



n.º 4 • Revista de Auxiliares de Enfermería

- REHABILITACION A CABALLO
- LA DIFICULTAD DE ELIMINAR LOS RESIDUOS SANITARIOS EN LOS HOSPITALES



**SEPARATA: INFORMES PROFESIONALES ELABORADOS
POR AUXILIARES DE ENFERMERIA**



*Arjo (Suecia)
Comercializa esta grúa
llamada Sara
Que levanta y desplaza al enfermo
Más información en S.A.E
(Referencia Sara).*

ARJO
arjo



CONSEJO EDITORIAL DE NOS

Directora
Elvira Vázquez

Redactora Jefe
Montse García

Consejo de Redacción
Luis Santiponce
Juan José Pulido
María Angeles Domínguez

Maquetación
Sita García

Colaboradores
Celia Dou Marcos
Carmen Cubero
Nieves Delgado
Carmen Luna
Elena Chirivella
Pilar Rodríguez
Azucena Kundín
Isabel Cordón
Pilar Lozano
M.ª Angeles Quiñonero
Pilar Zafra
M.ª Angeles Mérida
Antonio J. Alonso
M.ª Luisa Barrantes
Carmen Padilla

Comité Científico
Teresa Valerio
Juan José Montero
Jesús Berzoso

EDITA
FAE (Fundación de Auxiliares de Enfermería)

Administración, redacción y servicios comerciales
Alcántara, 5. 6.ª Izqd.
28006 Madrid

Telfs. (91) 578 16 22/65

Publicidad
Encarnación Vega Leal

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

EN ESTE NUMERO

4

CONGRESOS

15.000 VARONES PARTICIPAN EN LA II SEMANA DE LA SALUD PROSTATICA CUYO LEMA HA SIDO "CONOCE TU PROSTATA. ALGUN DIA LO AGRADECERAS"



7

A.D.E

LA DIABETES ES UN TRASTORNO QUE PADECE EL 5% DE LA POBLACION. POR SU FRECUENCIA Y PECULIARIDADES LA ASOCIACION DE DIABETICOS DE ESPAÑA CONSIDERA QUE ESTA ES UNA ENFERMEDAD SOCIAL

10

RESIDUOS SANITARIOS

ESPAÑA GENERA CADA AÑO 80.000 TONELADAS DE RESIDUOS SANITARIOS INFECCIOSOS Y OTRAS 110.000 TONELADAS DE RESIDUOS HOSPITALARIOS ASIMILABLES A URBANOS



39

ASESORIA JURIDICA

INFORME SOBRE LA PENSION ALIMENTICA A LOS HIJOS EN LOS PROCESOS DE SEPARACION MATRIMONIAL

42

DIAGNOSTICO PRENATAL

LA AMNIOCENTESIS ES LA MAS POPULAR DE LAS TECNICAS DE ESTUDIO DEL CARDIOTIPO FETAL



45

SALUD LABORAL

EL DESEMPLEO PROVOCA EN LOS PARADOS DISTINTAS ALTERACIONES PSICOLOGICAS EN FUNCION DE LAS CIRCUNSTANCIAS



HIPOTERAPIA

UNA ALTERNATIVA A LA REHABILITACION TRADICIONAL. LOS LOMOS DE UN CABALLO PERMITEN MEJORAR EL RENDIMIENTO Y LOS RESULTADOS DE LAS REHABILITACIONES

48



L



a reforma educativa que se está implantando paulatinamente de la mano de la LOGSE ofrece a los Auxiliares de Enfermería la oportunidad, negada hasta hora, de equilibrar su situación profesional, avalada por años de experiencia como personal de enfermería, con una titulación académica adecuada a este nivel profesional.

Los cambios normativos en los sistemas educativos se realizan para adecuar la realidad laboral a las titulaciones académicas correspondientes. Sin embargo, la reforma educativa que en estos momentos se está llevando a cabo en España mantiene algunas incoherencias que le restan efectividad.

En este sentido, resulta ilógico que mientras que en España el 54% de las funciones asistenciales son realizadas directamente por los Auxiliares de Enfermería se les pretende mantener en un nivel 2 que no les corresponde.

La evolución profesional de los Auxiliares de Enfermería ha experimentado grandes cambios, como todas. Se ha ido avanzando en experiencia y acumulando grandes dosis de conocimientos. Por eso, aunque hubiera un tiempo en que los Auxiliares encajaran en el nivel 2, ahora ya no. No se corresponde con la realidad laboral y actual y por eso desde el Sindicato de Auxiliares de Enfermería comenzó hace tiempo una reivindicación fundamental para estos profesionales hasta conseguir que se les encuadre en un nivel de grado 3.

El Auxiliar de Enfermería ha ido adquiriendo una autonomía en su trabajo y en la toma de decisiones que ha de corresponderse con una titulación adecuada y conforme a las necesidades tanto de la profesión como del sistema sanitario. Existe, además, una excesiva distancia con los Ayudantes Técnicos Sanitarios, quienes se encuadran en un nivel académico de grado 4 por su condición de diplomados universitarios. Sin embargo, esta distancia es tan sólo en el terreno académico porque es bien sabido que hay ocasiones en las que nuestras funciones hospitalarias se confunden en bien de la calidad asistencial que a ambos estamentos profesionales nos importa mantener. En este sentido, es claro que hay que acortar esa distancia y no mantener por más tiempo a los Auxiliares de Enfermería en un nivel que no sólo no se corresponde con la realidad laboral actual sino que nace ya desfasada por cuanto los Auxiliares hemos cubierto con sobrada experiencia y profesionalidad las carencias de un plan de estudios anticuado que no nos considera parte del equipo de enfermería.

El reconocimiento de los Auxiliares de Enfermería como Técnicos de Grado Superior beneficiaría sustancialmente a los tres implicados en la sanidad: profesionales, sistema sanitario y pacientes.

El sistema sanitario debe cimentarse sobre una base de buenos profesionales y que debe reconocerlos como tales, evitando de esta forma las políticas de personal tan habituales como poco efectivas y consistentes en convertir la categoría de Auxiliar de Enfermería en un "vale para todo" favoreciendo que personal sin la cualificación adecuada pase a formar parte de este estamento de enfermería.

Es evidente que de esta mejora se beneficiarían tanto los profesionales que verían reconocida de forma adecuada su capacidad y cualificación profesional como los propios pacientes que acudirían al sistema sanitario con la conciencia de ser tratados por personal cualificado

BUEN VIAJE DE CONGRESO



MAPFRE ASISTENCIA con más de 3.600 puntos asistenciales repartidos por todo el territorio nacional, cuenta con los medios más directos y eficaces para solucionar cualquier tipo de incidente, apostando por la tranquilidad y confianza tanto del organizador como del congresista.



MAPFRE
ASISTENCIA

SALVANDO DISTANCIAS

c/. Claudio Coello, 123 28006 Madrid
Tel: 581 25 10

SEMANA DE LA SALUD PROSTATICA EN ESPAÑA



El pasado 11 de noviembre se clausuró la segunda edición de la Semana de la Salud Prostática la campaña de educación sanitaria que, bajo el lema *Conoce tu próstata. Algún día lo agradecerás*, ha organizado el Consejo Nacional de la Salud Prostática (CNSP) en colaboración con la Asociación Española de Urología (AEU). El objetivo de esta campaña ha sido sensibilizar a los varones mayores de 50 años sobre los aspectos más relevantes de las enfermedades de la próstata. Responde a las recomendaciones realizadas por la organización Mundial de la Salud sobre la necesidad de desarrollar programas de educación integral para el público y los profesionales de la sanidad para desvelar los mitos establecidos alrededor de esta común afección del varón añoso.

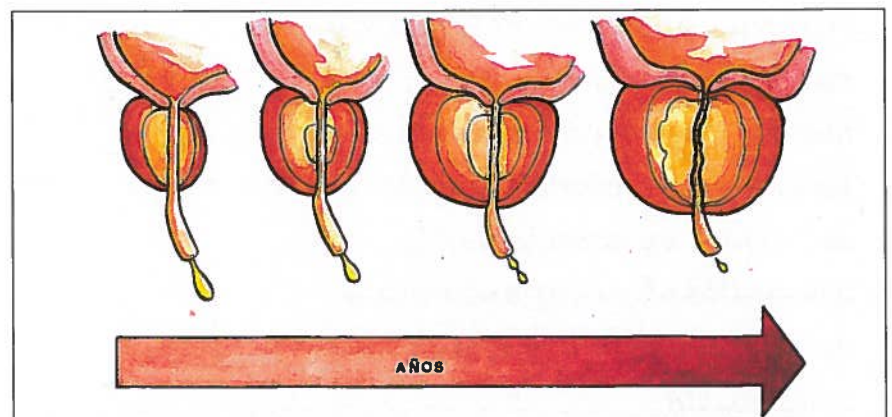
La importancia de esta campaña viene dada por la alta incidencia de este tipo de patologías en varones mayores de 50 años, pues se estima que a los 80 años de edad, el 80% de la población masculina padecerán o habrán padecido alguna de ellas. De ahí el mensaje básico que el CNSP y la AEU han querido hacer llegar a través de esta Semana de la Salud Prostática a este segmento de la población: la necesidad de someterse a una revisión periódica de la próstata, así como aprender a reconocer los síntomas que caracterizan las patologías prostáticas.

Aproximadamente unos quince mil valores han participado en las distintas actividades

programadas en esta II Semana de la Salud Prostática consistentes en un teléfono gratuito de información atendido por personal sanitario especializado en urología, atención directa por un grupo de urólogos en 40 puntos de información instalados en 30 poblaciones y una mesa redonda celebrada en el

Círculo de Bellas Artes, con la participación de los organismos organizadores, médicos, sociólogos y periodistas.

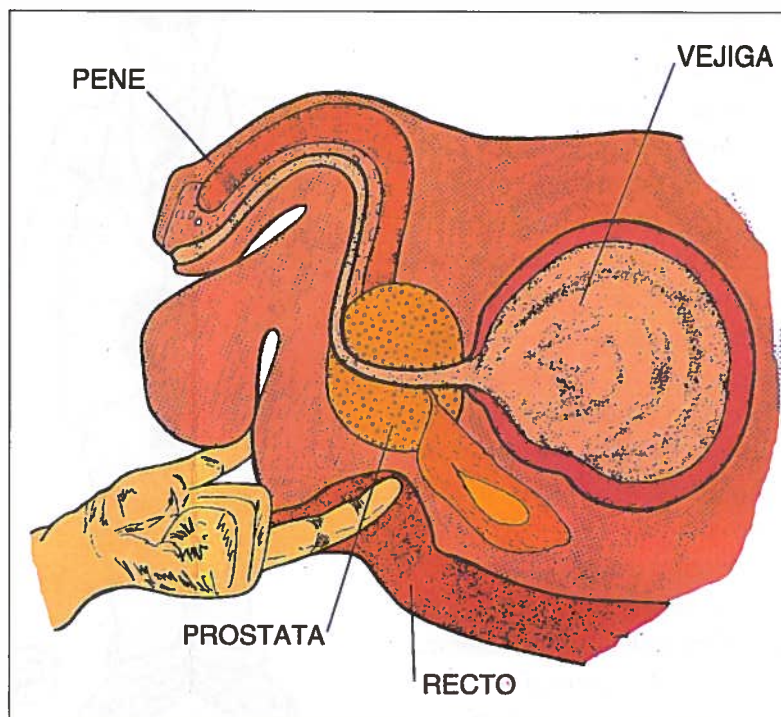
El teléfono de información al paciente estuvo prácticamente colapsado según informan en el Consejo Nacional de la Salud Prostática. Los especialistas que atendieron esta



DIAGNOSTICO

La exploración que realiza el urólogo es la base del diagnóstico:

- El tacto rectal ofrece información sobre las características de la próstata
- Las determinaciones analíticas, en especial el PSA, proporcionan información sobre las posibilidades de que la próstata sea cancerosa.
- La ecografía transrectal y la posterior biopsia confirman o descartan el diagnóstico.
- Finalmente, es necesario proceder a la clasificación del tumor, en función de su extensión, su celularidad, etc.



línea de llamada gratuita contestaron a unos 150 llamadas al día con un tiempo medio de diez minutos por llamada. Muchos de los varones que fueron atendidos en este teléfono se sometieron voluntariamente al cuestionario elaborado por la Organización Mundial de la Salud para la valoración de la sintomatología prostática. Como resultado del mismo el personal sanitario que atendió la línea 900 recomendó

a un número considerable de personas que fueran al urólogo con el fin de someterse a una exploración más completa.

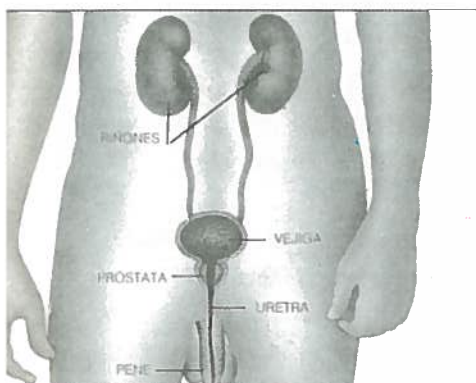
Por otra parte, las llamadas recibidas se caracterizaron en términos generales por la inquietud sobre el modo de llegar a obtener un diagnóstico precoz del cáncer de próstata. Asimismo, se constató que la mayoría de las personas que llamaron consideraban erróneamente que los síntomas de hiperplasia benigna de próstata y de los de cáncer de próstata eran totalmente diferentes.

De hecho en la primera edición celebrada en 1993, la mitad de los 3.000 varones que contestaron el cuestionario ni siquiera sabían qué era la próstata y muchos de ellos presentaban síntomas prostáticos pero no habían consultado al médico.

En lo que respecta a los puntos de información al público que se instalaron en 40 hospitales de 29 ciudades españolas, se registró una afluencia de público estimada en 15.000 personas, que recibieron la información elaborada por el Consejo Nacional de la Salud Prostática y la Asociación Española de Urología.

La próstata y sus enfermedades

La próstata es una glándula del aparato urogenital del varón que tiene el tamaño aproximado y la forma de una castaña. Su función consiste en secretar líquidos nutrientes para la función de los espermatozoides. Situada inmediatamente por debajo de la vejiga y delante del recto, la próstata rodea la uretra, que es el conducto a tra-



vés del cual el organismo elimina la orina. Básicamente existen tres tipos de patología prostática: la hiperplasia prostática benigna, el cáncer de próstata y la prostatitis.

La hiperplasia prostática benigna consiste en un aumento no neoplásico del tamaño de la próstata. Al aumentar de tamaño la próstata el tejido externo que la rodea no deja expandirse por lo que el incremento de tamaño se dirige hacia la uretra, provocando la constricción de este conducto urinario. Como consecuencia, la vejiga tiene dificultades para vaciarse.

Según los especialistas, la hiperplasia prostática benigna raramente provoca síntomas antes de los 40 años. Pero sin embargo, más de la mitad de los varones de 50 años y el 90% de aquellos con edades comprendidas entre los 70 y 80 años presentan síntomas de hiperplasia prostática.

Los síntomas más frecuentes incluyen alteraciones o problemas de la micción, como disminución del chorro, nicturia (el paciente se levanta varias veces por la noche a orinar) retraso del inicio de la micción y aumento de la frecuencia urinaria.

Si la hiperplasia prostática no es tratada adecuadamente puede provocar lesiones vesicales o renales irreversibles siendo la cirugía el único tratamiento.

Por su parte, el cáncer de próstata no suele dar síntomas. Cuando estos aparecen varían según el tamaño y la localiza-

ción del tumor y frecuentemente son los mismos de los trastornos benignos de próstata y existen distintos métodos para su tratamiento.

Por último existen tres cuadros clínicos distintos de infección de la próstata que se conoce como prostatitis: bacteriana aguda, bacteriana crónica y crónica no bacteriana que es la forma más frecuente de la enfermedad.

La prostatitis crónica no bacteriana o simplemente prostatidinia o dolor prostático se suele dar en los varones entre 30 y 50 años de edad. No obstante, puede aparecer a cualquier edad a partir de la pubertad. Su causa es desconocida y resulta difícil de tratar eficazmente.

La portatitis crónica puede ser asintomática durante muchos años aunque finalmente



provoca síntomas molestos, incluyéndose entre los más frecuentes el dolor testicular, dolor de espalda baja, sensación urgente al orinar, aumento o disminución del deseo sexual, ligera secreción uretral y lumbalgia tras el coito.

Se pueden administrar antibióticos para el tratamiento de la prostatitis aguda y crónica. La prostatitis crónica puede ser recurrente y no llegar a curarse nunca.

AGENDA DEL CONGRESISTA

VI CONGRESO NACIONAL DE AUXILIARES DE ENFERMERIA

CUIDADOS DEL ENFERMO RESPIRATORIO mayo 1994

Información: S.A.E.-Asturias:
Avda Valentín Masip, 26.
33012 Oviedo
Tel. (985) 27 06 91

IV SESIONES CLINICAS INTERHOSPITALARIAS DE ALERGOLOGIA E INMUNOLOGIA

CLINICA 19 enero 1994

Lugar: Hospital de La Princesa y del Niño Jesús de Madrid.

