han reportado Baumgarten (19) y Versluysen (20), entre los cuales podemos destacar por su frecuencia e impacto los siguientes:

- Condición física: estados y grados de inmovilidad. Es el de mayor peso específico propio, la imposibilidad o impedimento para moverse, desencadena un efecto en bola de nieve que finaliza inequívocamente en una UPP. A este grupo se adhieren las personas afectadas por lesiones neurológicas o medulares (21), así como aquellos que están en diferentes grados de coma o sedación (22), los sometidos a una intervención quirúrgica durante un largo periodo de tiempo (23) –cardíacas, osteoarticulares, etc.- Además hay que añadir a este grupo los grandes ancianos, pacientes con enfermedad crónica muy avanzada, y cualquier patología que aboque a estadios de terminalidad.

- Alteraciones respiratorias y circulatorias: como en el caso de las anemias, provocan un descenso de O₂ y nutrientes a los tejidos. El tabaco sería en este caso un subfactor añadido coadyuvante de este factor central.

- Diabetes, la insuficiencia vasomotora y cardíaca, de igual manera que la hipotensión o una septicemia en curso han sido identificadas por Goodson (24), MacMurry (25) y Meyer (26) como potenciadores de necrosis de los tejidos sometidos a presión.

- Medicación: desde medicamentos que sean causantes de sedación directa e inmovilización, hasta otros grupos farmacológicos (27) incidentes se deben de incluir aquí. Entre ellos podemos citar a los fármacos citotóxicos, que merman la inmunidad, o los corticoides, que producen fragilidad capilar, hasta simpaticomiméticos y los tratamientos con sustan-

cias vasoactivas.

- Edad: pasa de ser de un momento a otro del factor más contingente al más definitivo. La pérdida de humedad de la piel del anciano, así como el descenso de la tasa de regeneración capilar o la disminución del colágeno entre muchas más alteraciones funcionales y estructurales, propias de hacerse mayor; hacen la piel anciana más vulnerable a las lesiones por fricción y cizalla, apareciendo a su vez y en consecuencia, una labilidad muy alta para la formación de flictenas (28).

- Estado nutricional: La importancia del contexto nutritivo y su relación con la aparición de UPP, está también documentada y es tan precisa que Torra et al (29) ha elaborado un exhaustivo capítulo dentro del tratado conjunto editado por este autor junto a Soldevilla, donde se valora y pondera este factor en su totalidad. Como nota valga señalar que con un

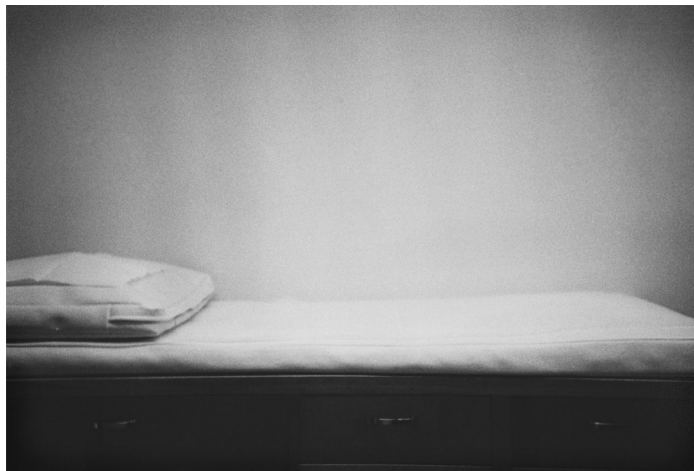
aporte equilibrado y personalizado de nutrientes, una persona puede ver como su UPP llega a curarse, casi tan sólo, con la energía que los nutrientes aportan a su proceso de cicatrización, pasando otros factores muchas veces considerados primordiales, a jugar un papel secundario. Dentro de este mismo epígrafe podemos incluir a la des-

hidratación, donde el aporte de líquidos y electrolitos, básicamente, entran de forma clara a complementar directamente, el escenario de los cuidados hacia la curación (30).

b). Los factores extrínsecos:

Seis son los factores extrínsecos más valorados por la mayoría de los autores que hemos revisado (12-30): la humedad, el uso extensivo de colonias y perfumes, la inadecuación de la estancia, el uso de superficies de apoyo y la manía de masajear la piel con un fin casi telúrico más que científico, suponen los mayores riesgos en este apartado. Tal es la importancia de estos, que casi merecerían un artículo aparte dentro de cualquier texto, no sólo sobre UPP, sino también del cuidado del de la piel en ancianos, niños y personas convalecientes en general, sin embargo, al menos quedémoslo con algunas notas.

- Humedad excesiva: se suele concentrar en zonas sometidas a fricción/presión, como es en la región perianal, sometida a las agresiones de orina y heces en problemas de incontinencia, sudoración profusa



y abundancia de exudado rompen con facilidad las barreras de resistencia de la piel. Al efecto de este tema el GNEAUPP ha publicado un documento técnico específico -con el nº 10 de su serie- titulado "Incontinencia y úlceras por presión" (31) donde se evalúa y aborda de forma integral este factor, captando toda la realidad de su magnitud.

- El uso de perfumes y colonias: la alegre mano del cuidador es muy dada a embadurnar de colonias, de marcas o no, y perfumes, la piel del enfermo, pensando en las propiedades curativas y preventivas de estos, para alteraciones o pieles de riesgos. Su alto contenido en alcohol y multitud de componentes, afectan a la tolerancia, sensibilidad, y pH de la piel. Por tanto, unas escasas gotas de perfume, sutilmente colocadas tras las orejas, son más que suficientes para conseguir el efecto estético deseado, sin llegar a embarrar al enfermo en colonia, que conllevaría desde escozor, hasta las alteraciones antes enunciadas. Igualmente el uso de jabones, lociones y soluciones limpiadoras, hacen necesario un texto independiente más detallado que este que estamos reportando, tanto para la piel en general, como la zona perilesional en particular (32).

Técnicas manuales y superficies de apoyo: los masajes que provoquen fricción leve a brusca están totalmente contraindicados y necesitan de una técnica adecuada. De la misma forma el diseño, adecuación e idoneidad de las superficies de apoyo y el estudio de las superficies especiales para el alivio de la presión, junto a la técnica de masaje, formarán parte de un próximo capítulo dedicado exclusivamente a la prevención de UPP.

CLASIFICACIÓN DE LA ÚLCERAS POR PRESIÓN.

Los procesos para alcanzar una clasificación y los criterios taxonómicos de la misma, han generado en cualquier parcela de la ciencia verdaderos quebraderos de cabeza. Incluso filósofos de la talla de Feyerabend (33) llegaron a sospechar que clasificar era el primer paso que daba el científico, incluso antes de definir, para quedarse con la propiedad de algo; sea como fuere, intentemos correr un tupido velo y aventurémonos en la clasificación de las UPP.

Como en cualquier área del saber, han existido multitud de grados y niveles, que conformaban diferentes tipos de clasificaciones. Sin embargo, cada una de ellas ha ido respondiendo a una necesidad planteada y correspondiéndose con su respuesta consecuente.

Así Groth (34) diferenció entre úlceras profundas malignas y superficiales benignas, al supeditarse a

su mecanismo de producción. Si nos ajustamos al tiempo de curación estimado, otros autores (34,30) las encasillaron como normales, terminales y arterioscleróticas. Otros sin embargo, al atender a su mecanismo con una visión exclusivamente clínica, las posicionan como por fricción, compresión y mixtas. Mientras que Russel (35), por ejemplo, con una mirada casi exclusivamente clínica, las cataloga como enrojecimiento transitorio, enrojecimiento con edema, úlcera y necrosis de partes profundas. Como podemos ver la variabilidad de nomenclatura y taxonomía llega a rozar los límites más distantes y encontrados.

Pero en este mar de clasificaciones, es Shea (36) en 1975 quien propuso la clasificación por estaditaje que en su desarrollo y progresión, se presenta tal como la conocemos ahora con los grados I, II, III y IV. Con la percha añadida por Torrance (37) en 1983 que comenta el estadio I, como lesión o preúlcera.

Ante toda esta contraposición, de categorías y criterios, el GNEAUPPP nos aconseja del uso de una clasificación única en todos los ámbitos y niveles de asistencia, en aras de conseguir una óptima comunicación y evaluación entre profesionales.

El sistema aconsejado por nuestro grupo es una compensación adaptada, más que fusión y "recorta y pega", entre los sistemas de clasificación de los grupos de trabajo de la National Pressure Ulcer Advisory Panel Consensus Development Conference (NPUAP) y el Wound Ostomy and Continence Nurse Society (WOCN), ambas norteamericanas, y el sistema PUCLAS desarrollado por Defllor (38) y asociado al European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) a nivel europeo, más cercano a nosotros.