Información Laboratorios Astra.
Calle Joaquín María López, 66.
Madrid. Tel. 91/549 34 32

CURSO INTENSIVO SOBRE EL TRATAMIENTO DEL DOLOR

3 febrero 1994

Lugar: Madrid

Información: Sociedad Española de Psicoterapia Integral y Medicina Holística.

Tel. 91/547 54 44 - Fax 547 91 45



Hablan las asociaciones

ASOCIACION DE DIABETICOS ESPAÑOLES

(A.D.E.)

la diabetes

UN TRASTORNO MAL CONOCIDO

La diabetes es una enfermedad, un trastorno hormonal, conocida desde antiguo. En griego la palabra diabetes significa “con las piernas abiertas”, “sifón”, o “pasar a través de” y el término Mellitus quiere decir “como la miel”. Esto hace referencia a la manifestación tan peculiar que presentaban los enfermos de diabetes: eliminaban gran cantidad de orina, y además esta orina tenía un olor y sabor dulces. Sin embargo, no es hasta 1889 cuando Von Mering y Mimkowski, con objeto de otros estudios, realizan la ablación del páncreas de un perro, provocando una diabetes. Esto llevó a la idea de que el páncreas segregaba una sustancia que se vertía a la sangre y cuya falta producía la enfermedad “diabetes mellitus”. Esta sustancia está en unos islotes de células, denominados “islotes de Langerhans”, que son parte del componente endocrino del páncreas. De aquí viene su nombre: insulina.

En 1921 Banting y Best la aislaron y comprobaron que al administrarla a un perro diabético le producía un descenso de las cifras de glucosa en sangre. En 1922 se administró por primera vez a una persona, a un niño de 12 años, al que le salvó de una cercana muerte sin tratamiento. En España se introdujo en 1923 en Barcelona y desde entonces hasta ahora se utiliza en el tratamiento de la diabetes mellitus. Asimismo, desde entonces se ha avanzado mucho en el tratamiento de la diabetes hasta llegar a considerar ésta no como una enfermedad sino como un trastorno hormonal con el que hay que vivir y no para el que hay que vivir que afecta al 5% de la población lo que en España equivale a unos 2 millones de personas.

De la evolución que en los últimos 25 años ha experimentado la diabetes nos habla el doctor José Manuel Bádenas, vicepresidente de la Asociación de Diabéticos Españoles (A.D.E.), fundada en 1969 por diabéticos para mejorar sus condiciones de vida.

Para el vicepresidente de A.D.E. “debemos considerar la

diabetes una enfermedad social en primer lugar por su frecuencia, dado que afecta al 5% de la población y además es una enfermedad crónica cuya evolución y en ocasiones tratamiento inadecuado provoca distintas complicaciones de la enfermedad social que lleva a generar diferentes minusvalías a largo plazo. Esto lo convierte en enfermedad

social y como tal no debe tratarse sólo su aspecto biológico sino también otros aspectos como el psicológico y el social”.

A raíz de este planteamiento con enfermedad social surgen las iniciativas de un grupo de diabéticos en el año 1969 iniciando la reunión de lo que sería la Asociación de Diabéticos Españoles que se crea con el

Hablan las asociaciones

objetivo de agrupar el sentir de un grupo de individuos que tenían el mismo trastorno e intentar mejorar la calidad de vida de los mismos cuando los aspectos terapéuticos y médicos poco tenían que ver con los aspectos de 1994 puesto que las carencias de entonces eran absolutas.

En este sentido, la asociación se fundó con un carácter de formación de educación para las personas con diabetes sobre su trastorno, así como un interés por la formación organizando charlas, conferencias y reuniones con profesionales sanitarios y con el carácter propio de asociación de reivindicación e integración de personas con diabetes.

Reivindicaciones sociales y laborales

En los 25 años que la A.D.E tiene de historia se han conseguido importantes logros “aunque nunca son los suficientes”, matiza Bádenas. “Continuamos reivindicando de la Administración las cosas que por derecho debe tener un sujeto con un trastorno crónico como la diabetes. Se consiguió el uso de tiras reactivas que en la situación actual de crisis económica pretenden sacarlas de la receta social. En este sentido, nuestra reivindicación es que el diabético siga disponiendo de todas las tiras reactivas que necesite para su control en número ilimitado y de la marca que necesite”.

Por otra parte, en cuanto a integración social “queremos que el diabético no sea discriminado a nivel social y laboral ni en la empresa privada ni en la pública. En una sociedad como la actual con la competencia diaria y donde se prima más la productividad y el esfuerzo físico un trabajador con diabetes es conside-

rado por la empresa un trabajador en minusvalía de condiciones. Quizás también la conducta de algunos diabéticos educados de manera inadecuada o personas que aprovechan cualquier circunstancia para buscar prebendas pueden haber creado los tabús en torno al mundo del diabético que desde esta asociación se pretende erradicar”

Sin embargo, el rendimiento de trabajo de la persona con diabetes es semejante al rendimiento de quien no lo es; el diabético infringe menos sus días laborales y está demostrado que el absentismo laboral de un diabético es incluso menor que el de un trabajador no diabético. A pesar de ello la persona que accede por primera vez a un puesto de trabajo por el hecho de ser diabético está discriminado. Un estudio publicado recientemente por *Lance* demuestra que entre aquellos individuos que fueron por primera vez a un puesto de trabajo los que no consiguieron ser diabéticos sólo obtu-

vieron un rechazo del 30% mientras que aquellos que reconocieron ser diabéticos fueron rechazados en un 60%. Entre los diabéticos que lo ocultaron se equipara a quienes no lo son y fueron rechazados en un 30%.

“Con una prevalencia del 5% hay muchísimos profesionales de prestigio internacional y muchísimos políticos que actualmente dirigen el país que también son diabéticos pero que lo han guardado en su intimidad y nadie cuestiona su capacidad profesional”.

En el terreno asistencial la reivindicación más frecuente de los diabéticos españoles gira en torno a la falta de equipos de atención integral, equipos sanitarios dotados con lo que la OMS recomienda: médico diabetólogo, enfermera educadora, asistente social, si es posible psicólogo, dietista, podólogo. Sin embargo estos equipos existen en contados lugares y en escasas áreas sanitarias. La comparación de los pacientes tratados en un área



Los pacientes diabéticos tienen mayores probabilidades de tener problemas con sus pies que el resto de las personas.

La Asociación de Diabéticos Españoles tiene un organismo nacional que funciona bajo la denominación ADE NACIONAL y 50 delegaciones territoriales repartidas en todo el territorio nacional. Hay una junta directiva que desde la nacional se encarga de las gestiones que competen en aspectos dictados desde la Administración al diabético y cada delegación provincial tiene sus propias juntas con su organigrama directivo.

ADE la integran aproximadamente 20.000 socios que para el vicepresidente de la asociación "comparados con los dos millones de diabéticos es absolutamente insuficiente". Sin embargo, reconoce su optimismo y su afán de lucha "nuestros 25 años avalan nuestro esfuerzo y la necesidad de seguir existiendo", matiza Bádenas.

La Asociación de Diabéticos Españoles se financia gracias a las cuotas de sus afiliados un porcentaje de las cuales se destina a la financiación de A.D.E NACIONAL que recibe igualmente una ayuda del Ministerio de Asuntos Sociales.

Algunas delegaciones territoriales publican revistas informativas dirigidas al diabético pero no existe una publicación de difusión nacional.

ADE NACIONAL organiza un programa de actividades de ocio y convivencia para el diabético así como jornadas de formación e información.

Anualmente organiza unos seminarios que dirige a los jóvenes de la asociación quienes colaboran en la información y formación al diabético y distintos ciclos de conferencias o charlas educativas en torno a este trastorno.

sanitaria con los tratados en otra les hace sentirse en inferioridad de condiciones y quieren igualar a lo mejor y se lucha por estas unidades de atención. Por ello resulta muy difícil hacer una valoración sobre la calidad asistencial recibida puesto que ésta no es unánime dado que hay centros donde funciona muy bien y centros donde ni siquiera existen.

Sí existe más unanimidad entre el grado de satisfacción del sistema sanitario entre los diabéticos quienes, según una reciente

encuesta, se encuentran muy satisfechos del sistema y del trato recibido en un 73%, satisfechos el 16% y tan sólo un 4% reconoce sentirse insatisfecho o ser indiferente.

La sociedad también necesita educación para la diabetes

"En 25 años se han conseguido muchos logros gracias a la educación y formación del diabético, saber controlarse le hace rendir más y mejora su calidad de vida. Sin embargo falta edu-

car a la población, no basta con educar en diabetes al que la padece sino que habría que enseñar al entorno que le rodea y quitar todos los tabús que hay sobre la misma", manifiestan los responsables de la Asociación de Diabéticos Españoles.

El desconocimiento que existe en relación con este trastorno se comprueba cuando en una familia en la que no hay antecedentes de diabéticos surge en un miembro de la misma. "Sólo entonces empiezan a preguntar y a querer conocer e investigar sobre la diabetes. Cuando no se padece la gente no se interesa por conocerla y en el momento de su diagnóstico quieren obtener toda la información posible al respecto".

"La desinformación existente no sólo se da en la población general sino entre los diabéticos con respecto a las asociaciones que les representan. Más del 50% de los diabéticos desconocen que hay una asociación donde acudir a informarse, sentirse representados y desde donde se está luchando por la integración del mismo".

FICHA TECNICA

NOMBRE: A.D.E.
Asociación de Diabéticos Españoles
DIRECCION: General
Ramírez de Maeztu, 8-10.
28020 Madrid
TEL. 578 98 43
N.º DE SOCIOS: 20.000
FINANCIACION: a través de las cuotas de los socios y subvención del Ministerio de Asuntos Sociales
REVISTA: No edita ninguna publicación a nivel nacional



BASURA SANITARIA

Los hospitales españoles generan, cada año 80.000 toneladas de residuos sanitarios infecciosos o peligrosos y otras 110.000 toneladas de residuos hospitalarios asimilables a urbanos y que pueden recibir el mismo tratamiento que éstos. En los hospitales se producen entre dos y cuatro kilos de residuos asimilables por cama y entre 500 gramos y un kilo y medio de infecciosos o peligrosos. Así lo reconocía el director general de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Consumo, José Francisco Polledo, en el II Congreso Nacional de Medio Ambiente celebrado recientemente en Madrid.

La normativa vigente libera de responsabilidad a los hospitales sobre sus residuos limitando sus competencias en este sentido en la selección y almacenamiento de éstos. Es la autoridad municipal

quien debe disponer de los servicios para eliminarlos. No obstante, en la mayoría de los hospitales mantienen contratos privados con empresas exteriores para la eliminación

La basura sanitaria que no puede ir al vertedero común se quema en incineradoras, desaconsejadas por la Comunidad Europea por la contaminación ambiental que producen.

de estos residuos, que acaban en la mayoría de las ocasiones en la incineradora.

De momento, sólo Cataluña dispone de normativa respecto a la selección, recogida y transporte de los residuos clínicos. En ella se establecen

las clasificaciones, competencias, y responsabilidad de cada organismo competente. La Generalitat de Cataluña exige responsabilidades a los centros sanitarios sobre los residuos que generen.

La Generalitat de Cataluña dispone de una única incineradora pública en funcionamiento y desde la entrada en vigor de esta normativa de 1993 no se podían utilizar las incineradoras para la destrucción de los residuos clínicos.

El principal inconveniente de las incineradoras radica es que a pesar de ser un método seguro de destrucción no destruye la materia sino que la transforma en otra distinta. Aunque, es evidente que esto ocurre igualmente con otros métodos estos presentan menos riesgos y menos daños para el medio ambiente. En algunas comunidades autónomas, principalmente en Cataluña y Valencia, ya se utilizan



métodos como la esterilización por vapor, la trituración y la desinfección química.

La directiva comunitaria aprobada, a la que España debe adaptarse en junio de 1995, establece que los hospitales deben ser responsables de la selección, recogida, transporte y eliminación de sus contaminantes. A pesar de que en los últimos años la red hospitalaria ha mejorado considerablemente, tan sólo un 10% de los centros sanitarios españoles dispone de un manual de aseguramiento de la calidad y respetan las recomendaciones recogidas en el Manual de Gestión Interna Para Residuos Sanitarios elaborado por el Insalud.

La Diputación General de Aragón encargó recientemente un informe a una empresa especializada en medio ambiente cuyas conclusiones

demonstraron las graves deficiencias del sistema de eliminación de la basura sanitaria en la comunidad aragonesa. En total 3.200 toneladas de residuos infecciosos y tóxicos que se deshacen a través de

Medio Ambiente ultima un plan de gestión que pretende sustituir los hornos de los hospitales por la tecnología limpia del autoclave.

incineradoras contaminantes o arrojándolos directamente en vertederos municipales a los que van a parar desde las jeringuillas a los restos de autopsias.

El mencionado informe

afirma que en la comunidad no se cumplen las recomendaciones del Insalud por falta de clasificación de residuos en el punto de producción y porque los centros sanitarios no disponen de un local destinado al almacenamiento de residuos por planta.

La basura sanitaria que no puede ir al vertedero común se quema en incineradoras, desaconsejadas por la comunidad Europea por la contaminación ambiental que producen. Además, el citado informe matiza que estas incineradoras presentan deficiencias en su funcionamiento como escasa temperatura o erróneo tratamiento de gases. Algunos hornos, incluso no alcanzan la temperatura recomendada para garantizar la eliminación total de residuos que debe situarse por encima de los 900 grados y algunas de las incineradoras estudiadas sólo llegan a los 600.

Con los datos proporcionados Medio Ambiente ultima un plan de gestión que pretende sustituir los hornos de los hospitales por la tecnología limpia del autoclave, más cara pero más acorde con las exigencias de la normativa europea. Nuestro medio ambiente seguro que agradece el cambio y espera que esta iniciativa se copie en todas las provincias.

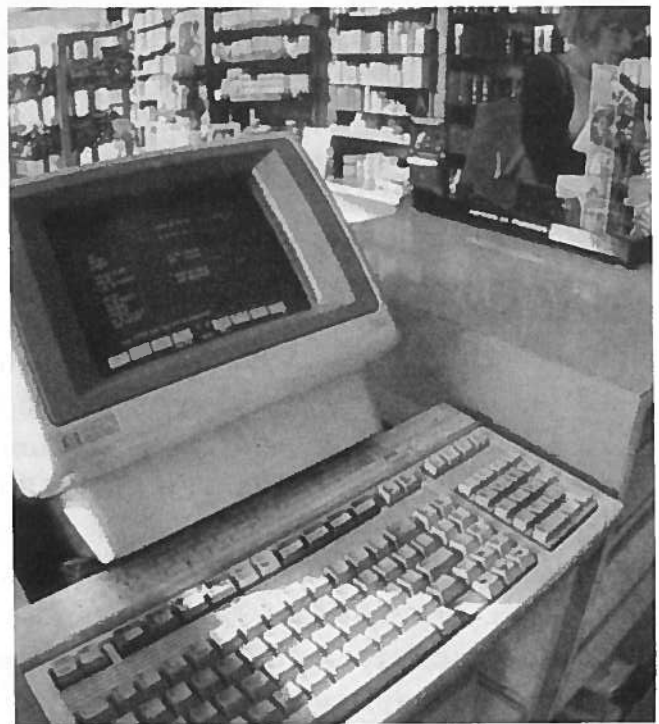
INFORMATICA AL SERVICIO DE LA FARMACOLOGIA

El avance de la informática ha permitido que el uso de superordenadores paralelos con programas informáticos apropiados se apliquen para investigar los efectos de determinados fármacos en enfermedades como el cáncer y enfermedades del corazón.

Esto ha permitido que en un centro de investigación de EE.UU ordenadores que hasta el momento habían sido dedicados al armamento nuclear sean utilizados actualmente para investigar los efectos de determinados fármacos. El resultado de este proyecto es la reducción a la mitad del tiempo de prueba de un nuevo fármaco y un considerable ahorro económico al reducirse el largo proceso al que deben someterse los medicamentos antes de ser aprobados por el gobierno.

Mediante el uso de un software de simulación los científicos podrán descubrir y probar nuevos medicamentos antes de ser usados en seres humanos. Estos programas de simulación podrían eliminar los compuestos dañinos o innecesarios de los futuros medicamentos.

Los investigadores han desarrollado un nuevo lenguaje de programación, llamado Sisal, que resulta óptimo para simular fenómenos científicos en ordenadores paralelos. Este programa sólo tiene que definir el objetivo final del programa de simulación y el lenguaje mismo se encarga de producir el resultado deseado, coor-



dinando las operaciones de los cientos o miles de procesadores independientes que se integran en un superordenador en paralelo. Anteriormente con otros lenguajes de programación era necesario que el programador definiera todas las operaciones paso a paso para el programa de simulación

La intención de los investigadores es emplear estos nuevos programas de simulación para el estudio de las relaciones entre medicamentos, células y enfermedades. Los fármacos que prueben su eficacia se someterán a pruebas clínicas en el Centro Oncológico de John Hopkins, en Baltimore, Maryland.

DESPERTAR DURANTE UNA OPERACION QUIRURGICA

El miedo a despertarse durante una intervención quirúrgica desaparecerá en breve gracias a un monitor perfeccionado en Escocia. Aproximadamente uno de cada cien enfermos se despierta mientras está bajo anestesia general según el Dr. Gavin Kenny, anestesista del Glasgow Royal Infirmary en Escocia y responsable del diseño de un nuevo sistema de monitorización cerebral.