De todas formas, y aún contando con las variaciones producidas en la piel dada por la pertenencia a una raza determinada, las clasificaciones hoy por hoy no tienen diferencias significativas, por lo cual nos podemos adherir de forma satisfactoria a la del GNEAUPP si no como la ideal, si al menos como la más idónea para nuestro entorno (39).

La clasificación del GNEAUPP se categoriza como sigue, según los diferentes estadios con sus características, clínico visuales, consiguientes (39):

Estadio I: Alteración que se observa en una piel íntegra, relacionada con la presión, que se manifiesta con un eritema cutáneo que no palidece al tacto; en el caso de pieles oscuras, puede tomar un cariz azulado rojizo con tonos que viren al morado (Fotos 1 y 2).

En caso de contrastarla con la misma zona de piel



Fotos 1 y 2 cortesía M. Gago y RF. García

pero del lado opuesto, no sometida fuerzas de presión, puede presentarse cambio en uno o algunos de los siguientes aspectos:

- Temperatura de la piel (calor/frío).
- Consistencia de la misma (edema, induración)
- Y/o sensaciones tales como el dolor, escozor, quemazón etc.

Estadio II: pérdida parcial del grosor de la piel con afectación de la epidermis, dermis o ambas. Es una úlcera superficial que tiene el aspecto de una abrasión, flictena o pequeño cráter superficial (Foto 3).



Foto 3 cortesía J. Soldevilla

Estadio III: pérdida completa del grosor de la piel, que conlleva directamente lesión o necrosis del tejido subcutáneo, el cual puede extenderse hacia más abajo, pero no por la fascia subyacente (Foto 4).



Foto 4 cortesía M. Gago y RF. García

Estadio IV: pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructuras de sostén (tendón, cápsula articular etc.) (Fotos 5 y 6). Dentro de este estadio, como del tres, pueden manifestarse lesiones en cavernas y trayectos sinuosos.

Figura 7: 1er Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España.

Localización / Nivel asistencial

ATENCIÓN PRIMARIA	HOSPITALES	ATENCIÓN SOCIO SANITARIA
Talón (27,74%)	Sacro (50,45%)	Sacro (32,02%)
Sacro (26,7%)	Talón (19,26%)	Talón (18,89%)
Trocánter (17,8%)	Trocánter (7,64%)	Trocánter (15,89%)
Maléolo (5,48%)	Glúteo (4,58%)	Glúteo (7,14%)
Pierna (3,56%)	Maléolo (3,36%)	Maléolo (16,77%)

Fuente: Torra J.E., Rueda J.J., Soldevilla J.J., Martínez F., Verdú J. (40)

En cualquiera de los casos enunciados, es preciso retirar todos los restos del tejido no viable, para poder hacer una clasificación certera del estadio ante el que nos encontramos.



Fotos 5 y 6 cortesía M. Gago y RF. García

Al día de hoy, tanto las úlceras en estadio I, consideradas como preúlceras o lesión por presión, como el debate sobre aquellas que se han concretizado como úlceras por incontinencia, están en la mesa de discusión de cualquier foro, aunque documentos como los referidos con anterioridad (31) están aportando cada vez más luz a estos problemas.

El tema de la localización, bastante conocido por todos los profesionales, depende estructuralmente, de la posición del enfermo -sentado o acostado-, así como la acción y sentido de los vectores de fuerza que componen la presión.

De todas formas en la figura 7, podemos ver reflejadas las diferentes localizaciones y sus frecuencias según el Estudio Nacional de Prevalencia de de Úlceras por Presión en España realizado por Torra et al (40).

ESCALAS PARA LA VALORACIÓN DE RIESGOS DE PRESENTAR ÚLCERAS POR PRESIÓN (EPVRUPP).

Existe un amplio grado de consenso entre las asociaciones científicas, en la consideración de que la prevención constituye el método más eficiente de abordar el problema de las UPP (41-45,), siendo la

estrategia clave para el manejo del problema de las personas afectadas y la calidad de los cuidados de enfermería.

Habitualmente se consideran cuatro grandes áreas en la aplicación de medidas de prevención: valoración del riesgo de desarrollar una UPP; cuidados de la piel y tratamiento inicial; reducción de la presión, uso de superficies de soporte, y educación como resalta Bergstrom et al (46).

El objetivo de la valoración del riesgo es la identificación de los pacientes que necesitan medidas de prevención y la identificación de los factores específicos que los ponen en situación de riesgo. Entre las recomendaciones para la práctica clínica figura el realizar una valoración sistemática del riesgo utilizando escalas validadas, tal como las escalas de Braden (46,47,48) y de Norton (46,48), lo cual es aconsejado por la totalidad de asociaciones científicas, y queda constatado en multitud de foros de debate.

Una escala de valoración del riesgo de UPP (EPVRUPP) es un instrumento que establece una puntuación en función de una serie de parámetros considerados como factores de riesgo. Actualmente se utilizan en la clínica diversas EPVRUPP, aunque la mayoría no han sido adecuadamente validadas, lo que es valorado por Thomas (49) y Torra (50). Siendo las más utilizadas la escala de Norton y sus variantes, la escala de Braden (Figura.8) y en menor medida, la escala de Waterlow.

Sin embargo, no existe un acuerdo con respecto a los puntos de corte de cada escala para considerar a un paciente como de riesgo y, por tanto, iniciar las medidas de prevención, evitando lo mismo aplicar medidas preventivas a pacientes que no las necesitan, como dejar de aplicárselas a pacientes que en realidad presentan riesgo, como refieren Smith et al (51) y es cotejado por Thomas (49) a su vez.

Por otra parte, el nivel de aplicabilidad en la práctica clínica de las EPVRUPP sigue siendo bajo o muy bajo, al ser sustituidas con mucha frecuencia por la apreciación subjetiva del riesgo de UPP realizada por el personal de enfermería, juicio u ojo clínico, a pesar de que este método puede carecer de validez contrastada, como han comprobado Vander Bosch et al (52).

Hemos podido constatar, gracias a los trabajos de Pancorbo et al (53) que la escala de Braden es superior al juicio clínico del personal de enfermería, para predecir el riesgo de un paciente de desarrollar UPP. El análisis ponderado y el meta-análisis correspondiente de los estudios de validación, ofrecen una muy adecuada evidencia para recomendar la escala de

Figura 8: Escala de Braden						
	Percepción sensorial. Capacidad para reaccionar ante una molestia relacionada con la presión.	Exposición a la humedad. Nivel de exposición de la piel a la humedad.	Actividad. Nivel de actividad física.	Movilidad. Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo.	Nutrición. Patrón usual de ingesta de alimentos.	Roce y peligro de lesiones cutáneas.
1	Completamente limitada	Constantemente húmeda	Encamado	Completamente inmóvil	Muy pobre	Problema
2	Muy limitada	A menudo húmeda	En silla	Muy limitada	Probablemente inadecuada	Problema potencial
3	Ligeramente limitada	Ocasionalmente húmeda	Deambula ocasionalmente	Ligeramente limitada	Adecuada	No existe problema aparente
4	Sin limitaciones	Raramente húmeda	Deambula frecuentemente	Sin limitaciones	Excelente	
NIVELES DE RIESGO - Alto riesgo: puntuación total $\leq$ a 12. - Riesgo moderado: puntuación total 13-14. - Riesgo bajo: 15-16 puntos si $<$ 75 años, o de 15-18 puntos si $\geq$ 75 años. - Sin riesgo: $>$ de 16 puntos si $<$ de 75 años, o $>$ 18 puntos si $\geq$ 75 años.						

Braden, sobre las demás existentes, ya que se revela como la que ofrece el mejor balance sensibilidad / especificidad, y la mayor capacidad de predicción de los pacientes que pueden desarrollar UPP, en corto,

medio y largo plazo; evidentemente todo lo cual ha sido revisado y publicado recientemente por estos mismos autores (53) a nivel internacional.

Gago Fornells M⁽¹⁾, García González RF⁽²⁾, López Casanova P⁽³⁾, Verdú Soriano J⁽⁴⁾, García Fernández FP⁽⁵⁾, Pancorbo Hidalgo PL⁽⁶⁾, Soldevilla Ágreda J. Javier⁽⁷⁾.

1 Enfermero. C.S Pinillo Chico. Puerto de Santa María. Cádiz. Master Universitario en el Cuidados y Curas de Heridas crónicas. Experto en el cuidado de Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Master Universitario en Gerontología. Profesor Asociado Ciencias de la Salud. Universidad de Cádiz. Miembro del Comité Director del GNEAUPP. EPUAP Trustees.

2 Enfermero. Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital Universitario de Puerto Real. Cádiz. Master Universitario en Cuidados y Curas de Heridas Crónicas. Experto en el cuidado de Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Profesor Asociado de Ciencias de la Salud. Universidad de Cádiz. Miembro del Comité Director GNEAUPP.