En la actualidad, los médicos controlan la frecuencia cardiaca, la circulación sanguínea y la respiración de los enfermos mientras permanecen anestesiados pero estos registros pueden no avisar de que un enfermo se está despertando. El nuevo monitor, en cambio, mide el nivel de conocimien-



to al registrar la actividad cerebral en respuesta a una serie de chasquidos transmitidos por unos auriculares que se colocan al enfermo.

Los primeros ensayos de este nuevo monitor se llevaron a cabo en 11 enfermos que aceptaron ser despertados de la anestesia gene-

ral durante una intervención quirúrgica. A los pacientes se les administró un anestésico local para que no sintieran dolor al despertarse. En total, el monitor ha sido probado en 300 pacientes y actualmente se están fabricando diez unidades más para uso en hospitales británicos.

IR AL DENTISTA PUEDE SER ENTRETENIDO

El ruido de los aparatos y la visión de los movimientos del dentista tan poco divertidos, e incluso desagradables para algunos, en una consulta odontológica podrán ser sustituidos en breve por una película, un programa de televisión o un videojuego.

La entretenida alternativa a la aburrida extracción o empaque de la muela ha sido propuesta en Estados Unidos por la Compañía Virtual Vision y consiste en un sistema denominado Virtual Vision RX. El paciente se acomoda en una silla "equipada con auriculares de alta fidelidad y unas gafas especiales, y se limita a observar las imágenes magnificadas a color en una pantalla de cristal líquido a una profundidad focal confortable de 1,82 metros", según informa la revista "Popular Mechanics".

PRESUPUESTOS GENERALES DEL INSALUD

NO HAY DINERO PARA FORMACION

1995 no va a ser, definitivamente, el año de la formación continuada del profesional sanitario ya que en la tarta presupuestaria del Insalud hay dinero para casi todo menos para formación. de los casi billón y medio de pesetas que se gastará el Insalud en el año que comienza, sólo el 0,002% irá destinado a formación de los profesionales de Atención Primaria. Todo un lujo.

Pero no hay que quejarse de vicio, decía mi madre, ya que los sanitarios de Asistencia Especializada salen mejor (al menos en grandes cifras) ya que a ellos les toca, nada menos, que el 0,01 del presupuesto. Eso sí tienen como contrapartida que son más y tocarán a menos.

Los que sí pueden estar contentos, ya que son pocos y recibirán más dinero, son los "rara avis" que se encuentren en el grupo de los escogidos: en palabras llanas, los jefes, ya que a ellos les tocará, nada más y nada menos, que el 2,52 por ciento del presupuesto del Insalud. Un buen pico teniendo en cuenta que son cuatro monos si se comparan en número con los profesionales de A.P. o de Especializada. Y es que en todos los trabajos se cuecen habas y un jefe es un jefe, decía también mi madre.

Con estos presupuestos nadie se extrañe si dentro de unos pocos meses se rifa asistir a un curso de formación continuada entre el personal de un EAP o de un servicio hospitalario. Apúntese, no sea tonto, que no volverá a repetirse hasta, por lo menos, el de Navidad y para eso queda un año. Y ya sabe más vale curso en mano que ciento volando. Eso sí ya sabrá que el enchufe seguirá contando (y más si los cursos son tan escasitos como el azafrán) y deberá llevarse bien con el jefe de turno para poder pedir permiso y acudir a él.

Al resto, los no agraciados, éste que escribe les diría que no se rasguen las vestiduras, ni lloren desconosados que la cosa no es para tanto. A fin de cuentas, llevan pagándose los cursos de formación continuada toda la vida y acudiendo a ellos en las libranzas y después de la jornada laboral. Si se quejan es porque son masocas ya que la costumbre debe estar arraigada en más de uno y de dos, que llevan haciéndolo desde que comenzaron a trabajar.

En investigación, que hay que cuidarla, el INSALUD está dispuesto a tirar la casa por la ventana y ha decidido gastarse un buen montón de millones, o al menos eso es lo que piensan, y han presupuestado para 1995 un total del 0,38, todo un lujo.

Luego dirán nuestro gestores que en España no se investiga, que toda la nueva tecnología sanitaria hay que importarla, que los rollalties son muy elevados y que el dolar está por las nubes. Y todo ello sin darse cuenta que son los culpables (o al menos no hacen nada por evitar esta situación) ya que con semejante ridiculez dedicada a investigación no es extraño que sólo se investigue en los grandes centros asistenciales (donde escaquear unos duros del presupuesto es algo más fácil) o al amparo de Universidades y centro oficiales con presupuestos propios.

Tan curioso resulta el presupuesto del Insalud de 1995 que me he dedicado a mirar sus cifras, tan liosas ellas cuando ocupan líneas y más líneas y me he sorprendido al comprobar que sólo los Servicios Generales y Dirección se van a gastar casi la misma cantidad que lo dedicado a formación e investigación juntos. Si ya lo decía mi madre: Así va este país.

C.G.



**UN BUEN SEGURO
PARA
AUXILIARES DE
ENFERMERIA**

SAE

SINDICATO DE AUXILIARES DE ENFERMERIA

Athena SEGUROS



PROTOCOLO DE REDACCION

Los trabajos que se envíen para ser publicados en NOS deberán sujetarse a unas mínimas normas de presentación. De esta forma se agilizará el proceso de selección de los mismos y por tanto la edición de la revista, convirtiéndola así en una publicación con el máximo rigor.

- Los escritos deben ser inéditos y de tema libre.
- Los originales deben presentarse en formato DIN-A4 en una plana, mecanografiados a doble espacio, en castellano, y con margen lateral, superior e inferior. Las páginas deben ir numeradas.

Irán precedidos de un resumen de no más de quince líneas en el que exponga el planteamiento general del trabajo.

- La bibliografía debe incluir invariablemente el

nombre del autor, del libro, la editorial y la fecha y lugar de publicación.

- Se añadirá junto al trabajo todo el material gráfico y fotográfico que se considere oportuno como complemento al texto. Las fotografías pueden enviarse en papel o diapositiva, indistintamente, y se evitará en lo posible enviar fotocopias de los gráficos.
- Los autores deben adjuntar los siguientes datos: nombre completo del autor, o autores, titulación, empleo o cargo actual, dirección, teléfono de contacto.

Si son aceptados para su publicación, pasan a ser propiedad exclusiva de NOS, quien se reserva todos los derechos. Se comunicará por escrito a los autores la próxima publicación de los trabajos seleccionados.



BOLETIN DE SUSCRIPCION A NOS

DATOS PERSONALES

APELLIDOS Y NOMBRE

DIRECCION POBLACION

PROVINCIA C.P. TELEFONO D.N.I.

DATOS BANCARIOS (Cumplimentar sólo no afiliados)

Muy Sres míos

Ruego a ustedes que en lo sucesivo y, hasta nueva orden, hagan efectivos los recibos que presente el Sindicato de Auxiliares de Enfermería en concepto suscripción anual a NOS.

APELLIDOS Y NOMBRE DEL SUSCRIPTOR

TITULAR DE LA CUENTA

BANCO CAJA DE AHORROS

CODIGO CUENTA CLIENTE (C.C.C.)			
ENTIDAD	Sucursal	D.C.	N.º CUENTA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DIRECCION

POBLACION PROVINCIA C.P.

..... a de 199 Firma

Tarifa suscripción, dos números. (Incluidos gastos de envío)

AFILIADOS 700 pts, NO AFILIADOS 1.100 pts.

*Indicar si es afiliado a S.A.E y en su caso el n.º de afiliación

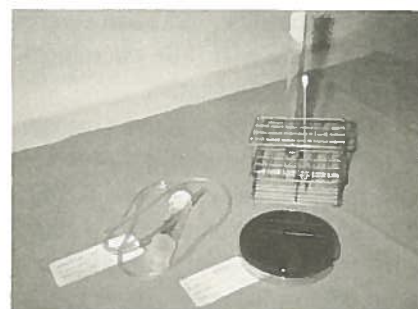
NOS C/ Alcántara, 5. 6.º Izq. - 28006 Madrid

NO AFILIADO

AFILIADO

INFECCION

POR STAPHILOCOCCUS AUREUS RESISTENTE A METICILINA EN UNIDAD UNA DE CUIDADOS INTENSIVOS



- M.^a Angeles Gil Hernández • Rosa M.^a Pérez Bayod
- Asunción Hernández • Gracia Nieves Escartín Penón

Todas las infecciones hospitalarias necesitan de unas medidas especiales por parte del personal sanitario.

En la producida por "Staphilococcus aureus resistente a meticilina" (S.A.R.M.), las medidas deben de ser más estrictas, si cabe, debido a su rápida y fácil propagación.

Los Auxiliares de Enfermería somos uno de los pilares básicos para evitarlo.

Si el paciente infectado se encuentra ingresado en una unidad de cuidados intensivos, requerirá un mayor esfuerzo por parte del personal que le atiende, ya que el aislamiento va a ser mucho más dificultoso.

Los únicos antibióticos casi siempre activos frente a este germen son las **vancomicinas**.

El principal reservorio es el hombre, hallándose en pacientes con infecciones estafilocócicas y en portadores sanos.

El número de portadores aumenta en grupos sometidos a venopunciones frecuentes: adictos a drogas por vía parenteral, diabéticos insulino-dependientes, pacientes sometidos a hemodiálisis y alérgicos que reciben terapia de desensibilización parenteral.

Los portadores pueden serlo de forma intermitente o permanente.

Los gérmenes se albergan principalmente en fosas nasales, pero también pueden aparecer en piel, uñas, cabellos, área perianal, vagina y axilas de personas sanas.

menes que desde las vías respiratorias altas pasan al aire, pueden contaminar heridas y alimentos.

En el aire se encuentran estafilococos patógenos vivos, al igual que en la vestimenta o ropa de cama, a donde llegan desde las fosas nasales. Este mecanismo de transporte aéreo contribuye también, en mayor o menor medida, a la difusión y colonización; aunque no suele ser eficaz como fuente de infección, salvo en heridas abiertas.

En el hospital, el personal sanitario también puede ser portador.

Factores predisponentes:

Pacientes inmunodeprimidos, heridas quirúrgicas, úlceras, neoplasias, uremias, hepatopatías, desnutrición y diabetes.

Puede aparecer estafilococo inicialmente en piel, vías respiratorias altas o tubo digestivo y finalmente pasará a torrente circulatorio produciendo una bacteriemia. La puerta de entrada en el organismo generalmente es por cateteres intravasculares.

Definición y localización:

Infección por staphilococcus aureus resistente a meticilina. La utilización de meticilina en el paciente produce esta resistencia. Puede haber una resistencia simultánea a tetraciclinas, estreptomycinina y gentamicina.

Formas de transmisión:

El contagio o difusión del estafilococo ocurre principalmente por contacto directo de persona a persona a través de las manos, pero los gér-

Métodos de detección:

El SARM no da ninguna sintomatología especial, se detecta mediante los cultivos de rutina. Ya que habitualmente se localiza en fosas nasales, laringe y zona axilar, se toman muestras de estas zonas y se cultivan en los medios adecuados. Todo ello controlado por los Servicios de Microbiología y Medicina Preventiva.

Se procede de la siguiente manera: Se utiliza isopo estéril para recoger cada muestra, haciendo una siembra en un tercio de la placa Petri y posteriormente se introduce el mismo isopo en un caldo glucosado, incubándolo en estufa a 37°C, durante 24 horas.

La turbidez en el tubo de ensayo nos indicará la presencia de SARM. Más tarde se comprobará el crecimiento de colonias en la placa de cultivo.

Material de aislamiento:

- Batas estériles.
- Guantes de latex.
- Mascarillas.
- Contenedores y receptales desechables.
- Bolsas especiales para material infectado (Lencería).

Técnica de aislamiento:

- Restricción de la entrada a la UCI.
- Aumento del índice personal sanitario/paciente.
- Obligación de toda persona que entre en la UCI de llevar batas, guantes y mascarilla.
- Desinfección del medio inanimado.
- Lavado de manos con jabón bactericida adecuado, antes y después del contacto. Secado escrupuloso.
- Control del Servicio de Medicina Preventiva.

- Cultivo nasal de todo el personal de UCI.
- Vigilancia prolongada de nuevos casos.

Tratamiento:

- Nivel nasal: Se administrará MUPIROCINA CALCICA (Bactrobam) o ACIDO FUSIDICO (Fucidine) alternando a criterio médico para evitar la aparición de resistencias.
- Nivel Cutáneo: (axilas, periné, manos, etc.) Lavado con CLORHEXIDINA (hibiscrub) como bactericida, combinándolo con POVIDONA YODADA (Betadine lavado quirúrgico), menos efectivo, pero utilizado si hay problemas con el producto anterior.
- Vía parenteral: se instaurará, principalmente, pauta con VANCOMICINA (Diatracín).
- Heridas y úlceras: POVIDONA YODADA (Betadine).

Actuación del auxiliar de enfermería

- Todo el material (agujas, jeringas, gasas, etc.) estarán dispuestos en una mesita auxiliar para uso exclusivo del paciente infectado.
- Se evitará la utilización de ventiladores para no fomentar la transmisión aérea.
- El material de desecho, tanto orgánico como inorgánico, será eliminado en contenedores y receptales especiales para incineración.
- La ropa de cama y lencería será enviada a la lavandería en doble bolsa, indicando por el color de ésta, que está infectada.
- Batas, palanganas, cuñas, etc. Se limpiarán con Clorhexidina.

- El instrumental usado se sumergirá en GLUTARALDEHIDO (Cidex) antes de su limpieza con agua y jabón. Para evitar tanto que el personal se infecte, como que actúe de vehículo transmisor, posteriormente, tras un escrupuloso secado se enviará a Esterilización o bien se volverá a sumergir en Glutaraldehido.
- El aseo del paciente se realizará con agua y Clorhexidina o Povidona Yodada, con minuciosidad en las zonas de asentamiento del germen.
- El lavado genital se hará con el mismo producto, utilizando posteriormente Povidona Yodada como desinfectante preventivo en los sondajes vesicales.
- El cabello se lavará regularmente con jabón bactericida.
- Es muy importante el secado escrupuloso del paciente, ya que la humedad favorece el desarrollo del germen.
- Se habrá de esperar a la segunda negativización del cultivo antes de pasar al jabón normalmente utilizado.
- Se evitarán el uso de cremas o pomadas, al actuar éstas como caldo de cultivo.

Bibliografía

- MEDICINA INTERNA, P. Farreras Rozman. Vol II. Sección: Enfermedades infecciosas. J. García San Miguel y A. Trilla Duodécima edición. Ediciones Doyman S. A. Barcelona 1992.
- INFECCION EN UCI. Juan J. Picazo de la Garza. José Romero Vivas. Sección: Bacteriemiias en UCI. Ediciones Doyman S. A. Barcelona 1993.
- STAPHILOCOCCUS AUREUS RESISTENTE A LA METICILINA. SITUACION ACTUAL. Emilia Bouza. Marta Rodríguez. Creixems. Madrid 1992.

- Joana Benaiges Benaiges
- Pilar Muria Ventura
- Cinta Curto Fabregat
- Rosa Puigcerver Balaguer
- M.ª José Vallés Alemany

HIGIENE BUCAL DEL ENFERMO GERIATRICO

PRESENTACION

Nuestra actividad profesional se desarrolla en un Hospital de 2º nivel perteneciente al sistema público sanitario. Concretamente al Instituto Catalán de la Salud.

El Hospital "Virgen de la Cinta", está situado en un área de influencia muy extensa denominada Baix Ebre, al sur de Cataluña y concretamente en su capital Tortosa.

Su población aproximada es de 110.000 habitantes que aumenta considerablemente en la época estival dada la situación geográfica.

La actividad principal de sus habitantes, es la agricultura y la industria derivada de la misma.

La educación socio-sanitaria es baja.

El Hospital al que nos referimos tiene acreditación de enfermos agudos, si bien en nuestra unidad de hospitalización el índice de pacientes mayores de 65 años, es del 49%.

PROBLEMA

Nuestro trabajo como Auxiliares de Enfermería nos llevó a la detección del problema que nos ocupa, la falta de higiene bucal que unida a otros factores como son:

- 1) Edad mayor 65 años.
- 2) Dependencia alta, nivel 3
- 3) Dependencia media, nivel 2.

Requieren un seguimiento y una creación de actividades específicas para resolverlo.

OBJETIVOS

Nos hemos propuesto dos tipos de objetivos:

A.- Objetivos generales.

- 1.º- Conocer las necesidades reales en la población a estudiar.
- 2.º- Aumentar la calidad de los hábitos en la higiene bucal en dicha población.

B.- Objetivos específicos

- 1.º- Evitar problemas bucales secundarios a la hospitalización.

2.º Elevar el confort de los pacientes geriátricos con patología aguda.

3.º- Incorporar el procedimiento a los cuidados integrales del paciente según el modelo de atención de enfermería de nuestro centro. (Virginia Henderson).

ACTIVIDADES

Se realizará la higiene bucal mañana, tarde y noche, sea cual sea el nivel de dependencia que presente el paciente.