3 Enfermero. Coordinador Unidad Interdisciplinar Heridas Crónicas. Departamento Salud 20. Experto en el cuidado de Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Miembro del Comité Director GNEAUPP.

4 Enfermero. Doctor por la Universidad de Alicante. Experto en el cuidado de Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Profesor Escuela de Enfermería. Universidad de Alicante. Miembro del Comité Director del GNEAUPP. EPUAP Trustees

5 Enfermero. Master Universitario en Cuidados y Curas de Heridas Crónicas. Experto en el cuidado de Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Unidad de Formación, Investigación y Calidad. Complejo Hospitalario de Jaén. Miembro del Comité Director del GNEAUPP.

6 Enfermero. Doctor en Biología. Crónicas. Profesor Escuela de Ciencias de la Salud. Universidad de Jaén. Experto en el cuidado de Úlceras por Presión y Heridas Crónicas Miembro del Comité Director del GNEAUPP.

7 Enfermero. Experto en el cuidado de Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Área de Gestión Clínica de Enfermedades Infecciosas y Medicina Preventiva. Servicio Riojano de Salud. Profesor Escuela de Enfermería de La Rioja. Director del GNEAUPP.

Correspondencia:

Manuel Gago Fornells.
Urb. Los Castillos. C/Catedral nº 9.
Puerto de Santa María. (Cádiz). CP: 11.500
Teléfono fijo: 956 873 457 Teléfono móvil: 619 043 677
E-mail: nana_gaztelu@yahoo.es

BIBLIOGRAFÍA.

1. López Piñero J. La medicina en la historia. Madrid: La Esfera, 2002.
2. Torra JE. Epidemiología de las úlceras por presión. O el peligro de una nueva torre de Babel. *Rev Rol Enf* 1998; 21 (238): 75-88.
3. Defloor T. The risk of pressure sores: a conceptual scheme. *J Clin Nurs*; 8: 206-216.
4. Kosciak M. Etiology of decubitus ulcers. *Arch Phys Med Rehab* 1961; 42 : 19-29.
5. Landis EM. Micro-injection studies of capillary blood pressure in human skin. *Heart* 1930; 15:209-228.
6. Ek AC, Gustavsson G, Lewis DH. The local skin blood flow in areas at risk for pressure sores treated with massage. *Scand J Rehab Med* 1985; 17: 81-86.
7. Schut GL. Diagnose: decubitus. Amsterdam, VU Uitgeverij, 1982.
8. Tipler PA, Mosca G. Física para la Ciencia y Tecnología. Vol. I : Mecánica. Barcelona: Reverté, 2004.
9. Ribbe MW, Van Marum RJ. Decubitus: pathophysiology, clinical symptoms and susceptibility. *J Tissue Viab* 1993; 3 (2). 42-47.
10. Barton A, Barton M. The management and prevention of pressure sores. Londres: Faber & Faber, 1981.
11. Andrychuk MA. Pressure ulcers: causes, risk factors, assessment and intervention. *Orthopaedic Nursing* July/August 1998:65-83.
12. Allman RM. Pressure ulcer prevalence, incidence, risk factors and impact. *Clin Geriatr Med* 1997; 13; 421-436.
13. Allman RM. Pressure ulcers among the elderly. *N Engl J Med* 1989; 320:850-3.
14. Smith DM. Pressure ulcers in the nursing home. *Ann Intern Med* 1995; 123:433-42.
15. Fivenson DP, Faria DT, Nickoloff BJ. Chemokine and inflammatory cytokine changes during chronic wound healing. *Wound Repair Regen* 1997; 5:310-22.
16. Bliss M, Simini B. When are the seeds of postoperative pressure sores shown? Often during surgery. *BMJ* 1999; 319:863-4.
17. Cullum N, Clark M. Intrinsic factors associated with pressure sores in elderly people. *J Adv Nursing* 1992; 17:427-31.
18. Pressure ulcer risk assessment and prevention. Guidelines. Royal College of Nursing. June 2000.
19. Baumgarten M, Margolis D, Berlin JA et al. Risk factors for pressure ulcers among elderly hip fracture patients. *Wound Repair Regen* 2003; 11 (2): 96-113.
20. Versluisen M. How elderly patients with femur fractures develop pressure sores in hospital. *Br Med J* 1986; 292 (17 May): 1311-1313.
21. Koshima I, Moriguchi T, Soeda S, et al: The gluteal perforator-based flap for repair of sacral pressure sores. *Plast Reconstr Surg* 1993 Apr; 91(4): 678-83.
22. Boyle M, Green M. Pressure sore in intensive care: defining the incidence and associated factor and assessing the utility of two pressure sore risk assessment tools. *Aust Crit Care* 2001; 14 (1): 24-30.
23. Ramón C, Salvador C, Torra JE. Evaluación de la utilización sistemática de un parque de superficies especiales para el manejo de la presión en una UCI. *Enfermería Intensiva* 2000; 11 (3): 118-126.
24. Registered Nurses Association of Notario. Nursing best practice guideline. Sahaping the future of nursing. Risk assessment & prevention of pressure ulcers. January 2002. www.nnao.org (10-02-07).
25. Rodríguez M, Malia R, Barba A. Nociones básicas acerca de las úlceras por presión y su prevención: una guía para los cuidadores familiares. *Gerokomos/Helcos* 2000; 11 (3): 152-156.
26. Romanelli M, Falanga V. Measurement of transcutaneous oxygen tension in chronic wounds. En: Mani R, Falanga V, Shearman Cap, Sanddeman D (Eds). *Chronic wound healing. Clinical measurement and basic science*. London: WB Saunders, 2000.
27. Segovia T, Bermejo M, Rueda J, Torra JE. Cuidados de la piel y úlceras por presión. Los ácidos grasos hiperoxigenados en la prevención de UPP y el tratamiento de lesiones de estadio I. *Rev Rol Enf* 2001; 24 (9): 578-582.
28. Soldevilla J. Guía práctica en la atención de las úlceras de piel. 4ª Ed. Madrid: Masson, 1998.
29. Torra JE, Artois M, Rueda J, Ibars P, Segovia T, Bermejo M. Aspectos nutricionales relacionados con las heridas crónicas. En: Soldevilla JJ, Torra JE (eds). *Atención Integral de las Heridas Crónicas*, 1ª Ed. Madrid: SPA 2004; 405-418.
30. Soldevilla JJ, Torra JE, Martínez F, Arboix M. Etiopatogenia y clasificación de las úlceras por presión. En: Soldevilla JJ, Torra JE (eds). *Atención Integral de las Heridas Crónicas*, 1ª Ed. Madrid: SPA 2004; 183-196.
31. García FP, Ibars P, Martínez F, Perdomo E, Rodríguez M, Rueda J, Soldevilla JJ, Verdú J. Incontinencia y Úlceras por Presión. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP nº 10. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Madrid. 2006.
32. Gago Fornells M, García González RF. Cuidados de la piel perilesional. Madrid: Drugfarma, 2006.
33. Feyerabend, P. Tratado contra el método. Madrid: Tecnos, 2000.
34. Groth KE. Klinische beobachtungen und experimnetelle studien über die entstehung des dekubitus. *Acta Chir Sacnadin* 1942; 97 (suppl 76) 1-209.
35. Russell L, Reynolds T. How accurate are pressure ulcers grades? An image-based survey of nurse performance. *J Tissue Viability* 2001; 11 (2): 67-75.
36. Shea JD. Pressure sores: classification and management. *Clin Orthopedics* 1975; 112: 89-100.
37. Torrance C. Pressure sores: Aetiology, treatment and prevention. London: Croom Helm 1993.
38. Defloor T. The risk of pressure sores: a conceptual scheme. *J Clin Nurs* 1999; 8: 206-216.
39. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Clasificación-Estaditaje de las úlceras por Presión. Documentos Técnicos GNEAUPP nº 2. Documentos GNEAUPP. 4ª ed. Madrid: 2005.
40. Torra JE, Rueda JE, Soldevilla JJ, Martínez F, Verdú J. 1er Estudio nacional de prevalencia de Úlceras por Presión en España. *Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes*. Gerokomos 2003; 14 (1): 37-47.
41. Bergstrom N., Allman RM., Carlson CE et al. Pressure ulcers in adults: Prediction and prevention. Guideline report nº 3. Rockville, MD. US. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research. AHCPR 1992; Publication nº 93-0013.
42. Land L. A review of pressure damage prevention strategies. *Journal of Advanced Nursing* 1995. 22: 329-337.
43. EPUAP. European Pressure Ulcer Advisory Panel. Pressure ulcer prevention guidelines. *EPUAP Review* 1998 I (1): 7-10.
44. Pancorbo Hidalgo PL, García Fernández FP. Estimación del coste económico de la prevención de úlceras por presión en una unidad hospitalaria. *Gerokomos*. 2002; 13 (3): 164-171.
45. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Directrices generales sobre prevención de úlceras por Presión. Documentos Técnicos GNEAUPP nº 1. Documentos GNEAUPP. 4ª ed. Madrid: 2005.
46. Bergstrom N., Allman RM., Carlson CE et al. Pressure ulcers in adults: Prediction and prevention. Guideline report nº 3. Rockville, MD. US. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research. AHCPR 1992; Publication nº 93-0013.
47. Best Practice. Pressure Sores. Part 1: Prevention of Pressure Related Damage. The Joanna Briggs Instituted for Evidence Based nursing and Midwifery. 1997; 1(1):1-6.
48. Research Dissemination Core. Prevention of Pressure Sore. Iowa City. University of Iowa 2002; Gerontological Nursing Interventions Research Center.
49. Thomas DR. Issues and dilemmas in the prevention and treatment of pressure ulcers: a review. *J. Gerontology: Medical Sciences*. 2001; 56A (6): M328-M340.
50. Torra JE. Valorar el riesgo de presentar úlceras por presión. Escala de Braden. *Rev Rol Enfer*. 1997; (224): 23-30.
51. Smith LN, Booth N, Douglas D et al. A critique of 'at risk' pressure sore assessment tools. *J. Clin. Nurs*, 1995; 4:153-159.
52. VanderBosch T, Montoye C, Satwicz M, Durkee-Leonard K, Boyland-Lewis B. Predictive validity of the Braden scale and nurse perception in identifying pressure ulcer risk. *Appl. Nurs. Res*, 1996; 9(2):80-86.
53. P.L. Pancorbo Hidalgo, F.P. García Fernández, I.Mª. López Medina, C. Alvarez Nieto. Risk assessment scales for pressure ulcer prevention: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*. 2006. 54 (1): 94-110.