Distinguiremos:

A.- Cuando las condiciones del paciente lo permitan, se utilizará la técnica acanalada:

Instrumento: Cepillo con cerdas textura suave, dentrífico sabor agradable.

Técnica:

a).- Sujetar el cepillo contra los dientes formando ángulo de 45º con las puntas de las cerdas descansando y penetrando debajo de los surcos de las encías, limpiando de 2 a 3 dientes a la vez y con un movimiento vibratorio de un lado a

otro desde el surco a la corona del diente. Se repite el proceso en todas las piezas dentales.

b).- Aclarado de la boca con agua, para eliminar las partículas desprendidas y el exceso de dentrífico.

c).- Si es posible por las condiciones del paciente se realizarán abluciones con antiséptico bucal, previsión de formación de úlceras.

B.- Si el paciente tiene un nivel de dependencia que no permite la limpieza mediante cepillado, procederemos de la siguiente forma:

a).- La auxiliar utilizará un depresor, protegido con gasas impregnadas en antiséptico y recorrerá toda la cavidad bucal cambiando las mismas cuantas veces sea necesario. Con ello evitaremos la formación de candidas por la modificación de la flora saprofista o por alteraciones y de la mucosa, que pueden desembocar en dificultades en la deglución y consiguiente desnutrición.

C.- Tener en cuenta siempre el cuidado de las labores, preveyendo la formación de grietas con el lubricante adecuado, no debiendo ser aplicado éste en exceso.

Cuando el paciente utiliza prótesis artificial total o parcial, valoraremos si es imprescindible su uso durante la hospitalización, ya que con frecuencia asociada a la patología que presentan, aparece la disminución de flujo de sangre a las encías, también disminuciones en el peso, con lo cual la prótesis no se adapta y se produce molestias e incluso úlceras de presión.

Si no presenta problemas o es imprescindible su uso, se vigilará o efectuará dependiendo del caso, la limpieza igualmente tres veces al día con antiséptico adecuado.

Vigilaremos también que no se

pernocte con ella colocada, para que los tejidos descansen sin roces innecesarios. Se mantendrá durante el período nocturno en la solución antiséptica diluida en agua.

D.- En todo procedimiento elegido para nuestras actividades tendremos en cuenta no descuidar el aspecto de educación socio-sanitaria:

— Cuando el paciente presenta un nivel de dependencia no total, le implicaremos en su autocuidado, informándole además del procedimiento paso a paso y corrigiendo las posibles desviaciones que se produzcan.

— Cuando el paciente es dependiente involucraremos y responsabilizaremos en el proceso a uno o dos familiares si es posible, que vayan a estar a su cuidado en el domicilio.

— Si el paciente presenta al alta algún relevante en el aspecto que nos ocupa, lo haremos constar junto con las recomen-

daciones oportunas en la hoja reservada a tales conceptos.

CONCLUSION

Hacia la población geriátrica se dirigen escasas campañas socio-sanitarias, de índole higiénico. Seguramente dando por hecho el conocimiento de estos aspectos. Creemos que es un error dado que es un momento de la vida en el que son necesarios un número más elevado de cuidados y medidas preventivas, dada la incidencia de patologías añadidas a la edad, por ellos los auxiliares de enfermería deben contribuir al bienestar y en definitiva a mejorar la calidad de vida de estas personas llenando las lagunas posibles con los medios que están en nuestras manos.



ACCIDENTES DE CUIDADOS DE TRAFICO ENFERMERIA EN LA ESFERA PSICO-SOCIAL

Las importantes repercusiones que hoy en día tienen los accidentes de tráfico han hecho que conducir se convierta en un acto perjudicial para la salud.

El personal de Enfermería, consciente de estas repercusiones, adopta nuevas formas de actuación en las que, además de los aspectos físicos, se incluyen cuidados encaminados a tratar los aspectos psicosociales. Estos cuidados se basan fundamentalmente en el asesoramiento y el apoyo que el Equipo de Enfermería, proporciona al accidentado y a sus familias.

INTRODUCCION

Los accidentes de tráfico son aquellos que se producen en una vía abierta a la circulación y a consecuencia de los cuales las personas resultan heridas o muertas, o también cuando se producen daños materiales en un vehículo en movimiento.

Los resultados que de ellos se desprenden son verdaderamente alarmantes, tanto, que hoy en día podría considerarse que conducir es un acto perjudicial para la salud.

Según la Dirección General de Tráfico (D.G.T.) en 1991 se produjeron 93.128 accidentes a causa de los cuales 6.797 personas resultaron muertas, y 148.450 resultaron heridas.

La importancia de estos viene dada por las repercusiones que tienen a nivel individual ya que se producen muertes e invalideces, a nivel familiar por la cantidad de familias que se rompen por la pérdida de algún com-

ponente de la misma, a nivel social ya que los accidentes generalmente se producen en personas jóvenes y hace que haya un alto absentismo laboral, a nivel económico ya que se calcula que entre el 1 y 2% del producto interior bruto se gasta como consecuencia de éstos y sobre todo la repercusión psicológica tema en el que se centra esta comunicación.

LA UNIDAD DE URGENCIAS

Su solo nombre sugiere excitación, peligro, fuertes emociones y actividades. Accidentados impredecibles y situaciones de crisis con dramáticas intervenciones. Mientras que el entorno en sí puede ser imprevisible, se espera que el personal se mantenga bajo control, trabajando con perfecta calma, incluso en situaciones de considerable tensión. Los

traumatizados y sus familias entran de repente en situaciones de crisis, mostrando un amplio repertorio de conductas, desde el simple nerviosismo a la cólera o el pánico.

Los seres humanos, sometidos a intenso estrés, reaccionan de muchas formas, aunque con el denominador común de la ansiedad.

Existen muchas definiciones de la ansiedad. Nos quedaremos con la que dice que la **ansiedad es una respuesta emocional primitiva con componentes somáticos exteriorizados por patrones internos y externos. La ansiedad suele asociar con tres estados mentales: sentimiento de desamparo, de aislamiento-enajenación y de inseguridad, cada uno de los cuales amenaza la integridad del individuo.** (Holmes J. D. 1983).

Si el equipo de enfermería experto conoce los efectos de la angustia sobre ellos mismo, también es cierto que debería ser capaz de valorar la de los politraumatizados y planear intervenciones adecuadas.

En enfermería, se considera que los humanos son entidades completas que poseen dimensiones fisiológicas, psicológicas, sociales y espirituales en interacción una afecta a las demás de diferentes maneras.

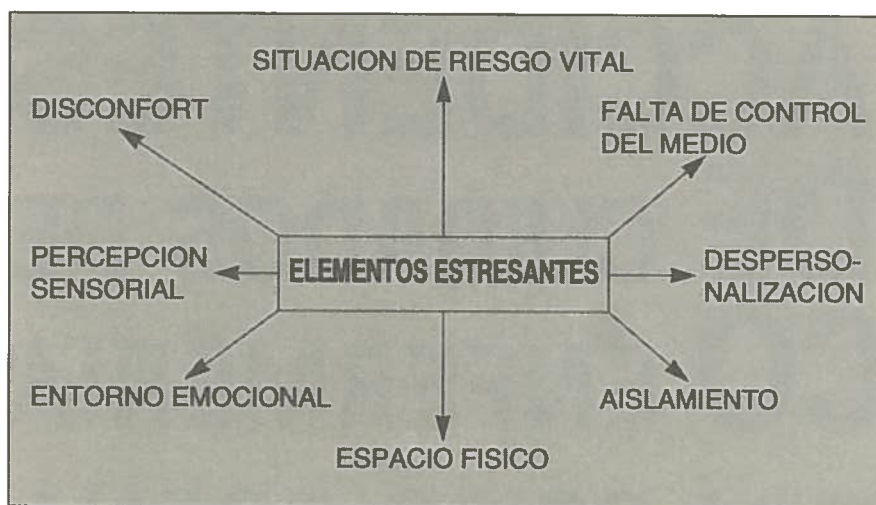


FIGURA 1

Los politraumatizados que llegan a la unidad de urgencias presentan una serie de elementos estresantes, que podríamos resumir en ocho puntos: (Fig. 1).

1- SITUACION DE RIESGO VITAL. La persona se encuentra en una situación crítica, que le conduce a la incertidumbre sobre la continuidad de su vida, lo cual le genera un alto nivel de ansiedad. Los mismos sentimientos y pensamientos pueden estar presentes en los miembros de su grupo familiar.

2- FALTA DE CONTROL DEL MEDIO. Su elevada dependencia del equipo de cuidados, produce un grave impacto en la persona, el verse sometido a procedimientos y técnicas invasivas sobre las que no tiene ningún control ni antes ni después de realizadas, provoca otra sensación de inseguridad.

Otro elemento cuya ausencia contribuye a aumentar la sensación de falta de control es la información sistemática tanto sobre los aspectos actuales, como sobre los aspectos relevantes de su futuro a corto y medio plazo.

3- DESPERSONALIZACION. Por la gravedad de la situación en la que se encuentra el politraumatizado

al regresar en una unidad de urgencias, la prioridad de los cuidados se centra en el estado físico, dejando en segundo término los cuidados de los aspectos psico-sociales de la persona, lo cual contribuye a potenciar sentimientos de impotencia y de despersonalización.

4- AISLAMIENTO. El ingreso en una unidad de estas características supone una separación física de las personas y del medio habitual, así como una pérdida o disminución del contacto emocional con los seres queridos. Todo ello provoca un aislamiento personal y social que puede crear sentimiento de desesperanza,

hostilidad, ira, impotencia, soledad, miedo, etc.

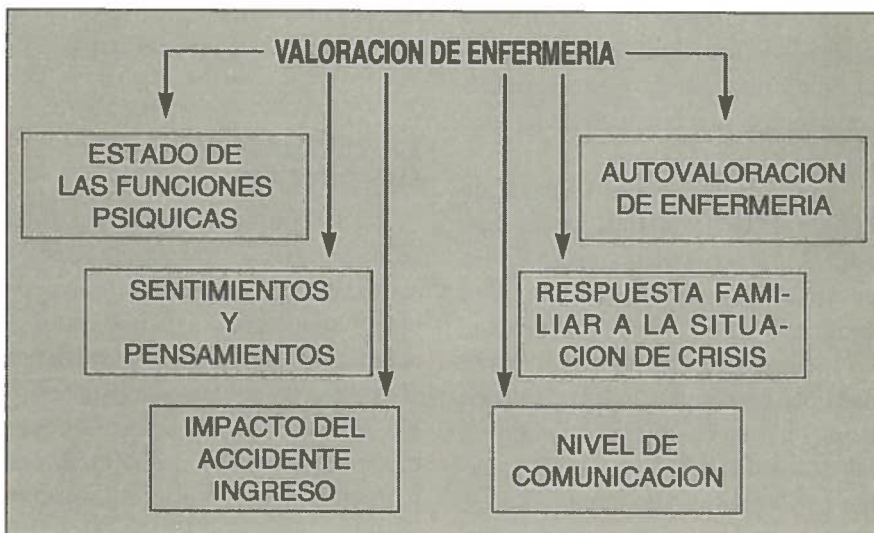
La comunidad puede verse alterada tanto por los motivos anteriormente expuestos, como por incapacidad o limitaciones del propio accidentado por causas físicas o psicológicas.

5- ESPACIO FISICO. Hay una serie de elementos que constituyen unos estresores específicos de este tipo de unidades, que afectan tanto al usuario como al personal que trabaja en ellas. Se pueden citar factores arquitectónicos (falta de luz directa del exterior), de espacio limitado y de falta de intimidad, problema que agrava aún más la despersonalización en estas situaciones.

6- ENTORNO EMOCIONAL. La percepción de la gravedad de su situación, puede afectar al estado emocional aumentando los sentimientos y pensamientos de temor, inseguridad y ansiedad. La relación que el equipo de enfermería establece con el usuario y su familia puede ser un factor de ayuda fundamental o bien constituir un elemento estresante de gran magnitud.

7- PERCEPCION SENSORIAL. Pueden darse dos situaciones

FIGURA 2



puestas: la privación sensorial o la sobrestimulación sensorial. El primer caso se refiere a la disminución de los estímulos que el politraumatizado recibe a causa del aislamiento, del ambiente tenso de estas unidades y de la separación de las personas y objetos que habitualmente los proporcionan. Asimismo, puede haber una disminución en la percepción de los estímulos debido a la propia situación que presenta. En el segundo caso, la sobrestimulación sensorial viene dada por un exceso de estímulos puntuales, rápidos, inesperados y que se superponen entre ellos.

8- DISCONFORT. Deben considerarse como elementos estresantes añadidos la falta de bienestar a causa del dolor, la inmovilidad física y las numerosas pruebas diagnósticas que se realizan, así como la separación de las personas significativas y de sus pertenencias y objetos personales.

PROCESO DE CUIDADOS

VALORACION DE ENFERMERIA. La recogida de datos que el personal de enfermería realiza debe incluir información detallada sobre los sentimientos, pensamientos y comportamientos del politraumatizado y su familia. Asimismo, las condiciones del medio también deben ser valoradas con el fin de asegurar un ambiente terapéutico.

A modo de orientación, los elementos que debe incluir la valoración del equipo de enfermería son los siguientes: (Fig. 2)

1- Estado de las funciones psíquicas. Incluye la valoración del, estado de consciencia, sensopercepción, pensamiento, memoria, psicomotricidad y afectividad. Una detección precoz de la sintomatología psíquica permite una intervención rápida que evite un posible empeoramiento de su situación psíquica.

2- Sentimientos y pensamientos. Debe valorarse como vive el accidentado su situación (visión catastrófica o por el contrario optimista), si expresa temor, miedo, dolor, hostilidad, impotencia, desesperanza o falta de control.

3- Impacto del accidente y de su ingreso en urgencias. Se valorará el choque como impacto violento sobre la mentalidad del individuo y el enfrentamiento indeseado con la realidad. Asimismo, presenta ansiedad relacionada con la repulsa como mecanismo de defensa del ego que, automática e inconscientemente, comienza a actuar cuando una situación es demasiado difícil de aceptar.

4- Nivel de comunicación. Incluye la valoración de la cantidad y calidad de las interacciones que realiza tanto con el equipo como con la familia. También deben considerarse las causas que originan una comunicación alterada o ineficaz (limitaciones físicas o estados afectivos).

5- Respuesta de la familia a la situación de crisis. Incluye la valoración

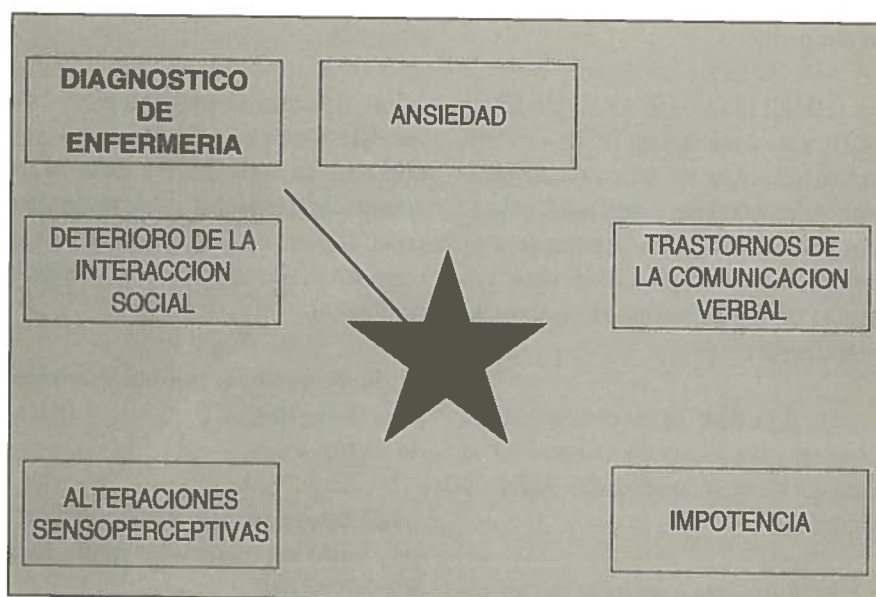
de la existencia de sentimientos de culpa por la imposibilidad de asumir el cuidado, miedo a las consecuencias del accidente, capacidad o incapacidad para adaptarse a las circunstancias buscando soluciones alternativas y proporcionar apoyo o colaboración.

6- Autovaloración de enfermería. El equipo de enfermería debe identificar el nivel de su propia ansiedad en un doble sentido. La autovaloración sirve para, una vez identificada la ansiedad poner en marcha mecanismos de afrontamiento y de adaptación a la situación de estrés, así como para evitar su transmisión al politraumatizado.

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA. Los diagnósticos de enfermería deben ser formulados de acuerdo con las características de cada persona, problema y situación. Los principales diagnósticos son los siguientes: (Fig. 3)

1- Ansiedad, relacionada con la amenaza de la integridad física, psíquica, biológica y social o por transmisión de la ansiedad existente en el equipo de actuación.