Novedades de la reforma laboral

La experiencia de los más de veinticinco años transcurridos desde la aprobación Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de marzo, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores, norma base para la regulación de las relaciones entre empresarios y trabajadores fundamentada en los distintos modelos de contratos de trabajo, nos enseña que los cambios y reformas del modelo de relaciones laborales y del mercado de trabajo son siempre aquellas que han tenido su origen en el diálogo, en la concertación y en el consenso social. En este sentido se manifiesta el Artículo 7 de nuestra Constitución Española de 1978 (BOE 29-12-1978) “Los sindicatos de trabajadores y las asociaciones empresariales contribuyen a la defensa y promoción de los intereses económicos y sociales que les son propios”.

De esta guisa nació el documento final para la Reforma Laboral el pasado 9 de mayo de 2006 cuando, el Gobierno PSOE, las asociaciones empresariales CEOE, CEPYME y los sindicatos CC.OO y UGT, firmaron el «Acuerdo para la mejora del crecimiento y del empleo», que constituye una nueva manifestación de la concertación social y del consenso que, como señalaron las partes sindicales, no va a resolver el problema de millones y millones de personas, que viven, sobreviven, consienten y tienen que sufrir un sistema de relaciones laborales sustentado en la desregulación, el paro, el subempleo, la siniestralidad y la precariedad.

Dicho acuerdo entró en vigor a través de la aprobación del Real Decreto-ley 5/2006, de 9 de junio, para la mejora del crecimiento y del empleo. BOE 14-06-2006 que ha venido a dar urgente ejecución a aquellas medidas contenidas en el Acuerdo que exigen la adopción o modificación de normas con rango de Ley.

Como todo Real Decreto-ley se procedió a su posterior ratificación parlamentaria dando lugar a la aprobación de la Ley 43/2006, de 29 de diciembre, para la mejora del crecimiento y del empleo. BOE 30-12-2006. La norma recoge con fidelidad los criterios y propuestas que han expresado los interlocutores sociales firmantes del Acuerdo, como garantía de la efectividad de la nueva regulación.

Entre las principales novedades que podemos encontrar en esta nueva regulación son las siguientes:

LIMITACIÓN AL ENCADENAMIENTO DE CONTRATOS TEMPORALES

Se introduce una limitación al encadenamiento o utilización sucesiva de contratos temporales, disponiendo así, que adquirirán la condición de trabajadores fijos aquellos trabajadores que en un período de 30 meses hubieran estado contratados durante un plazo superior a 24 meses, con o sin solución de continuidad, para el mismo puesto de trabajo con la misma empresa, mediante 2 o más contratos temporales, sea directamente o a través de E.T.T, con las mismas o diferentes modalidades contractuales de duración determinada.

No será de aplicación esta norma a la utilización de los contratos formativos, de relevo e interinidad.

CONTRATO PARA LA FORMACION

Se modifican los límites máximos de edad de los trabajadores con los que se pueden suscribir contratos para la formación para supuestos específicos: El límite máximo de edad será de 24 años cuando el contrato se concierte con desempleados que se incorporen como alumnos-trabajadores a los programas de escuelas taller y casas de oficios. El límite máximo de edad no será de aplicación cuando el contrato se concierte con desempleados que se incorporen como alumnos-trabajadores a los programas de talleres de empleo o se trate de personas con discapacidad.

SUPRESIÓN DEL CONTRATO DE INSERCIÓN

Se suprime la figura del contrato temporal de inserción. Se derogan el Art. 15.1.d), así como las demás referencias a dicho contrato contenidas en los artículos 8.2, 15.6 y 49.1.c del Estatuto de los Trabajadores.

SUBCONTRATACIÓN DE OBRAS Y SERVICIOS.

Se modifica la regulación actual de la subcontratación de obras y servicios, establecida en el artículo 42 del Estatuto de los Trabajadores, en el supuesto de que las empresas principal, contratistas y subcontratistas compartan de forma continuada un MISMO centro de trabajo: En estos casos, la empresa principal deberá disponer de un LIBRO REGISTRO en el que se refleje la siguiente información respecto de todas las empresas citadas:

1. Nombre o razón social, domicilio y número de identificación fiscal de la empresa contratista o subcontratista.
2. Objeto y duración de la contrata.
3. Lugar de ejecución de la contrata.
4. En su caso, número de trabajadores que serán ocupados por la contrata o subcontrata en el centro de trabajo de la empresa principal. Este libro estará a disposición de los representantes legales de los trabajadores. Los trabajadores de las empresas contratistas y subcontratistas, cuando no tengan representación legal, tendrán derecho a formular a los representantes de los trabajadores de la empresa principal cuestiones relativas a las condiciones de ejecución de la actividad laboral, mientras compartan centro de trabajo y carezcan de representación.

Lo dispuesto en el párrafo anterior no será de aplicación a las reclamaciones del trabajador respecto de la empresa de la que depende. Los representantes legales de los trabajadores de la empresa principal y de las empresas contratistas y subcontratistas, cuando compartan de forma continuada centro de trabajo, podrán reunirse a efectos de coordinación entre ellos y en relación con las condiciones de ejecución de la actividad laboral en los términos previstos en el artículo 81 del Estatuto de los Trabajadores.

La capacidad de representación y ámbito de actuación de los representantes de los trabajadores, así como su crédito horario, vendrán determinados por la legislación vigente y, en su caso, por los convenios colectivos de aplicación.

CESIÓN ILEGAL DE TRABAJADORES

Se incorpora al artículo 43.2 del Estatuto de los Trabajadores la doctrina jurisprudencial en materia de cesión ilegal de trabajadores. Así, de acuerdo con el nuevo redactado, se incurre en la cesión ilegal de trabajadores cuando se produzca una cualquiera de las siguientes circunstancias:

1. Que el objeto de los contratos de servicios entre las empresas se limite a una mera puesta a disposición de los trabajadores de la empresa cedente a la empresa cesionaria.
2. Que la empresa cedente carezca de una actividad o de una organización propia y estable.
3. Que la empresa cedente no cuente con los medios necesarios para el desarrollo de su actividad.
4. Que la empresa cedente no ejerza las funciones inherentes a su condición de empresario.

CONTRATO DE FOMENTO DE LA CONTRATA-

CIÓN INDEFINIDA

Este Contrato de Trabajo, nacido de la pasada reforma de 1997, se fundamenta en la base de que el empresario se compromete a contratar indefinidamente a trabajadores de determinados colectivos con dificultades de acceder al empleo a cambio de recibir una bonificación en las cuotas que soporta por seguridad social durante los dos primeros de la relación laboral y por otro lado el abaratamiento de la indemnización por despido objetivo (en caso de que la empresa tenga problemas técnicos, organizativos, económicos o de producción). (De 45 a 33 días de salario por año de antigüedad de indemnización) Ahora se modifica la regulación vigente del contrato de Fomento de la contratación indefinido en los siguientes términos:

- El contrato podrá concertarse con trabajadores que, en la fecha de celebración del nuevo contrato de fomento de la contratación indefinida, estuvieran empleados en la misma empresa mediante un contrato de duración determinada o temporal, incluidos los contratos formativos, celebrado con anterioridad al 31 de diciembre de 2007.
- Cuando el contrato se extinga por causas objetivas y la extinción sea declarada improcedente, la cuantía de la indemnización a la que se refiere el artículo 53.5 del Estatuto de los Trabajadores, en su remisión a los efectos del despido disciplinario previstos en el artículo 56 del mismo texto legal, será de 33 días de salario por año de servicio, prorrateándose por meses los períodos de tiempo inferiores a un año y hasta un máximo de 24 mensualidades.

NUEVA FORMULACION DEL PROGRAMA DE INCENTIVOS QUE SE CONCENTRA EN EL FOMENTO DE LA CONTRATACION INDEFINIDA CON LAS SIGUIENTES LÍNEAS GENERALES:

- Supresión total a partir de 2007 de los incentivos actuales a la conversión de contratos temporales en indefinidos, para desincentivar el recurso inicial a contratos temporales cuya conversión posterior en indefinidos era bonificada. A partir de 2007 solo serán objeto de ayudas los contratos indefinidos iniciales. Sólo cabrá con carácter excepcional la bonificación de contratos temporales cuando se trate de personas con discapacidad, personas en situación de exclusión social o víctimas de violencia de género o doméstica.
- Plan extraordinario para la reducción de la temporalidad. Durante el segundo semestre de 2006 se continuará bonificando, incluso con una mejora adicional, la conversión en indefinidos (tanto los ordinarios como los de fomento de la contratación indefinida)

de los contratos temporales que estén en vigor en la fecha de la reforma legislativa.

- Sustitución de los actuales porcentajes de bonificación de cuotas de la Seguridad Social - que beneficiaban más a los trabajadores con altos salarios - por módulos fijos de ayuda mensual, diferentes para los distintos colectivos.

- Ampliación de la duración de los incentivos de los 2 años actuales a 4 años, para beneficiar la permanencia de los contratos. Se mantiene el carácter in-

definido de los incentivos para mayores de 45 años y discapacitados.

- Extensión de los incentivos a los jóvenes varones desempleados entre 16 y 30 años, actualmente excluidos de los mismos.

- Inclusión de un nuevo incentivo a la contratación indefinida de mujeres que se reincorporen al empleo después de cinco años de inactividad, siempre que acrediten, anteriormente a su retirada del mercado de trabajo, un período de ocupación mínima con alta

Cuadro de bonificaciones empresariales a la contratación laboral (Incluye CORRECCIÓN de errores publicada en el BOE nº37, de 12 de febrero de 2007)					
Colectivos	Descripción	Cuantía anual €			Duración
Bonificaciones a la contratación indefinida					
Mujeres	Desempleadas, así como víctimas de violencia de género (art. 2.1a y 2.4)	850			4 años
	Contratadas en 24 meses siguientes al parto (art. 2.1b)	1.200			4 años
		1.200			4 años
Mayores de 45 años (art. 2.1.d)		1.200			Toda la vigencia del contrato
Jóvenes	De 16 a 30 años (art. 2.1c)	800			4 años
	Parados de al menos 6 meses y trabajadores en situación de exclusión (art. 2.1f y 2.5)	600			4 años
	Personas con discapacidad (art. 2.2)		Mujeres con discapacidad (art. 2.2.3)	Mayores de 45 años con discapacidad (art. 2.2.3)	Toda la vigencia del contrato
	En general (art. 2.2.1)	4.500	5.350	5.700	
	En caso de discapacidad severa (art. 2.2.2)	5.100	5.950	6.300	
	Conversiones en indefinidos de contratos formativos de relevo y sustitución por jubilación (art. 2.6)	500			4 años

Bonificaciones para el mantenimiento del empleo indefinido		
Contratos de carácter indefinido de trabajadores de 60 o más años con una antigüedad en la empresa de 5 o más años (art. 4.1)	50% de aportación empresarial por contingencias comunes salvo incapacidad temporal, incrementándose anualmente un 10% hasta el 100%	Toda la vigencia del contrato
Mujeres con contrato suspendido (indefinido o temporal que se transforme en indefinido), reincorporadas tras la maternidad (art. 4.2)	1.200	4 años

Plan extraordinario para la conversión de empleo temporal en indefinido

Conversiones en indefinidos de contratos temporales, incluidos los contratos formativos, de relevo y de sustitución por jubilación, en todos los casos celebrados antes de 1 de julio de 2006, siempre que la conversión se realice antes de 1 de enero de 2007 (art. 3)	800	3 años
---	-----	--------

Bonificaciones en supuestos excepcionales de contratación temporal (este apartado queda rectificado según CORRECCIÓN de errores, BOE nº 37, de 12 de febrero de 2007)

Colectivos	Varones menores de 45 años	Varones mayores de 45 años	Mujeres menores de 45 años	Mujeres mayores de 45 años	Duración
En general	3.500	4.100	4.100	4.700	Toda la vi- gencia del contrato
En caso de discapacidad severa	4.100	4.700	4.700	5.300	
Víctimas de violencia de género o doméstica (art. 2.4)	600				Toda la vi- gencia del contrato
Personas en situación de exclusión social (art. 2.5)	500				

en la Seguridad social de tres años.

- Reagrupación y simplificación de los colectivos de trabajadores cuya contratación da derecho a percibir incentivos por parte de la empresa.

- El programa de fomento de empleo que recoge la nueva Ley 43/2006 para la mejora del crecimiento y

del empleo queda resumido en la siguiente tabla de esta manera:

REDUCCION DE LOS COSTES EMPRESARIALES

- Reducción de las cotizaciones empresariales por desempleo, limitada a los contratos de carácter indefinido, de 0.25 puntos a partir de 1 de julio de 2006, y

Reducción de costes empresariales

Apartados	Situación actual	Tras la reforma
Cotizaciones empresariales por desempleo	No hay reducciones desde hace muchos años	Reducción de 0.25 puntos y un 0.25 adicional a partir de 1 de julio de 2008, limitada a los contratos indefinidos. Eliminación del recargo para contratos temporales a tiempo completo de ETT's
Cotizaciones Fondo Garantía Salarial (FOGASA)	0.40 puntos sobre la cuota empresarial a la Seguridad Social	Se reduce 0.20 puntos

un 0.25 adicional a partir de 1 de julio de 2008, hasta alcanzar una rebaja total de 0.50 puntos.

- Eliminación del recargo en la cotización por desempleo de los contratos temporales celebrados por empresas de Trabajo Temporal.

- Reducción a la mitad de la cotización empresarial al FOGASA que pasará a ser de 0.20 puntos frente a los actuales 0.40 puntos.

MEJORAS EN LA PROTECCION DE LOS TRABAJADORES EN CASO DE INSOLVENCIA EMPRESARIAL

- Mejora de la protección de los salarios adeudados.

- Ampliación de la cuantía máxima del salario abonable, del duplo al triple del SMI.

- Elevación del número máximo de días abonables

Protección por FOGASA en caso de insolvencia empresarial		
Apartados	Situación actual	Tras la reforma
Cuantía salarios abonables	Máximo del doble del SMI	Se amplía al triple del SMI
Días abonables	120 días	Se extiende a 150 días
Pagas extraordinarias abonables	Excluido el abono de la parte proporcional	Se incluye el abono de la parte proporcional
Base cálculo indemnizaciones por despido	25 días por año de servicio	Se aumenta a 30 días por año de servicio
Tope indemnización abonable	Doble del SMI	Se amplía al triple del SMI
Indemnizaciones por fin de contrato temporal, conciliación judicial, despido objetivo, etc.	Excluidas del Fondo	Se incluyen

de 120 a 150 días.

- Inclusión en el abono de la parte proporcional de pagas extraordinarias.

- Mejora de la protección de las indemnizaciones por despido:

- La base de cálculo para el abono de indemnizaciones pasa de 25 a 30 días por año de servicio.

Protección por desempleo		
Apartados	Situación actual	Tras la reforma
Prestación por desempleo	Los trabajadores fijos discontinuos tienen limitado el acceso a algunas prestaciones por desempleo. Los socios temporales de cooperativas de trabajo no tienen estas prestaciones.	Se mejora el acceso a las prestaciones por desempleo a los trabajadores fijos discontinuos, en los períodos de inactividad productiva y a los socios trabajadores de cooperativas, cuando finalice su relación societaria temporal
Subsidio por desempleo	Los mayores de 45 años sin responsabilidades familiares no tienen derecho al subsidio de seis meses si no han agotado una prestación contributiva de, al menos, 12 meses	Se extiende el derecho a todos los mayores de 45 años sin responsabilidades familiares que hayan agotado una prestación contributiva

- Ampliación del tope de la indemnización del duplo al triple del SMI.

- Inclusión de indemnizaciones por finalización de contrato temporal, conciliación judicial y art. 64 de la Ley Concursal.