FIGURA 3



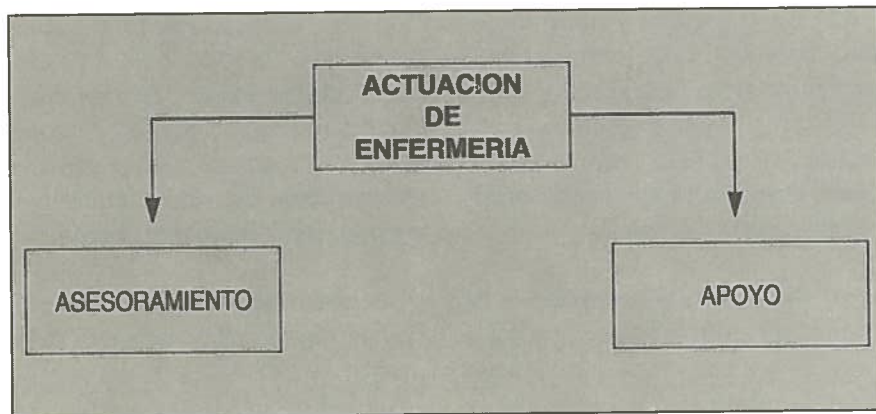


FIGURA 4

2- Trastorno de la comunicación verbal, relacionado con la incapacidad para articular palabras, afectación respiratoria, afectación auditiva, intubación endotraqueal y falta de intimidad o barreras psicológicas.

3- Impotencia, relacionada con la falta de control o incapacidad para realizar las actividades de la vida cotidiana.

4- Alteraciones sensorio-perceptivas, relacionadas con el aislamiento, dolor, estrés, deprivación o sobrecarga sensorial.

5- Deterioro de la interacción social, relacionado con el aislamiento terapéutico.

OBJETIVOS DE LOS CUIDADOS. Las actuaciones de enfermería deben enfocarse de acuerdo con anteriores diagnósticos y con unos objetivos que varían según la persona y la situación de cuidados. En general y a modo de orientación, el equipo de enfermería debe:

1- Ayudar al accidentado a obtener elementos de control en la medida de sus capacidades físicas y psíquicas.

2- Ayudarlo a mejorar su capaci-

dad relacional y de comunicación para disminuir el aislamiento y la despersonalización y mejorar el auto-concepto.

3- Ayudar a la familia a adaptarse a la situación de crisis con estrategias de afrontamiento efectivas.

ACTUACION DE ENFERMERIA. Encontramos dos niveles de actuación de enfermería: el asesoramiento y el apoyo. (Fig. 4).

El asesoramiento incluye actuaciones tales como:

1- Proporcionar información objetiva a cerca del accidente, de su evolución y de las expectativas, así como de los cuidados que se le dispensarán.

2- Enseñar al traumatizado y su familia formas de comunicación efectiva utilizando elementos de comunicación verbal y no verbal, así como formas no verbales alternativas cuando exista alguna disfunción o limitación.

3- Preparar al politraumatizado para su posible alta, ingreso o traslado a otro centro.

El apoyo incluye acciones diversas, tanto en el aspecto emocional como material"

1- Establecer una relación terapéutica que sirva de ayuda y apoyo efectivo a la persona y a su familia.

2- Proporcionar al afectado seguridad en los cuidados, aplicando el proceso de enfermería en todas sus etapas.

3- Ayudar al accidentado a reducir el nivel de ansiedad aplicando técnicas de relajación y visualización.

4- Proporcionar apoyo a la familia, favoreciendo la expresión de sentimientos y pensamientos, reforzando comportamientos y sentimientos positivos y asegurando vías mutuas de comunicación familia-equipo de enfermería.

5- Ayudarles a afrontar las pérdidas funcionales y materiales causadas por el accidente.

Pensamos que estos conocimientos son de gran utilidad para el equipo de enfermería en la evacuación exacta de las necesidades, planeación eficaz y realización de las estrategias de enfermería, y en la valoración de los resultados que se esperan en el accidentado durante el proceso de suministrar cuidados globales y continuos a los accidentados en estado crítico y sus familias.

BIBLIOGRAFIA

ALSPACH/WILLIAMS: *Cuidados intensivos en el adulto*. 1987. Madrid. Interamericana McGraw-Hill.

STEPHANIE KTT ET AL: *Urgencias en enfermería*. 1992. México. Interamericana McGraw-Hill.

BARRY J. et al: *Enfermería de Urgencia*. 1983. México. Alhambra.

Los CUIDADOS *del* RECIEN NACIDO *en* FOTOTERAPIA

JUANA NOTARIO DE HIDALGO

Es frecuente encontrar en la planta de maternidad lugares reservados para el tratamiento de los recién nacidos con ictericia a través de la fototerapia. Este tratamiento y sus cuidados no suelen presentar problemas, sin embargo, el desconocimiento de éstos provocan a veces situaciones indeseables y huellas irreparables en el lactante. En el presente artículo trataremos de despejar algunas dudas y de poner en claro cuáles son los cuidados básicos que con este tratamiento se deben de tener.

Con mucha frecuencia, el auxiliar de enfermería se enfrenta en la planta de maternidad al trastorno denominado ICTERICIA

¿Qué es la ictericia?

La ictericia está causada por el exceso de bilirrubina en los tejidos del organismo. Existen varias causas que originan dicho trastorno, dando lugar a varios tipos de ictericia:

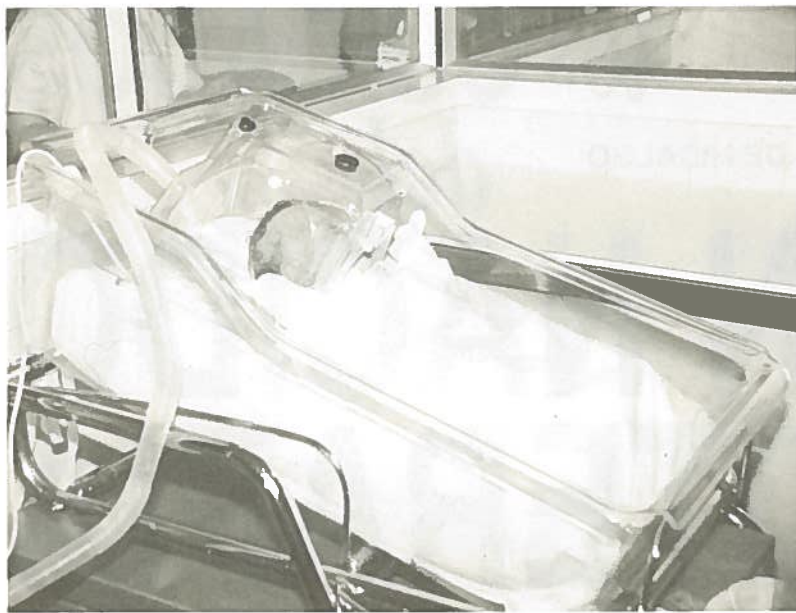
La ictericia fisiológica: En circunstancias normales de nivel de bilirrubina de reacción indirecta en el suero del cordón umbilical es de 1 a 3 mg/dl y aumenta a una velocidad de menos de 5 mg/100ml/24 horas; la ictericia por lo tanto, se

hace visible al segundo o tercer día generalmente. La ictericia puede existir ya al nacer el niño o manifestarse en cualquier momento de período neonatal. La ictericia que no aparece hasta el segundo o tercer día es por lo general "fisiológica", pero puede corresponder a la forma más grave, llamada actualmente hiperbilirrubinemia del recién nacido. Esta puede provocar neurotoxicidad y querníctero. Los signos de querníctero raramente aparecen el primer día de la ictericia. El querníctero es un síndrome neurológico resultado del depósito de bilirrubina en las células cerebrales.

Eritroblastosis: Alrededor

de 1940 los investigadores descubrieron un factor en la sangre del mono Rhesus que afectaba la evolución de las transfusiones, al que llamaron factor Rh. Si se tiene el factor Rh en el hombre, se dice que son Rh positivos y si no tienen se les llama Rh negativos. La incompatibilidad se presenta cuando la madre es Rh negativo y se les transfunde varias veces con sangre Rh positivo.

La ictericia debida a Eritroblastosis puede presentarse al nacimiento, a las pocas horas, o uno o dos días después. Pueden encontrarse varios grados de Eritroblastosis en los recién nacidos. La gravedad del tras-



torno puede determinarse efectuando pruebas en la sangre del cordón y observando al recién nacido.

En la actualidad es posible prevenir que una madre que ha dado a luz a un niño Rh positivo produzca anticuerpos si se le aplica una inyección de Rho-GAM en los tres primeros días después del parto, siempre y cuando se haya demostrado que no está sensibilizado. Se observará el color y se informará cualquier manifestación de ictericia durante el primero y segundo día.

Incompatibilidad ABO: Cuando el tipo de sangre de la madre es O y el del recién nacido es A o B, puede desarrollarse incompatibilidad ABO. Este trastorno es muy similar al de incompatibilidad Rh.

Aunque la sangre materna y la fetal normalmente no se mezclan, pueden presentarse

roturas en la barrera placentaria que permitan que los eritrocitos fetales penetren en la circulación materna o bien que los anticuerpos de la circulación materna penetren en la circulación fetal.

Al contrario de la enfermedad Rh, el primer bebé puede verse afectado por la incompatibilidad ABO. Su frecuencia es del 0,5% de nacidos vivos, y es una causa importante de mortinatos, aunque tienden a disminuir como resultado de la administración de anticuerpos Rh a las madres con este riesgo.

¿Qué síntomas y pruebas ponen de manifiesto los distintos tipos de ictericia?

Síntomas de la ictericia fisiológica: Se puede descubrir si se observa el color de la piel y la esclerótica, las cuales toman un tinte amarillento. Otro dato es la presencia de

productos del metabolismo de las bilirrubinas en la orina. Las heces de color pálido cuando hay ictericia, señalan obstrucción de los conductos biliares. Aunque la ictericia es frecuente, sobre todo en los prematuros se deberán informar todos los casos para descartar alguna situación que sea realmente grave.

Son frecuentemente signos iniciales la letargia, la escasa alimentación y la pérdida del reflejo de Moro. Los supervivientes generalmente resultan lesionados de forma grave. La superficie del cerebro generalmente aparece pálida y amarillenta. Son frecuentes el retraso mental, la sordera y la cuadriplejia espástica.

Síntomas de la Eritroblastosis y de la incompatibilidad ABO: Los síntomas varían con la gravedad del problema, hay anemia e ictericia. La enfermedad ABO es comúnmente mucho más leve que la enfermedad Rh. Sin embargo, el niño puede nacer con anemia y desarrollar ictericia en las pocas horas después de nacer.

Tratamiento y cuidados

Recientemente se ha utilizado la fototerapia (tratamiento por exposición a la luz) para tratar o prevenir la ictericia en el recién nacido y el prematuro. Algunos encuentran la fototerapia de gran utilidad en el tratamiento de niños prematuros, quienes, debido a los sistemas enzimáticos de su

hígado inmaduro, son incapaces de excretar bilirrubina en forma adecuada. El propósito de la fototerapia es reducir los niveles de bilirrubina en la sangre y de este modo prevenir la lesión cerebral.

La fototerapia consiste en exponer al niño a la luz fluorescente o a focos G.E. de 20 vatios de luz de día. Suelen usarse tubos de luz fluorescente. La luz se coloca sobre la cuna o la incubadora a una distancia de 40 a 70 cm. del recién nacido. Durante el tratamiento se cubrirá los ojos del lactante para prevenir lesiones de la retina por la irradiación. Pueden usarse almohadillas para los ojos y se mantienen en su lugar son un pedazo de tejido elástico. Cuando se cubren los ojos, debe tenerse cuidado de que estén cerrados; de otra manera, puede haber abrasión de la córnea.

A fin de exponer la piel del lactante al máximo durante el tratamiento, se mantendrá destapado y desnudo, excepto por un pañal. El pañal es necesario en muchos casos porque estos niños son propensos a tener evacuaciones líquidas, verdes, y también como precaución para que los niños varones no salpiquen de orina el foco y este se rompa. El pañal también previene uno de los raros efectos secundarios de la fototerapia, el priapismo (erección dolorosa y continua del pene).

Si no se dispone de una lámpara comercial, que tiene un dispositivo de seguridad, el auxiliar

de enfermera en colaboración con la enfermera, deberá cerciorarse de que haya una protección entre el recién nacido y el foco para prevenir lesiones en caso de que éste se rompa y planear un método que indique el tiempo que se ha usado, ya que la producción de energía de los focos disminuye con rapidez después de 200 horas de uso y en consecuencia puede reducirse el ritmo de descenso de los niveles de bilirrubina. La auxiliar de enfermera necesita vigilar constantemente al recién nacido que está recibiendo fototerapia.

Se mantendrá cubiertos sus ojos y evitará que aumente su temperatura. Si sucede esto último deberá apartarlo temporalmente de la lámpara. Debido a que el lactante puede tener evacuaciones líquidas y perder líquido en exceso por los tejidos, la auxiliar de enfermera deberá darle suero glucosado para reparar esta pérdida.

La posición del lactante debe cambiarse cada dos horas. Algunos niños que reciben fototerapia parecen inquietos al inicio del tratamiento. Esto puede deberse a que sus ojos están cubiertos o porque no están vestidos y abrigados.

Saber que, debido a la dilatación capilar, la piel puede tomar un aspecto de quemadura solar. Este aspecto suele ser transitorio y no se considera importante. Deberán observarse las reglas de alimentación y sueño del lactante; es necesario informar al médico de cualquier cambio. El

tiempo que el recién nacido estará expuesto a la luz será prescrito por el médico.

No se sabe exactamente cómo actúa la fototerapia para reducir el nivel de bilirrubina. Se sabe que la fotooxidación de la bilirrubina ocurre en la piel y no en el plasma, porque partes del cuerpo que están cubiertas con ropa durante el tratamiento permanecen con ictericia. Parece que la luz conviene la bilirrubina en un compuesto hidrosoluble polar incoloro que puede excretarse fácilmente por la orina.

BIBLIOGRAFIA:

- BETHEA DORIS, C.
Enfermería Materno infantil.
Ed. Nueva Editorial Interamericana.
México, 1987.
- DUMONT THOMPSON,
E Crecimiento, desarrollo y patología del niño.
Ed. Nueva Editorial Interamericana.
México, 1984.
- NELSON, W.E. y OTROS.
Tratado de Pediatría
Ed. Salvat
Barcelona, 1980

EL PACIENTE CON VIH

M.^a JOSE GOMEZ SANCHEZ

I VIAS DE TRANSMISION

Para que se produzca la transmisión del VIH es precisa una cantidad mínima de virus. Si la cantidad de virus está por debajo de este umbral, el organismo consigue liberarse de él, impidiendo invadir los linfocitos.

● Fluidos que se han hallado VIH:

- Sangre
- Semen
- Secreciones vaginales
- Leche materna
- Otros: saliva y lágrimas.

La concentración de virus hallado en los fluidos: lágrimas, sudor, saliva, está por debajo del umbral necesario para transmitir la infección, por lo que no se consi-

deran en la práctica una vía de diseminación del VIH.

● Formas de transmisión del VIH:

- A- Sangre
- B- Relaciones sexuales
- C- Madre - hijo

A- SANGRE:

La vía de transmisión por sangre más habitual es compartir jeringuillas y agujas entre los toxicómanos.

A partir de 1985 las donaciones de sangre se controlan y analizan, por lo que es prácticamente inexistente el riesgo de transmisión del virus a través de transfusiones o hemoderivados en la actualidad.

Tiene que tenerse en cuenta quien NO debe donar sangre.

- Hombres y mujeres que saben que están infectados por el virus del sida.
- Hombres que han tenido relaciones sexuales con otros hombres en cualquier momento posterior a 1977.
- Drogadictos tanto hombres

como mujeres que se hayan inyectado drogas en cualquier momento posterior a 1977.

- Hombres y mujeres que hayan tenido relaciones sexuales en cualquier momento posterior a 1977, con hombres o mujeres que viven en países africanos, excepto los países que están en el mediterráneo.
- Hombres y mujeres que se prostituyen.
- Hombres y mujeres que han tenido relaciones sexuales con personas que pertenecen a los grupos anteriores.
- Parejas sexuales de hemofílicos, etc...

En la actualidad a todo donante, le hacen una serie de preguntas y los informan de quien puede donar y quien no, por las causas anteriores y por otras como si toman medicación y de que tipo, su peso, etc...

También tenemos otras formas de transmisión VIH a través de la sangre como son;

- Cuchillas de afeitar, agujas de acupuntura, utensilios de peluquería como: maquinillas, navajas de cortar el pelo, así

como material de arreglar las manos (quitar las cutículas); que deben ser de un sólo uso, o esterilizarlas.

B- TRANSMISION POR RELACIONES SEXUALES:

Tanto las Relaciones Sexuales: Homo o Heterosexuales, incluidos los contactos orogenitales, pueden transmitir el VIH.

El contagio se realizará a través de erosiones microscópicas que pueden producirse durante el acto sexual, a través de estos se producirá el contacto del virus presente en el semen o en secreciones vaginales, con la corriente sanguínea o los linfocitos del receptor eventual.

Las mucosas genitales son con frecuencia asiento de pequeñas lesiones y de microinflamaciones debido a su fragilidad, por lo que explica la importancia de este modo de transmisión.

No es lo mismo, en las parejas de homosexuales, ser activo que pasivo, porque el pasivo, padece antes la enfermedad, así como las mujeres; por producirse más traumatismos.