MEJORAS EN LA PROTECCION DE LOS TRABAJADORES EN CASO DE DESEMPLEO.

- Ampliación de la protección por desempleo de los trabajadores fijos discontinuos.
- Mejora en la regulación del subsidio de desempleo de 6 meses a los mayores de 45 años sin responsabilidades familiares.

- Ampliación de la cobertura por desempleo a los so-

cios trabajadores temporales de cooperativas.

POTENCIACIÓN DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS DE EMPLEO Y DE LA INSPECCIÓN DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL.

Servicios Públicos de Empleo.

- Se crea un Plan Global de Modernización que garantice la adecuada coordinación con los Servicios Públicos de Empleo Autonómico y que incluirá, en particular, un Plan estratégico de Recursos Humanos del Servicio Estatal y un Plan de mejora de los recursos de la Red de Oficinas.

Inspección de Trabajo y Seguridad Social.

- Se propone la participación de los Interlocutores

sociales en la definición de los objetivos y programas del Sistema de Inspección, en los ámbitos estatal y autonómico, a través de órganos de representación de carácter tripartito y paritario.

Una vez mostrado todos los rasgos esenciales de esta reforma cabe preguntarse: ¿esto es todo?. Esta reforma responde con una retórica insalvable de los interlocutores sociales y pone sobre la mesa una clara incertidumbre acerca de la gran fórmula para erradicar la tanta deseada temporalidad (contratos de duración de determinada, contratos por obra y servicio, contrato de interinidad) que asola nuestro sistema laboral.

El secretario de Comunicación de CCOO, reconoció que la reforma laboral servirá más para “sanear” el mercado de trabajo que para reducir la temporalidad. Por otro lado U.G.T. declaró que esta Reforma Laboral no da ninguna respuesta a la subcontratación, y mantiene el “ilegalismo” institucional y empresarial, se configura el contrato “indefinidamente interino” en tiempo y precario en condiciones y derechos.

A mi juicio, el panorama laboral actual de millones de

personas, está sustentado en un tramposo e injusto sistema de relaciones laborales: las empresas externalizan sus actividades, se desprenden de trabajadores/as directos por mecanismos como despidos individuales, expedientes de regulación de empleo y prejubilaciones, y esos mismos trabajadores, o su relevo por millones de jóvenes, vuelven e ingresar al mercado de trabajo, con contratos temporales e inmersos en la relación laboral basada en el modelo de contratas y/o subcontratas. Y esta reforma, a esperas de sus resultados, supone un tira que no va evitar, ni mucho menos, ver la herida de la precariedad.



Fernando Carrión Álvarez

Funcionario de carrera

Profesor de Formación y Orientación Laboral

CHANEL - PRADA - GUCCI - VERSACE - DIOR



20%

Dto. en graduadas

15%

Dto. en sol

+VISION

MÁS QUE ÓPTICAS

OFERTA EXCLUSIVA ATS/DUE

C/ La Rosa 9 - 38002 - Santa Cruz de Tenerife - Tel. 922 27 19 01

Salud y cambio climático

Tras 25 años de calentamiento global, una nueva realidad se está haciendo patente; hace unos años, atribuíamos en exclusiva a la globalización y la mejora en los transportes, la expansión de enfermedades en zonas donde se las consideraba erradicadas o en franco retroceso.

Según estudios recientes, el fenómeno del caliente global está por un lado, forzando a muchas especies animales a desplazarse hacia otras zonas, abriendo unos nichos ecológicos que se ven colonizados rápidamente por otras, muchas veces portadoras de patologías, y que generalmente suponen un gran problema tanto para la fauna como para la floras locales, al no existir depredadores que puedan mantener su número dentro de unos parámetros poblacionales aceptables. A nivel global, la extinción de especies se está produciendo a un ritmo mil veces superior al registrado en los años 60.

Remontándonos a épocas pasadas, cabe recordar que hay ciudades que se fundaron por encima de la línea de los mosquitos, en zonas altas donde éstos no encontraban un hábitat apropiado para su desarrollo, como Nairobi (1.660 metros de altitud y 3.000.000 de habitantes), y otras muchas, pero debido al calentamiento global, tanto los mosquitos, como otros vectores potencialmente infecciosos o dañinos (ratas, ácaros, chinches, murciélagos, caracoles...), cada vez colonizan zonas de mayor altitud, alcanzando poblaciones que antes se encontraban relativamente a salvo de su influencia.

En el último cuarto de siglo han aparecido 30 de las llamadas "nuevas enfermedades", algunas de ellas, como el ébola, el síndrome respiratorio agudo grave, o la gripe aviar, están produciendo estragos y mantienen en alerta a las organizaciones internacionales responsables de su seguimiento y control, aunque también empezamos a enfrentarnos a viejos conoci-

dos, como la tuberculosis resistente.

Volviendo a la ciudad de Nairobi (República de Kenia), es están registrando múltiples casos de infecciones causadas por insectos, tal es el caso de la infección viral de la lengua azul, o la fiebre del Valle del Rift, pero también



se ha detectado que dichas infecciones se están desplazando cada vez más hacia el norte; actualmente se constata que zonas tan distantes como Holanda, Bélgica, Francia o Alemania, antaño libres de la lengua azul, registran infecciones de ganado vacuno y ovino en más de 400 granjas, todo ello a pesar de las medidas empleadas para detener la expansión de la

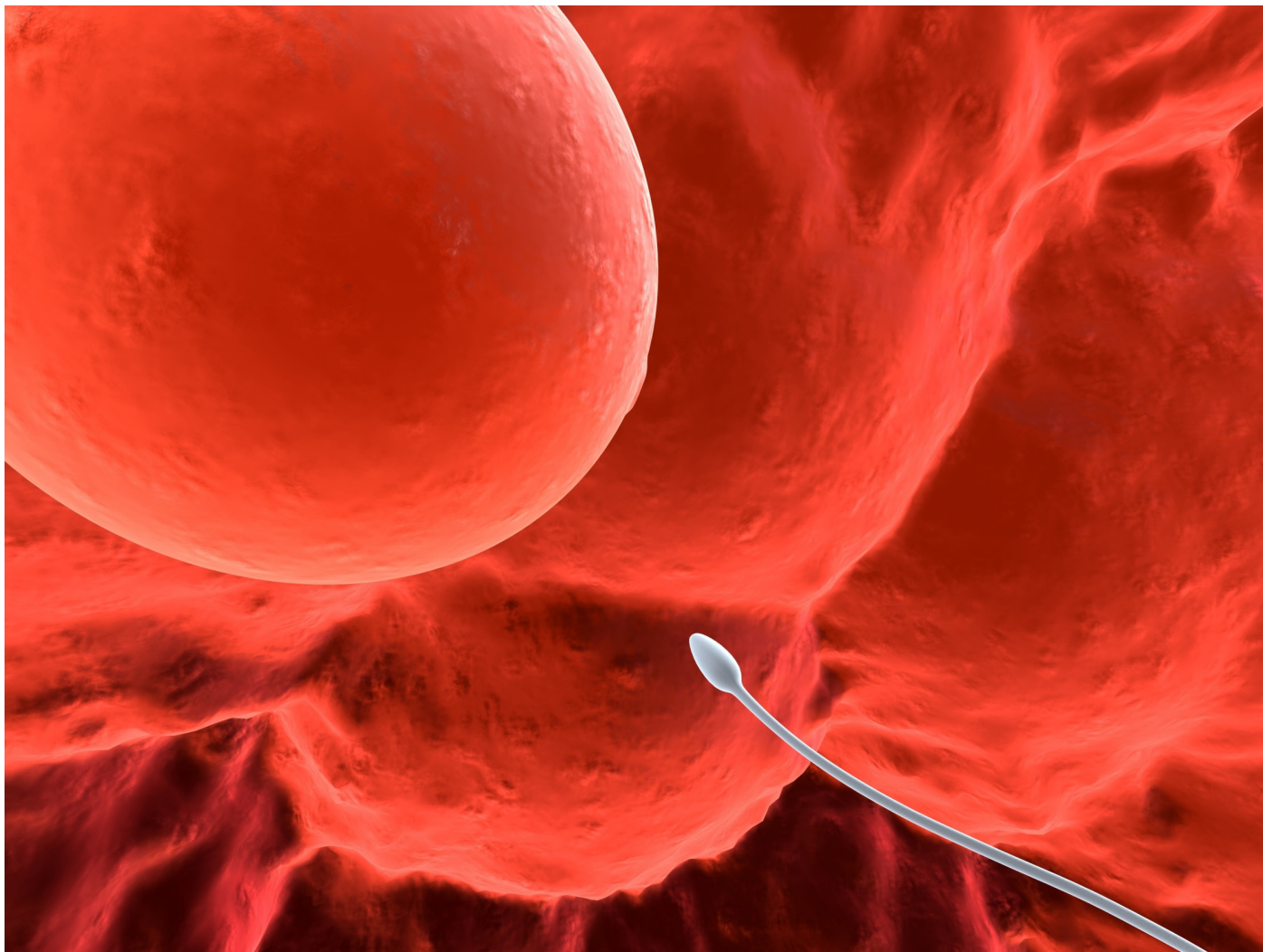
enfermedad, y se tiene la certeza de que es debido al cambio climático.