Por lo tanto, se debe evitar porque sí contagia:

- NO semen en la vagina.
- NO semen en el ano
- NO semen en la boca
- NO contacto directo entre boca y vagina.

Y tener en cuenta que:

- SI a todo tipo de caricias, besos, contactos, masajes...
- SI a la protección: preservativos, guantes de goma, dediles, etc...

C- MADRE - HIJO:

La transmisión puede realizarse durante: el *Embarazo, el parto o la lactancia.*

Gran parte de niños que nacen de madres sero +, muestran serología positiva, frente al virus. Pasados 18 meses sólo un 30% de estos niños permanecen con los anticuerpos, esto indica que realmente están infectados.

— VIAS POR LAS QUE EL VIH NO SE TRASMITE:

El miedo al contagio es muy grande, pero debemos tener en cuenta que no se contagia por; darse la mano, servicios públicos, besos, abrazos, contactos cotidianos, laborales, escolares, bañarse, utilizar la misma ropa, divertirse juntos, teléfonos, sudor, lágrimas, utensilios domésticos, comidas, mosquitos, piscinas, animales domésticos, etc...

Estos dos cuadros que siguen nos indican un resumen de lo expuesto:

SI DA

- INTERCAMBIO DE OBJETOS CORTANTES
- MADRE AL FETO
- RELACIONES SEXUALES
- TATUAJES CON AGUJAS SIN ESTERILIZAR
- RELACIONES HOMOSEXUALES
- UTILIZAR LA MISMA JERINGUILLA
- INTERCAMBIO DEL CEPILLO DE DIENTES

NO DA

- UTILIZAR PRESERVATIVO
- BAÑARSE CON PORTADORES

- PICADURAS DE INSECTOS
- JUGAR
- BEBER DEL MISMO VASO
- DARSE LA MANO
- CAMBIARSE LA ROPA
- BESARSE
- USAR LOS MISMOS SERVICIOS

II RIESGOS

El riesgo de transmisión del VIH a los Profesionales Sanitarios es muy bajo. En todo el estado español se han producido múltiples accidentes con sangre o fluídos de pacientes infectados por el VIH, en el Personal Sanitario, pero hasta la actualidad únicamente se ha detectado 0,3%, o sea 3 de cada mil, sanitarios que han seroconvertido la enfermedad, de los accidentes declarados, ya que hay personal que no los declara.

Experiencias de otros países muestran, también que el riesgo, aunque existe, es muy bajo. Este riesgo está más relacionado con la exposición parenteral (pinchazos con agujas contaminadas) que con la contaminación de mucosas.

Por otra parte, las experiencias recogidas nos muestran que un porcentaje importante de los

accidentes que tienen lugar, pueden ser evitados, mediante unas sencillas medidas.

Por todo ello, es muy importante insistir en la necesidad de seguir las Normas Preventivas que minimicen la posible exposición del VIH y el consiguiente riesgo de transmisión al Personal Sanitario.

III PREVENCIÓN

— NORMAS A SEGUIR EN LA ATENCIÓN A PACIENTES INFECTADOS POR EL VIH:

- 1.- Evitar riesgos con objetos punzantes.
- 2.- Utilización de Guantes.
- 3.- Utilización de Bata, Mascarilla y Gafas protectoras
- 4.- Muestras infecciosas.
- 5.- Normas de higiene al Personal
- 6.- Normas de higiene en General
- 7.- Esterilización y desinfección del Material

- Vamos a ir desarrollando uno por uno dichos puntos.

1.- EVITAR RIESGOS CON OBJETOS PUNZANTES;

— *Nunca se reencapucharán las agujas tras su uso.*

Deberá tenerse especial cuidado en evitar heridas accidentales por **instrumentos cortantes o punzantes.**

Dado que gran parte de los accidentes que se producen en el Personal Sanitario se deben al intento de reencapuchar las agujas en su funda de plástico, por lo que se recomienda, que tras su utilización se tiren al contenedor rígido (aguja + jeringa y conjuntamente), que se eliminarán, muy bien tapados y como material infeccioso; así como todo material punzante o cortante (Catéteres, hojas de bisturí, abocat).

2.- UTILIZACIÓN DE GUANTES:

Se deben utilizar guantes en las siguientes situaciones;

- En todos los procedimientos invasivos: Extracciones de sangre, realización de curas, sondajes, colocación de catéteres intravenosos, etc.
- Al manipular muestras de sangre u objetos manchados con ellas y cualquier secreción corporal: esputos, orina, heces.

No es preciso su utilización;

- Para la exploración física del paciente: que no tenga heridas, vesículas.
- Para llevarle a hacerse pruebas, bien en las sillas de ruedas o en cama.
- Para pasarle la comida.
- Para repartir la medicación oral, etc.

3.- UTILIZACIÓN DE BATA, MASCARILLA Y GAFAS:

— La utilización de bata, mascarilla y gafas se realizará:

- En aquellos casos en los que se puedan producir salpicaduras a la ropa, mucosa oculares u orales.
- En los casos que se requiera aislamiento se pondrá mascarilla + guantes y si el aislamiento es estricto también la bata.

— Sabiendo que hay distintos tipos de aislamiento como son;

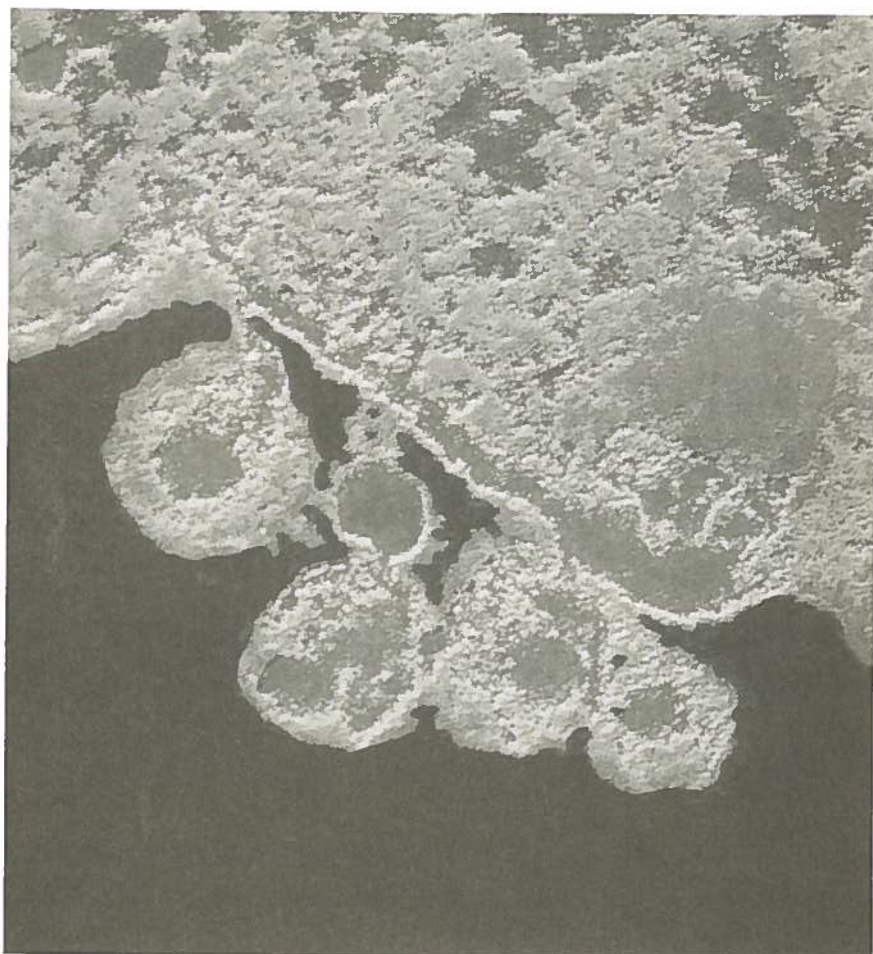
- Tuberculosis (Respiratorio)
- Digestivo
- Neutropénicos: Por tratamientos que deja al paciente muy bajos de granulocitos, leucocitos y pueden infectarse con las mismas visitas, y es por lo que se les aísla, imponiendo el uso de mascarilla.

— No se pondrán:

- Al subir a un paciente de urgencias a la planta o realizar un traslado.
- Si es un aislamiento con que el enfermo lleve puesta la mascarilla, ya es suficiente.
- No hay que alarmar a los demás pacientes innecesariamente, poniéndose mascarilla y guantes, cuando no es necesario.

4.- MUESTRAS INFECCIOSAS:

La sangre y otras muestras



biológicas de paciente infectados por el VIH que se envíen a analizar se señalarán de forma adecuada y por prevención. Para su transporte se introducirán en un segundo envase.

El siguiente cuadro nos muestra como se debe hacer:

- Desechar las jeringas y las agujas de forma segura.
- Enroscar firmemente.
- Etiquetar la muestra con el n.º del paciente y la fecha de extracción.
- Introducir y sellar la muestra en un 2º envase con el volante pegado en la parte externa.
- Enviar el contenedor al laboratorio por vía segura.
- Compartir información sólo

con miembros del staff y de forma confidencial.

5.-NORMAS DE HIGIENE AL PERSONAL:

Se debe lavar las manos con jabón y agua antes y después de atender a un paciente, e incluso aunque se utilicen guantes. Un lavado de manos efectivo sólo requiere 20 seg.

Las salpicaduras de sangre u otros flujos en la piel se lavarán inmediatamente con agua y jabón.

Las que se produzcan en ojos y boca se lavarán con agua abundante, dando parte a medicina preventiva.

En caso de pinchazos o cortes accidentales con agujas u objetos punzantes contaminados, se lavará inmediatamente la zona con agua y jabón dejando que se produzca sangrado abundante. Inmediatamente después se desinfectará con alcohol de 70° o 96° y se dará parte del accidente al Servicio de Medicina Preventiva.

En el caso de que algún sanitario tenga heridas o erosiones en piel o mucosas, deberá cubrirlas con guantes o apósitos impermeables. Si las lesiones son extensas deberá permanecer excluida temporalmente de la atención directa con los pacientes.

6.-NORMAS DE HIGIENE EN GENERAL

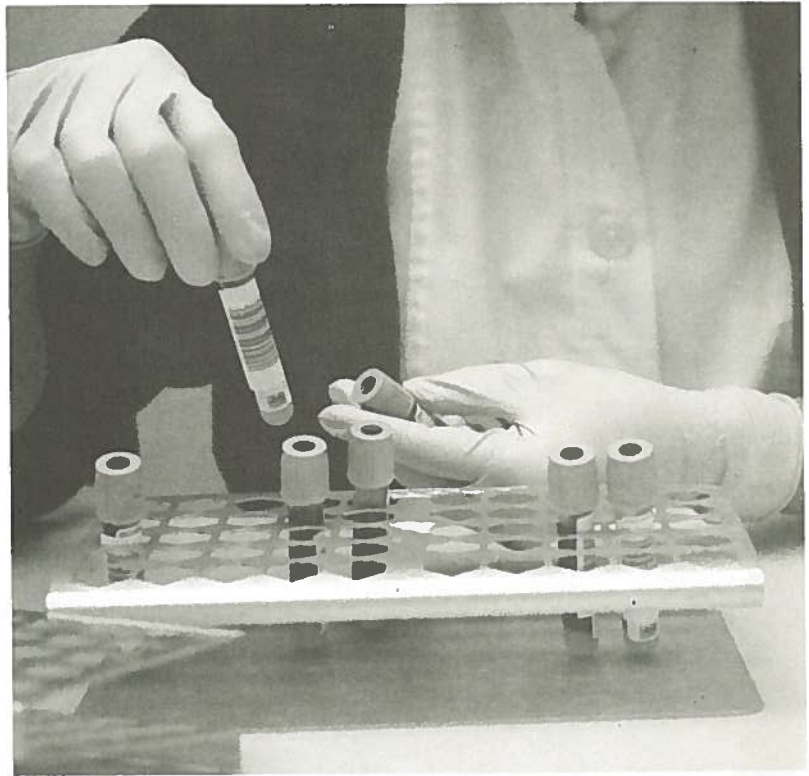
Si se produjese salpicaduras de sangre, vómitos o heces sobre suelos o superficies deberá echarse sobre ellas lejía diluida al 10%.

Las superficies metálicas se desinfectarán con glutaraldehído al 2% o alcohol de 70%. No se aconseja lejía porque corroe el metal.

7.-ESTERILIZACION Y DESINFECCION DEL MATERIAL;

En la medida de lo posible, todo el material que se utilice en estos pacientes debe ser de un sólo uso y si no se lavará y desinfectará bien con las soluciones indicadas, dependiendo del material, para luego llevarlo a esterilizar.

CUIDADOS del AUXILIAR en el PACIENTE con VIH



ANA CASTELLANOS MARTINEZ

I. CUESTIONES GENERALES

La asistencia por parte del personal de enfermería de un paciente con SIDA o patología relacionada con el VIH, no es distinta que la que podemos dar a cualquier otra persona.

No obstante, nos vamos a encontrar con una serie de peculiaridades que los van a diferenciar del resto de los enfermos. Es muy importante que los profesionales seamos conscientes de que hoy día existen unas técnicas de higiene y unos conocimientos sobre la transmisión que si son respetados garantizarán nuestra seguridad y la de la persona afectada.

En la relación que mantenemos con la enfermedad hay que

resaltar como perjudiciales dos modos de proceder que deben ser evitados: las precauciones innecesarias que causan en el enfermo una pérdida de la autoestima, introversión acompañada de un estado depresivo, y la ansiedad como expresión de la contrariedad que para muchas compañeras supone el contacto con el paciente. No debemos olvidar en ningún momento que estos pacientes:

- Están afectados por una enfermedad transmisible.
- Que la patología que tienen es muy complicada.
- Que son personas jóvenes.
- Que en su mayoría son drogodependientes.
- Que ellos creen conocer sus expectativas de vida.

Hay que destacar el senti-

miento de impotencia y frustración que sentimos cuando nuestros esfuerzos, contemplando el elevado índice de mortalidad, no obtienen los resultados deseados.

Nuestro objetivo es prolongar la vida de estos pacientes, mejorando su nivel de bienestar con cuidados individualizados e integrales, pero, para todo esto es importante que sepamos trabajar en equipo, pues, esto nos permitirá unificar criterios a la hora de actuar: (proponer soluciones, compartir problemas, conseguir objetivos...).

II. ASPECTOS PSICOSOCIALES.

Todos los grupos de riesgo

presentan una relación de dependencia con el personal sanitario, pero la forma en que asumen su dolencia, la colaboración en el tratamiento, en la prevención y transmisión de la infección, en definitiva, en la responsabilidad sobre el control de la epidemia es diferente.

Como ya hemos dicho la mayoría de los afectados son personas jóvenes que conocen la enfermedad, saben lo que les pasa y advierten su futuro, además están atentos en cuanto a todas las novedades que surgen sobre el tema. Es conveniente que evitemos realizar estimaciones definitivas de la esperanza de vida del sujeto que podrían provocar una depresión crónica y obstaculizar la colaboración y la motivación del paciente.

Es necesario que como auxiliares conozcamos los trastornos y alteraciones que estas personas van a experimentar a raíz de ser informadas de su enfermedad. Desde el punto de vista psicosocial van a encontrarse con una serie de problemas:

— Sufrirán un gran impacto al saber el diagnóstico y conocer su posibilidad de muerte.

— Soportarán una grave alteración en la calidad de vida, experimentarán grandes cambios, desorden de pensamientos y en los hábitos cotidianos.

— Sentirán miedo, ansiedad y depresión motivados:

- por el deterioro físico
- por los efectos de la medicación y el tratamiento.

- por el rechazo social, emocional, ocupacional y sexual que sin duda existirá.

— Al ser rechazados se producirá una notable pérdida de la autoestima por alteraciones en la imagen y por tratarse de una enfermedad contagiosa.

— Sentirá ira, rabia y frustración al ser incapaces de vencer al virus y al saberse atrapados por un futuro incierto.

— Tendrán sentimientos de culpa con su conducta anterior que la ha llevado a su estado actual, por la posibilidad de haber contagiado a otras personas.

— Se obsesionarán con su salud, sus dietas, su cuerpo y con el contagio de nuevas infecciones.

No cabe duda, que los problemas planteados por el VIH escapan del exclusivo ámbito sanitario. Hoy es imprescindible si queremos controlar los efectos de la enfermedad la colaboración de otros profesionales e instituciones sociales para disminuir las necesidades y las carencias sufridas por muchos de los afectados.

La lucha tiene así, sobre todo, un carácter interdisciplinar. Las respuestas han de ser globales.

Las especiales características del SIDA conllevan, en muchas ocasiones, y como hemos puesto de manifiesto un alto grado de aislamiento y marginación.