Es evidente que serán los países menos desarrollados, los que padecerán de manera más dramática los efectos de calor extremo y lluvias torrenciales, aunque no debemos olvidar que la Organización Mundial de la Salud reconoce que en 2003 se registraron en Europa 27.000 muertes directamente asociadas a los mismos fenómenos, mientras que en Estados Unidos, tampoco pudieron prever los efectos del pasado huracán Catrina y sus devastadores efectos, entre los que se incluyen las enfermedades infecciosas relacionadas por la falta de abastecimiento de agua potable.

El alarmante aumento en los episodios de asma y alergia en las grandes ciudades, relacionada con la misma contaminación, se une al amplio abanico de problemas; plantas como las llamadas radweeds (ambrosia), y que afecta a gran cantidad de alérgicos, producen más polen debido a la alta concentración de dióxido de carbono.

Ante este panorama, solo cabe esperar que la conciencia global termine por generar un cambio social.

Infertilidad masculina



Un estudio realizado en Dinamarca sobre un total de 1.925 jóvenes durante unas revisiones voluntarias efectuadas a los mismos durante su período de servicio militar, pone de manifiesto datos sorprendentes en relación a la fertilidad de los varones nacidos mediante reproducción asistida.

La doctora Tina Kold Jensen, del Rigshospitalet (Copenhague), ha llegado a la conclusión de que, comparados con otros varones, los concebidos mediante tratamientos de fertilidad, presentan una concentración seminal un 46% inferior, un 45% menos de espermatozoides, una menor movilidad en los mismos, anomalías en la apariencia del líquido seminal, y un tamaño testicular menor; a nivel hormonal, también se presenta un nivel de testosterona más bajo.

En Occidente, es un hecho que cada vez se recurre más a la reproducción asistida, lo que nos lleva a concluir que a la vista de estos resultados, convendría realizar estudios a mayor escala, para disponer de más información sobre las posibles causas y los efectos tardíos de las técnicas de reproducción asistida.

Centrándonos las informaciones suministradas por la Sociedad Española de Fertilidad, la infertilidad ha aumentado alarmantemente en los últimos diez años en nuestro país.

En la actualidad, entre un quince y un dieciocho por ciento de las parejas españolas no son fértiles, y parece que la tendencia no aporta datos que nos inviten al optimismo.

Una de las causas apuntadas es que cada vez se espera más a la hora de engendrar hijos, lo que hace descender considerablemente las probabilidades de embarazo.

Por lo que respecta a las causas, la mencionada sociedad señala que en la mitad de los casos, el problema tiene origen en el hombre, en particular, falta o escaso número de espermatozoides, baja movilidad o espermatozoides anormales; el 22,3% son de origen femenino, como la disminución de la reserva ovárica, endometriosis u obstrucción tubárica, mientras que un 16,7% obedece a causas mixtas, y un 14% a causas desconocidas.

Sin pasado, no hay futuro

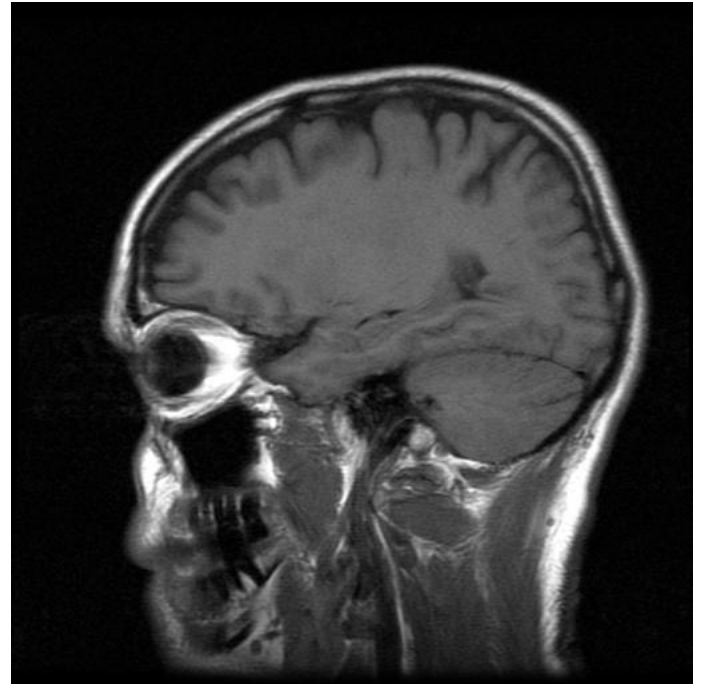
Un conocido misterio, el de los pacientes con amnesia que no recuerdan lo que les sucedió hace minutos o años, pero que curiosamente tampoco son capaces de contestar qué van a hacer mañana, parece tener explicación.

Karl Szpunar, investigador del departamento de psicología de la Universidad de Washington, ha sometido a varios sujetos a control mediante IRM funcional, un sistema que monitoriza en tiempo real la actividad eléctrica del cerebro.

Tras invitarles a evocar por un lado sucesos del pasado, y posteriormente recrear imágenes del futuro, ha constatado que los centros neurológicos de la memoria, registran una actividad muy elevada al pensar en acontecimientos futuros, de manera que se desprende la evidencia de que los humanos nos basamos en las vivencias del pasado, a la hora de recrear lo que acontecerá.

Hasta ahora, se creía que el proceso de pensar sobre el futuro involucraba tan solo al lóbulo frontal del cerebro, aunque ahora queda patente que también se activan áreas de la corteza cerebral, lóbulos posteriores y cerebelo.

De este modo, el cerebro toma lo que ya ha experimentado y lo usa como base para recrear el futuro, lo que explica que los amnésicos, las personas clí-



nicamente deprimidas o los niños menores de cinco años, que no tienen acceso a la memoria pasada, tengan problemas para imaginar acontecimientos futuros.

La implicación de áreas del cerebro relacionadas con el movimiento, parece indicar que nuestro cerebro aplica todos los recursos a su disposición para que la recreación del futuro sea lo más realista posible.

Publicidad para patrocinadores

Mantener la mente activa

Hasta ahora, estudios habían demostrado que el ejercicio mental podía mejorar la memoria y percepciones cognitivas, pero un reciente estudio demuestra que es posible también que retrase la aparición de la enfermedad de Alzheimer.

Muchas voces autorizadas sostienen que el Alzheimer se debe a la acumulación sostenida de proteínas que forman placas amiloides en el cerebro; pues bien, en un estudio llevado a cabo en ratones transgénicos, alterados genéticamente para desarrollar la enfermedad se les sometió a sesiones de aprendizaje, y se observaron cambios en la química del cerebro, que han dado como resultado una notable disminución de los factores de riesgo.

Se permitió a las cobayas cuatro veces al día durante una semana, nadar en un tanque de agua hasta que encontraran una plataforma sumergida en la que ponerse en pie. El entrenamiento se repitió a los dos, seis, nueve, doce, quince y dieciocho meses de edad, mientras que a otro grupo, se les sometió al mismo proceso, pero únicamente una vez en los mismos periodos.

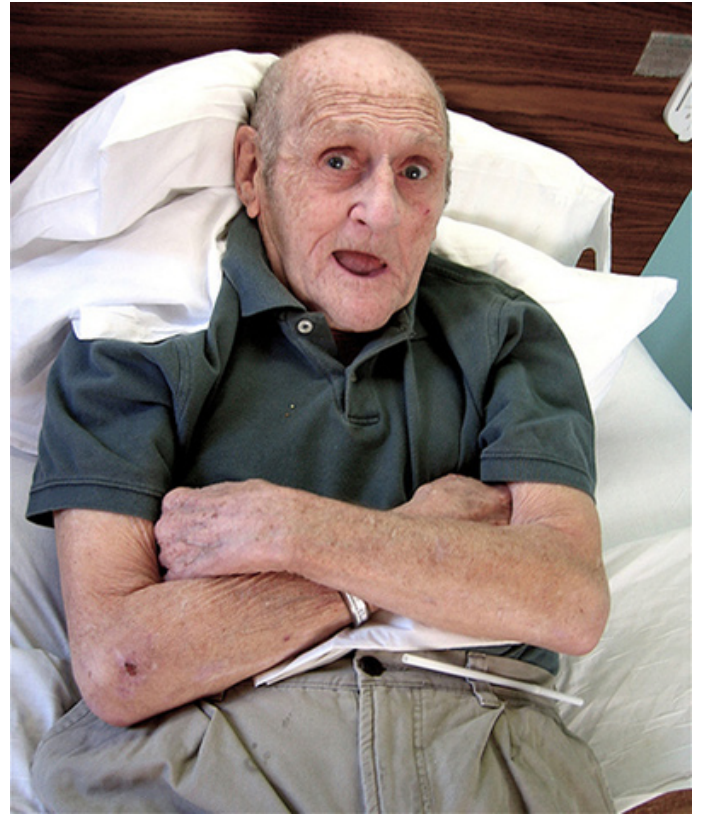
A los doce meses de edad, el grupo sometido a más sesiones, habían desarrollado un 60% menos de las proteínas que forman las placas, en relación a sus compañeros, y aunque a los quince meses, los primeros experimentaron un deterioro que les llevó a resultar idénticos cognitiva y físicamente a los otros, los autores del estudio señalan que es posible retrasar de una manera efectiva la aparición de la enfermedad, lo cual, de poder extrapolarse a humanos, resulta esperanzador.

El modelo propuesto de “mantener la mente activa”, parece una receta sencilla y saludable, a la que esperamos que pronto se unan nuevos medicamentos de control de la enfermedad.

Por otro lado, según un estudio recientemente publicado en el Journal of the American Geriatrics Society, una de cada diez mujeres llegará a los 85 años con su capacidad mental completamente intacta, mientras que un 58% tendrá sólo pérdidas reducidas de su capacidad cognitiva.

El estudio comprendió el análisis de los datos recogidos entre 9.704 participantes con un promedio de 72 años.

Las mujeres en las que no se observó deterioro alguno, eran también dos veces más propensas a no desarrollar diabetes y un 20% más propensas a tener



una presión arterial menor; el 70% no fumaba, un 20% de ellas, bebía con moderación, y en general, eran más propensas a relacionarse socialmente.

Los investigadores concluyen que es importante tratar de estudiar a ese grupo y conocer qué es lo que sucede.

La enfermedad de Alzheimer se diferencia de otras formas de demencia por los cambios característicos que se observan en el encéfalo, únicamente visibles mediante examen microscópico.

Los signos más característicos que experimenta un enfermo de Alzheimer es la pérdida de memoria, la dificultad para realizar las tareas más habituales, problemas de lenguaje, desorientación espacio-tiempo, falta o deterioro del sentido común, dificultad para el razonamiento abstracto, cambios del estado de ánimo o del comportamiento, trastornos de la personalidad y falta de iniciativa.

Hay que procurarle al enfermo ejercicio físico y actividades sociales; una planificación de las actividades diarias, permitirle realizar actividades por sí mismo (pese a que el cuidador deba iniciar la actividad), evitarle situaciones de riesgo, como dejar a su alcance mecheros, cuchillos... etc.

En definitiva, desarrollar actividades que aporten estructura y significado a su día a día.

Hace 30 años.....

La tarde del domingo 27 de marzo de 1977, los tinerfeños se vieron sorprendidos por el mayor accidente de la historia de la aviación registrado hasta el momento; dos boeing 747 uno de KLM y otro de Pan Am, chocaban en la pista del Aeropuerto de Los Rodeos, cuando uno de ellos iniciaba la maniobra de despegue sin autorización, mientras el otro aparato se disponía igualmente a despegar, a la espera de las instrucciones de la torre de control.

Se da la trágica circunstancia de que ese día, ninguno de ellos debería haber estado en Tenerife, su destino era el cercano aeropuerto de Gran Canaria, pero la explosión de un artefacto y el anuncio de un segundo explosivo, obligaron a desviar ambos vuelos al aeropuerto de Los Rodeos, el cual se encontraba en condiciones de escasa visibilidad.

la explosión de un artefacto y el anuncio de un segundo explosivo

La saturación de las zonas de maniobra obligaron a que las aeronaves utilizaran la pista principal para ubicarse cara al despegue, lo que se unió a otra serie de desafortunadas circunstancias, como la baja visibilidad, o que ni las tripulaciones de los dos aviones, ni los controladores aéreos pudieran confirmar que uno de los dos había comenzado su carrera de despegue mientras el otro aún invadía la pista.

Los 55.500 litros de combustible del avión de KLM que se disponía a regresar a Holanda, fueron determinantes en el alcance de la tragedia, 583 personas fallecieron, y más de 60 heridos llegaron a la Residencia de La Candelaria (hoy Hospital Universitario nuestra Señora de La Candelaria), en ambulancias, taxis y coches particulares.

Inmediatamente desde el complejo Hospitalario, se

solicitó avisar por televisión a la movilización de todo el personal sanitario disponible. A la llamada desesperada acudieron médicos y enfermeras de la casa y de fuera de ella, y se habilitaron cuatro quirófanos extras.

A las once de la noche, todos los heridos habían sido intervenidos y se encontraban hospitalizados; el personal que sabía inglés fue clave en los primeros momentos.

Se dispusieron 60 camas en el Centro Materno Infantil.

Al día siguiente, tal y como consta en el libro conmemorativo del 40 aniversario del Hospital, se personó un coronel de las fuerzas armadas de EEUU a ver a los pacientes, y preguntó cuál había sido el dispositivo empleado para haber trabajado con tanta eficacia.

Seguidamente y en contra del parecer de los médicos, decidió el traslado de los pacientes, pese a que se le advirtió que habría enfermos que morirían en el trayecto, lo cual de hecho ocurrió.

Los norteamericanos obsequiaron al Hospital con televisores para las habitaciones.

El 27 de marzo de 2007, en la Mesa Mota, una pequeña meseta desde que se divisa la ciudad de San Cristobal de La Laguna y el aeropuerto de Los Rodeos, ha sido inaugurada con presencia de los familiares de los fallecidos, una escultura bautizada como "la escalera de caracol", una impresionante estructura de acero de 18,25 metros de altura, obra del artista holandés Rudi van de Wint y que, en palabras de quienes estuvieron presentes en el acto de inauguración, "nos da la posibilidad de subir por esa escalera para acercar nuestro espíritu hacia el firmamento, dando la mano a todos aquellos seres queridos que ya dejaron atrás los peldaños de su existencia".





Logoss
FORMACIÓN CONTINUADA



CURSOS ACREDITADOS por la COMISIÓN
de FORMACIÓN CONTINUADA
DE LAS PROFESIONES SANITARIAS
(Ministerio de Sanidad y Consumo)

**PUNTUABLES EN TODO EL SISTEMA
NACIONAL DE SALUD**

**SOLICITA YA GRATUITAMENTE Y SIN
COMPROMISO NUESTRO CATÁLOGO
COMPLETO DE CURSOS, EL CUAL
INCLUYE LA FORMA DE MATRICULARSE,
O DESCÁRGATELO EN: www.logoss.net**

Disponemos de más de 140 cursos para
ENFERMERÍA, al igual que los expuestos en
esta revista, de Oncología, Quirófano, Pediatría,
Farmacología, etc...
con acreditación de la CFC
(Ministerio de Sanidad).

Si has finalizado o finalizas la diplomatura este
año, consulta nuestras ofertas especiales.

Camino de las niñas, 12
Urb. Ciudad Jardín-Entrecaminos
C.P. 23170 LA GUARDIA DE JAÉN (Jaén)
E-mail: formacion@logoss.net



902 153 130
953 245 500



www.logoss.net

MATRICULÁNDOSE EN CUALQUIERA DE ESTOS CURSOS, RECIBIRÁS JUNTO CON EL MATERIAL: Un Tensiómetro Digital

CARACTERÍSTICAS

Modelo: HL165. Método de medición: Oscilométrico.
Alcance de medición: Presión 0 - 300 mmHg. y pulso 40 - 199 latidos/
minuto. Precisión: Presión ± 3 mmHg Pulso $\pm 5\%$.
Presión confusa: Bomba automática de inflación.
Inflación: Bomba automática de aire.
Deflación de presión: Liberación automática de aire con válvula.
Escape: Válvula de escape automática.
Pantalla: Pantalla digital de cristal líquido. Memoria: 48 mediciones.
Dimensiones: alto 72 x ancho 70 x grosor 29 mm.
Peso: Aprox. 133 gr. incluyendo las pilas. Tamaño de muñequera:
muñeca, circunferencia de 135 - 195 mm. Temperatura de
funcionamiento: $+10^{\circ}\text{C}$ - $+40^{\circ}\text{C}$. HR inferior al 85%.
Temperatura de almacenamiento: -20°C - $+70^{\circ}\text{C}$. HR inferior al 85%.
Voltaje: 2 pilas x «AAA» (3.0 V) ALKALINE.
Batería: Aproximadamente 250 mediciones.
Accesorios: Cubierta, manual de instrucciones y 2 pilas «AAA».



UNA UNIDAD POR ALUMNO. OFERTA VÁLIDA HASTA FIN DE EXISTENCIAS.