La atención ante la demanda del enfermo es insuficiente. Ocupamos sin quererlo

espacios que deberían ser reservados para la acción concertada de otros organismos, y somos involuntariamente el único sostén y no el complemento de la iniciativa pública. Hay cuestiones que no podemos abordar correctamente: el desarraigo familiar, la pérdida de empleo y las amistades. Tampoco podemos suplir la falta de servicios sociales necesarios para enfermos terminales, que mejorarían nuestra atención y control sobre aquellos que no han llegado a esta fase. Por otro lado, sería necesario ampliar la asistencia domiciliaria hasta unos niveles suficientes para desahogar los servicios hospitalarios y mejorar nuestra relación directa con el enfermo. La responsabilidad en la tarea que asumimos es grave. Implica por un lado el apoyo a personas que conociendo el alcance de su dolencia presentan conductas inestables y de difícil trato, y de otro lado, implica también una responsabilidad moral al ser nosotros, por encima del miedo a la enfermedad, los profesionales más cercanos, los que vivimos con el VIH día a día, los que somos reclamados como único punto de apoyo. El conocimiento y la información adecuada son avales que nos garantizarán una respuesta correcta para cada caso. La flexibilidad en la aplicación de las normas hospitalarias es algo que debemos aprender para encontrar un justo equilibrio entre la tolerancia y la eficacia.

III. VIH DROGODEPENDIENTES

Sabemos que la mayoría de los enfermos del SIDA son drogodependientes. Este grupo de personas ingresan con mucha mayor frecuencia, por culpa de los problemas relacionados con la adición a los estupefacientes.

Son "diferentes" y esta diferencia se advierte en los cuidados más simples. En el ejercicio del trabajo diario son la causa más común de nuestras contrariedades y frustraciones.

Su conducta puede ser clasificada en una serie de pautas comunes:

- Son exigentes
- Requieren una atención urgente
- No saben esperar
- Amenazan y manipulan
- Suelen quejarse del personal que les atiende.

Nuestro comportamiento ante esta serie de dificultades tiene que ser, a pesar de todo, tolerante y flexible; pero también debe de expresar seguridad y firmeza. Nuestro objetivo es establecer una relación positiva con las personas afectadas, superando el miedo irracional y la desconfianza recíproca, procurando siempre que podamos llegar a acuerdos que estrechen esa relación y sirvan para que este grupo de riesgo supere la sensación de marginalidad permanente que deriva en conductas hostiles hacia todo el mundo.

Hay que señalar que, en muchas ocasiones, hemos

notado que esta estrategia de contacto personal da sus frutos.

Los pacientes drogodependientes prefieren, cuando ya han conocido el servicio de enfermedades infecciosas, ingresar en él antes que en otras plantas. Esta preferencia no hace más que poner de manifiesto que el acercamiento, la ayuda y la colaboración mutua son pautas de conducta que deben de establecerse en toda la institución, no sólo en el servicio, como respuesta ante las necesidades planteadas por la extensión de problema.

Hay que decir que este conjunto de personas presentan con respecto a los cuidados dos actitudes divergentes. Cooperan como cualquier otro enfermo con el tratamiento terapéutico, respetando las decisiones facultativas sobre la medicación adecuada; y ofrecen en relación a las atenciones básicas una actitud de resistencia que dificulta la aplicación normal del reglamento hospitalario. Es esta una cuestión primordial, ya señalada, y que podemos ejemplificar para demostrar que la renuncia al cumplimiento de las reglas no está reñida con la eficacia del cuidado exigido. Bastan dos ejemplos:

Un paciente fumador (VIH y drogodependiente) no va a abandonar el hábito por el hecho de estar ingresado. Hemos de llegar a un acuerdo con él y permitirle fumar si cumple una serie de condicio-

nes: que fume menos, que lo haga en los pasillos o en la sala y no en las habitaciones...

Otra situación que se nos presenta con frecuencia es la producida por la demanda de comida fuera de las horas ordinarias. Debemos acceder a lo que nos solicitan, porque es sabido que este tipo de pacientes no comen adecuadamente.

En definitiva, este grupo de riesgo dado su particular comportamiento exige de nosotros un trato diferente que se manifiesta en una especial atención, que en el orden individual se refleja en un cuidado paciente y riguroso, pero también, en ocasiones, complaciente. Esta permisividad no debe ser interpretada como privilegio de unos enfermos con respecto a otros y sí valorada como la forma más apropiada y conveniente para conseguir un doble objetivo: que el enfermo encuentre la ayuda que se les niega sistemáticamente en la sociedad y que esta ayuda no perturbe el buen funcionamiento del servicio.

IV. NECESIDADES BASICAS DEL ENFERMO VIH

Las necesidades básicas del enfermo VIH, sus funciones biológicas, están alteradas en un porcentaje muy elevado. Es nuestro deber desde nuestra condición profesional conocer en todo momento las respuestas adecuadas a los problemas que se plantean:

Necesidades de Oxigenación

Problemas

- Disnea por neumonía. Tos productiva. Expectoración por neumonía.

Acciones:

- Tomar las constantes vitales cada seis horas.
- Colocarle en posición Fowler (cama levantada 45 grados).
- Mantener la ropa de la cama sin apretar.
- Dar dieta no flatulenta.
- Mascarilla de oxígeno según orden médica.
- Clapping cada seis horas.
- Informarle de la importancia de expectorar.
- Aspirar si es preciso.

Necesidades de Termorregulación

Problemas

- Fiebre causada por infección

Acciones:

- Si la temperatura supera los 38,5° baños de agua fría
- Cubrir al paciente sólo con una sábana.
- Dar líquidos abundantes para evitar deshidratación.
- Cambiar la ropa de la cama por sudoración.
- Anotar la cantidad de sudor.

Necesidades de Alimentación

Problemas:

- Pérdida de peso asociada

al catabolismo del SIDA y por lesiones en el tracto intestinal.

- Anorexia por fiebre
- Disfagia por lesiones en tracto gastrointestinal por Sarcoma de Kaposi.

Acciones:

- Pedir consulta dietética.
- Anotar lo que come.
- Procurar satisfacer sus preferencias.
- Evitar los procedimientos que causen dolor al menos una hora antes de las comidas.
- Control de peso.

Necesidades de Seguridad

Problemas

- Infección nosocomial causada, por sus múltiples ingresos hospitalarios agravada por su inmunodeficiencia.
- Accidentes debidos a debilidad, confusión, entorno y dificultades de visión por retinitis.

Acciones:

- Tomar precauciones en la manipulación de la sangre, orina, esputos, secreciones, etc...
- Facilitar al paciente material para su uso individual (orinales, palanganas, esponjas, cepillos de dientes, maquinillas de afeitarse).
- Informar al paciente de las medidas de prevención que debe tomar para evitar contagios.

— Fomentar las participación del paciente en su plan de cuidados.

- Tomar las medidas de seguridad necesarias para evitar accidentes: barandillas en cama, el timbre muy a mano, evitar suelos resbaladizos.

Necesidades de Higiene Personal y Vestido

Problemas:

- Poca higiene oral por deshidratación, infección o letargia.
- Inadecuada higiene corporal por confusión incontinencia e inmovilidad.

Acciones:

- **Si puede levantarse:** se motivará al paciente para que vaya al baño y se asee todas las mañanas.
- Estimularle para que se cambie de ropa y esté presentable.
- **Paciente encamado:** Baño en cama diario y siempre que sea necesario manteniendo las siguientes precauciones:
 - Todo el material de aseo, incluyendo máquina de rasurar y cepillo de dientes, será de uso exclusivo del paciente.
 - Se utilizará jabón especial germicida.
 - Colocar la ropa sucia en bolsa perfectamente identificada con la etiqueta de "contaminada" para que sea lavada con detergente y temperatura especial.

Necesidades de comodidad, reposo y sueño

Problemas:

- Insomnio por malestar, dolor y ansiedad.

Acciones:

- Planificar los cuidados de manera que se respeten las horas de descanso nocturno, procurando no dar medicación, evitar ruidos, luz excesiva.
- Evitar la administración de bebidas estimulantes (té, café, colas...)

Necesidades de eliminación

Problemas

- Diarreas por infecciones oportunistas y/o lesiones tracto-intestinales.
- Oliguria por deshidratación.
- Incontinencia por estado mental confuso, enfermo terminal y/o poca movilidad.

Acciones:

- Lavar y cambiar al paciente después de la deposición.
- Medir y anotar la cantidad evacuada.
- Que el paciente utilice un retrete receptáculo para él sólo.
- Consultar al dietista para la confección de dietas astringentes.
- Aplicar crema protectora en la piel para evitar irritaciones.
- Practicar las adecuadas medidas de prevención en los pacientes entéricos.

Necesidades de Hidratación

Problemas:

- Ingesta oral inadecuada de líquidos debida a disfagia secundaria, a candida Albicans, a lesiones por S. K., confusión y/o coma.
- Pérdida de líquidos causada por diarrea, náuseas, vómitos, diaforesis y/o hiperventilación.

Acciones:

- Estimular al paciente a que tome líquidos (1 litro y medio al día).

Necesidades de Movimiento

Problemas:

- Atrofia muscular, úlceras por decúbito, trombosis venosa; debidos a la restricción de movimientos, debilidad y reposo en cama.

Acciones:

- Cambios posturales cada dos horas.
- Masaje en zona de "riesgo úlceras de decúbito" colocando crema lanolina balsámica.
- Inspeccionar "zona de riesgo" cada vez que el auxiliar tenga oportunidades (en el lavado, cambios posturales, aplicación de medicación)
- Realizar movilización de todas las articulaciones cada ocho horas aprovechando el baño del enfermo, el arreglo de la cama...
- Estimular al paciente para que colabore en los cuidados (higiene personal, alimentación, etc...)

Si el paciente puede levantarse:

- Estimularle para que pasee por la habitación o unidad
- Sentarlo unos minutos (según su estado por la mañana y por la tarde).

Si es cierto que todas estas actuaciones, en muchas ocasiones, no pueden llevarse a cabo por circunstancias diversas (falta de personal, falta de tiempo, etc.), no obstante en la medida de lo posible deberíamos de realizar un esfuerzo para cubrir el mayor número de necesidades.

CONCLUSION:

Señalar por último la obligación de asumir, por todos los profesionales sanitarios, la convivencia con el VIH, sabiendo además que estamos ante una enfermedad incurable y de pronóstico incierto. Tenemos que aprender a tolerar su cercanía sin miedo y saber que es difícil el contagio si se utilizan las medidas adecuadas. Hemos de comprender que la información y el conocimiento son indispensables para que nuestra labor sea eficaz y se alcancen los objetivos que se persiguen.

Civa S.L.

C/. Molins del Rey, 1 - Telf.: 734 98 28
(Fuencarral) 28034 MADRID

REFORMAS EN GENERAL

C&M LES OFRECE SUS SERVICIOS
CON LA GARANTIA DE PROFESIONALES
AL SERVICIO DE SU HOGAR

- ALBAÑILERIA
- SOLADOS, ALICATADOS
- PINTURA EN GENERAL
- CARPINTERIA
(MADERA Y ALUMINIO)
- MUEBLES A MEDIDA
- ELECTRICIDAD
- CALEFACCION
- PARQUET Y TARIMAS
FLOTANTES
- LIJADO Y BARNIZADO
- AZULEJOS Y PAVIMENTOS
- GRIFERIAS
- MAMPARAS BAÑO
- ACCESORIOS BAÑO
- ETC...



INSTALACION Y VENTA DE TODOS
NUESTROS PRODUCTOS

**PAGUE VD. COMODAMENTE
HASTA EN 48 MESES**

CONSULTENOS PRESUPUESTO SIN COMPROMISO
A 150 m. < m > FUENCARRAL



20% de descuento a los afiliados a S.A.E

LA CENICIENTA ESPERA A SU PRINCIPE AZUL

Existe la creencia, más generalizada de lo que desearíamos, de que la Formación Profesional constituye una alternativa educativa poco adecuada. La han convertido en la cenicienta del sistema educativo español donde los presupuestos han llegado siempre tarde y donde los planes de estudio se han ido quedando desfasados sin adaptarse a nuevos planteamientos educativos.

La idea de que “el que no vale para F.P.” se fue asentando en los adolescentes hasta el punto de que muchos alumnos de formación profesional llegaron a creer que sus estudios no tenían futuro y que únicamente se preparaban para trabajar el día de mañana allá donde consiguieran encontrar un puesto de trabajo, en ocasiones incluso ajeno a la rama profesional escogida.

Desde las instancias oficiales se iba fomentando, cada vez con mayor entusiasmo, la idea del universitario, del master, del hombre *culto* que se ha hecho a base de horas y horas y horas de libros, estudios y seminarios. Los resultados de esta sobrevaloración de los Universitario han llevado a la actual masificación de las aulas universitarias.

Esa misma idea que de adolescentes nos fueron lanzando en forma de pequeños

bombardeos se ha trasladado a muchas empresas en donde los trabajadores que proceden de la Formación Profesional son tratados, en la mayoría de las ocasiones, en inferioridad de condiciones en relación con los universitarios. A menudo estos **profesionales** comprueban que no se les deja acceder a puestos de responsabilidad, se les cierran puertas profesionales e incluso no se crean programas de formación continuada y específica para ellos.

Sin embargo, la realidad es bien distinta. Existen multitud de profesionales, sólo en la rama sanitaria cerca de 100.000 Auxiliares de Enfermería proceden del primer grado de la formación profesional, que demuestran a diario que su profesionalidad y capacidad para desarrollar el trabajo para el que en su día se prepararon, queda fuera de toda duda. Pero esta profesionalidad laboral no debería servir de excusa primero para no mejorar las condiciones de esta educación reglada y segundo para impedir a los profesionales programas de formación que les mantenga en continuo reciclaje y les permita adaptarse a las nuevas técnicas en su rama de producción o servicios.

Resulta indiscutible que la Formación Profesional necesita una reforma, que modifique los planes de estudio, que adapte las titulaciones a las exigencias del mercado laboral y que erradique por completo aquella idea de “el que no vale para F.P.”

La formación profesional, y los profesionales que procedemos de ella, rompemos una lanza a diario por ésta, para que encuentre su príncipe azul y se cree una Formación Profesional adecuada a las nuevas técnicas y tendencias productivas.

NIEVES DELGADO

ALIMENTOS PARA LOS HIJOS EN LOS PROCESOS MATRIMONIALES DE SEPARACION Y DIVORCIO



El concepto de alimentos comprende todo un conjunto de prestaciones como la de sustento, habitación, vestido y asistencia médica así como, también la educación e instrucción del alimentista. El derecho de alimentos de los hijos, en contra de lo que pueda pensarse, no nace como consecuencia del matrimonio ni de los avatares que pueda experimentar el mismo, sino como consecuencia de la filiación: nacen de la relación de parentesco —deuda alimenticia—. La extensión que nuestro derecho sustantivo da a la llamada deuda alimenticia cuando establece que no sólo comprenderá lo que materialmente puede entenderse por alimentación, sino también toda clase de ayudas y cuidados de orden ético y afectivo que puedan contribuir al desarrollo de la comunidad de vida entre parientes, no da una clara idea que este concepto encuentra su criterio orientativo precisamente en la relación entre parientes. Cierto es que cualquier clase de proceso matrimonial que suponga suspensión de la relación familiar hace necesario que se adopten una serie de medidas complementarias entre las que se encuentra la pensión por alimentos a favor de los hijos menores. Este derecho de los hijos debe prevalecer por encima de los intereses de los padres: interés supremo que se encuentra garantizado inequívocamente por el artículo 39 núm. 3 de la Constitución cuando, de forma expresa, impone a los padres el deber de prestar asistencia de todo orden a los hijos habidos dentro y fuera del matrimonio, durante su minoría de edad y en los demás casos que legalmente proceda.

El otorgamiento de pensión alimenticia exige, además de la relación de parentesco, que el llamado a recibirlos no pueda subvenir sus imperativos vitales. Este requisito que indudablemente cumplen todos aquellos hijos menores por su relación de dependencia respecto a sus progenitores, podría ponerse en duda en el caso de hijos mayores de edad. Sin embargo, en la época actual resulta cada vez más frecuente que la mayoría de edad legal no coincida con la independencia económica del individuo. Quiere esto decir, que el hijo mayor de edad continuará en su derecho de recibir alimentos en tanto en cuanto la necesidad exista y carezcan de una racional independencia económica. Las sentencias que se dictan en pleito de separación o divorcio determinan, conforme a lo establecido por el Código Civil, entre otros particulares complementarios de la decisión sobre el tema principal —suspensión de la vida en común o disolución del matrimonio—, la contribución de cada progenitor para satisfacer los alimentos de los hijos comunes. Por ello, es preciso

que el cónyuge que pretenda la guarda y custodia de los hijos, solicite la pensión alimenticia acorde con las necesidades de los mismos. Incluso, dado el carácter de orden público y los intereses tutelables, el propio juzgado que conoce de la separación o divorcio puede introducir de oficio la pensión para alimentos a satisfacer por los progenitores en el caso de que éstos no lo hayan pedido o acordado.

Hay que tener en cuenta que aunque la obligación de dar alimentos será exigible desde que la persona con derecho a percibirlos los necesite, éstos no se abonarán sino desde la fecha en la que se interponga la demanda de separación o divorcio.

Obligado al pago

La obligación de alimentar a los hijos menores recae por igual en los dos progenitores. Ahora bien, si la contribución del cónyuge que no tiene confiada la guarda y custodia del hijo o hijos menores de edad es incuestionable, el cónyuge que los tiene en su compañía cumple esta obligación sin necesidad de pagar pensión alguna ya que la compensa

proporcionándole la habitación y los cuidados propios de la guarda y asistencia.

La contribución por alimentos, además, ha de ser personal y no sujeta a condición alguna, ya que no hay que olvidar que no es más que una mera consecuencia de una obligación que surge del derecho y deber recíproco de recibir y dar alimentos.

Cantidad y actualización

Nuestro derecho no determina la cantidad en la que debe consistir la pensión por alimentos, ni tan siquiera se establecen unos mínimos. La cantidad se establecerá en base a unos parámetros que sí especifica nuestro Código Civil: caudal o medios del alimentante —obligado al pago— y las necesidades del alimentista —perceptor del derecho—.

En la determinación de la cuota o contribución por alimentos se habrá de tener en cuenta no vulnerar el principio de proporcionalidad esencial, de tal manera que el obligado al pago pueda ver comprometida su propia subsistencia. Lo que no sería posible es exonerar del pago



de la obligación, ya que no sólo están obligados a contribuir con una cuota proporcional de sus sueldos o salarios, sino con las cantidades que en cada momento precisen la adecuada cobertura de los hijos, empeñando en ello, si preciso fuera, su propio patrimonio.

La contribución por alimentos puede consistir en una cantidad a tanto alzado o en un porcentaje sobre los ingresos netos, pero siempre se verificará por meses anticipados.

Los alimentos se reducirán o aumentarán proporcionalmente según el aumento o disminución que sufran las necesidades del alimentista y la fortuna del que hubiera que satisfacerlos. Es práctica habitual que junto a la solicitud de la pensión se solicite la aplicación de un índice corrector que asegure la revisión periódica y que opere automáticamente para evitar, con ello, los inconvenientes de la infracción monetaria. Esta revisión que, con carácter muy generalizado, se suele acordar de conformidad con la variación del coste de la vida según los índices

oficiales del Instituto Nacional de Estadística, por considerarse la fórmula más ajustada a derecho y conforme a la equidad, debe a su vez tener una adecuada y natural corrección, en función de la misma norma de equidad que la preside, cuando dichos índices sobrepasen aquellos otros que en el mismo período de tiempo vayan modificando los ingresos del obligado a prestar los alimentos.

Extinción del derecho

Nuestro derecho sustantivo establece el cese de la obligación de dar alimento cuando concurren diversos supuestos o causas, pero en el caso de los hijos su derecho se extinguiría una vez hayan obtenido la independencia económica y ya no se haga necesaria la pensión alimenticia para su subsistencia.

Es decir el derecho se extiende durante la minoría de edad y aún después, cuando no haya terminado su formación por causas que no le sean imputables.

La sentencia que disuelva el matrimonio —divorcio—, y en contra de lo que pueda pensarse, no extingue la obligación de alimentos de los padres con relación a sus hijos.

DIAGNOSTICO PRENATAL LA AMNIOCENTESIS

Dr. J. J. Montero
Ginecólogo
Unidad de Ecografía y Dco. Prenatal
Hospital U. M. de Valdecilla
SANTANDER

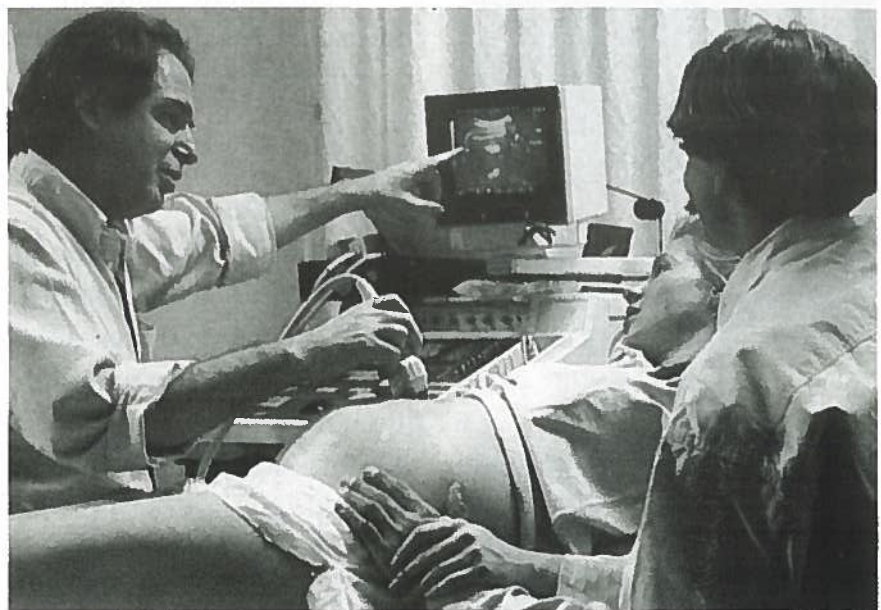
DIAGNOSTICO PRENATAL

Aproximadamente el 5% de todos los recién nacidos presentan algún tipo de defecto congénito. Dada la repercusión familiar y social que va a tener el nacimiento de un niño afectado no es de extrañar que en los últimos años se hayan aunado esfuerzos encaminados a desarrollar técnicas que permitan diagnosticar prenatalmente los fetos portadores de alguno de estos defectos congénitos.

El conjunto de procedimientos encaminados a diagnosticar y estudiar cualquiera de estos defectos durante la gestación, es lo que hoy se denomina Diagnóstico Prenatal.

Sus objetivos básicos son:

1. Informar a las parejas de riesgo y establecer el adecuado consejo genético.
2. Reducir el nivel de ansiedad de la pareja y tranquilizar a los futuros padres.
3. Procurar un tratamiento precoz adecuado en los casos en que ello sea posible.
4. Evitar el nacimiento de hijos con graves defectos congénitos.



Las diferencias técnicas en que se apoya el Diagnóstico Prenatal abarcan una amplia gama de posibilidades que van desde los más diversos estudios en sangre materna, pasando por la ecografía (que progresivamente se ha ido convirtiendo en los últimos años en una de las ayudas más eficaces con que se cuenta en el campo de la medicina prenatal) hasta las denominadas técnicas invasivas, entre las que la más generalizada es sin duda la amniocentesis.

De la variedad de defectos congénitos que hoy son conocidos, las alteraciones cromosómicas (de las que la Trisomía 21 o Síndrome de Down es la que más "popular") han despertado un creciente interés debido fundamentalmente a su frecuencia y a su importante repercusión clínica. Ello ha motivado que se hayan desarrollado múltiples vías de investigación en el sentido de procurar medios diagnósticos lo más seguros simples y precoces posibles.



Ante un factor de riesgo determinado o ante la sospecha de hallarnos ante uno de estos graves defectos surge la necesidad de saber si tras ello existe efectivamente una alteración cromosómica fetal; si está alterado el cariotipo (o dotación cromosómica de un individuo). Y es en este punto donde entran a jugar un papel trascendental determinadas técnicas invasivas.

Amniocentesis

Es la más popular de las técnicas de estudio del cariotipo fetal, la más frecuentemente utilizada y la más sencilla de realizar.

Consiste en la punción a través de la pared abdominal materna de la bolsa amniótica en la que se halla inmerso el feto bañado por el líquido amniótico, a fin de extraer una cierta cantidad de este líquido que nos permita analizar las células fetales que libremente flotan en él en cantidad suficiente como para lograr su estudio, desde etapas muy precoces de la gestación.

Técnica

El primero de los pasos a dar debe ser la exploración ecográfica detallada que nos informará de la vitalidad fetal, número de

fetos, ubicación placentaria y cantidad de líquido amniótico así como de la presencia o no de alguna anomalía fetal.

Tras esta exploración, se procede a la punción. La penetración de la aguja a través de la pared abdominal materna y su introducción en útero y cavidad amniótica, en condiciones normales no deber ser más molesta de lo que habitualmente es una inyección intramuscular. Por este motivo, hoy es habitual no recurrir a la anestesia local ni a otras medidas que no sean las de tranquilizar e informar adecuadamente a la mujer que se va a someter a la amniocentesis.

La punción, controlada en todo momento mediante la observación ecográfica simultánea ha hecho que esta técnica, en manos adecuadamente entrenadas, sea altamente eficaz y segura, preservando al feto del daño directo debido a la punción.

Mediante aspiración, se extrae aproximadamente el mismo número de centímetros cúbicos de líquido amniótico que el de semanas en que se encuentra la gestación. Habitualmente se realiza entre la 14 y 16 semanas si bien se está tratando, mediante la mejora de las técnicas de estudio celular, de rebajar esta edad gestacional a fin de procurar diagnósticos cada vez más precoces.

En la actualidad uno de los mayores problemas del estudio es que todo el proceso, desde el momento en que se realiza la punción hasta la obtención de los resultados, se va a demorar aproximadamente unas tres semanas. Hasta hoy, las técnicas de laboratorio

no han permitido acortar este período de tiempo en la obtención definitiva de los resultados.

En este sentido, ha supuesto una mejora trascendental la obtención de sangre fetal mediante la punción directa del cordón umbilical (técnica denominada cordocentesis o funiculocentesis) si bien este procedimiento, en etapas tan precoces de la gestación, es técnicamente más difícil y conlleva un mayor riesgo de pérdida fetal. Por este motivo su uso está limitado actualmente al estudio fetal en gestaciones más avanzadas en las que sea preciso obtener un cariotipo en muy breve espacio de tiempo (u otro tipo de determinaciones)

Riesgos

Aunque el riesgo directo sobre el feto por la introducción de la aguja ha desaparecido prácticamente gracias al control ecográfico continuo durante la punción y aspiración del líquido amniótico, no cabe ninguna duda que la amniocentesis tiene riesgos.

Fundamentalmente un riesgo poco frecuente pero en extremo grave. En aproximadamente 1 de cada 200 amniocentesis se producirá un aborto tras la realización de ésta. Desgarros de la bolsa con pérdida del líquido amniótico o infección en ella, son las dos causas que con más frecuencia justifican este fatal desenlace.

La existencia de esta grave complicación es



la causa fundamental de que para acceder a estas técnicas, el riesgo de concebir un feto con una anomalía cromosómica debe estar adecuadamente establecido y superar el riesgo de aborto debido a la propia técnica.

Es por este motivo por el que se han establecido las indicaciones que deben justificar la utilización de estas técnicas.

Por último, es preciso conocer que un porcentaje escaso (menos del 1%) se fracasa en el cultivo celular no siendo posible obtener el resultado, por lo que deberá repetirse la punción.

Indicaciones

Es obligación del profesional sanitario relacionando con la vigilancia del embarazo detectar el riesgo en la mujer gestante e informarle sobre las distintas opciones de estudio. Pero además, es responsabilidad de la mujer conocer éstas.

En la actualidad, se consideran indicaciones para la práctica de una amniocentesis:

1. Edad materna avanzada. A partir de los 35 años el riesgo de concebir un niño con una cromosomopatía (en especial la trisomía 21 o síndrome de Down) es lo suficientemente alto como para justificar la realización de la prueba (si bien en determinadas áreas de población se considera que tal límite de edad debería fijarse en 39 años).
2. Antecedentes de un hijo previo afecto por una alteración cromosómica.
3. Presencia de anomalías cromosómicas en alguno de los progenitores aunque en ellos tal situación no tenga expresividad.



4. Existencia de alteraciones bioquímicas en sangre materna (la más común de las cuales es la de la alfafetoproteína). En este caso, la amniocentesis nos permitirá además de conocer el cariotipo fetal, valorar los niveles en el líquido amniótico de esta proteína y de otras relacionadas con determinados tipos de malformaciones, como por ejemplo los denominados defectos del tubo neural.
5. Infertilidad previa con abortos de repetición ya que en esta situación, es con frecuencia un trastorno cromosómico el que justifica el cuadro.
6. Detección ecográfica de una malformación o de los denominados "marcadores ecográficos de cromosomopatía". Hoy, gracias a los programas de Diagnóstico Prenatal ecográfico en la primera mitad de la gestación, es cada día más frecuente la detección de malformaciones y de determinados signos, que sin constituir en sí mismos una malformación, si que nos deben poner en alerta respecto a la posibilidad de que existan alteraciones cromosómicas fetales subyacentes.

Conclusión

La amniocentesis tiene pues unas indicaciones y toda mujer gestante debería conocer si se encuentra incluida en alguna de éstas. Si así fuera, debe conocer la técnica y sus riesgos y cuales son las consecuencias que se van a derivar de su práctica. Al médico, por su parte, le compete informar adecuadamente y obtener el correspondiente consentimiento ateniéndose en todo momento a las normas de buena práctica clínica. Sólo con estas premisas está clínica y éticamente justificada su realización.

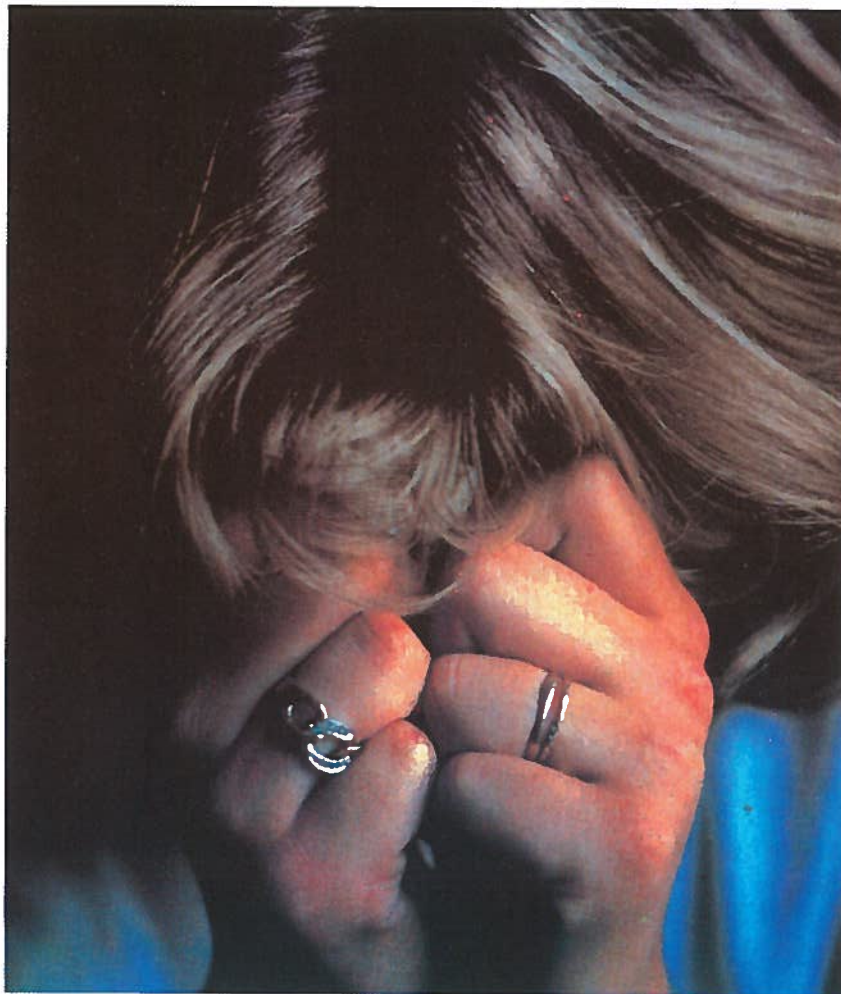
Bibliografía

Report of the European Study Group on Prenatal Diagnosis. Spanish report. *Progresos en Diagnóstico Prenatal* 1993; 5: 1-66.

Manual de diagnóstico prenatal para sanitarios. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1991.

P. de la Fuente. Consejo genético y diagnóstico prenatal. En *Medicine*, 4.ª Ed. 1989: 3879-3886. Idepsa. Madrid

R. Henrion et al. *Diagnóstico prenatal y medicina fetal*. 1.ª Ed. 1990. Masson. Barcelona.



El exceso de trabajo, la angustia de los horarios y las responsabilidades provoca en el individuo que se somete a este ritmo el conocido estrés y que tan habitual se hizo, sobre todo, en la década de los 80. Sin embargo, la crisis, el desempleo y las largas temporadas en el paro producen igualmente situaciones estresantes, ansiedad y depresión que tiene, además, otros efectos sobre la salud de quien se somete a esta situación.

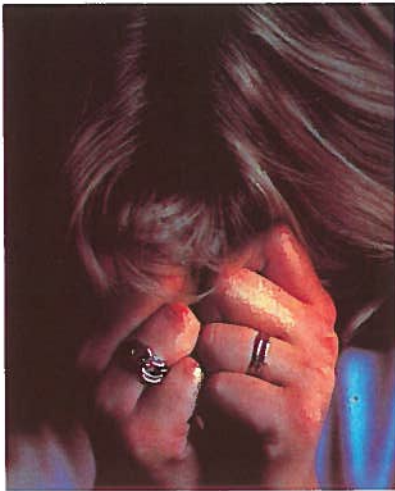
EL PARO PROVOCA TRASTORNOS FISICOS Y PSICOLOGICOS

Yolanda García, profesora de Inadaptación Laboral de la Universidad Complutense de Madrid, investigó entre 1987 y 1991 las posibles repercusiones psicológicas que tienen el desempleo. Para su investi-

gación utilizó una muestra de desempleados con distintas características: universitarios, no universitarios, jóvenes en busca de su primer empleo, adultos que tras años de trabajo pierden su puesto, desem-

pleados con cargas familiares, con penurias económicas...

El estudio de la profesora García investigaba distintas variantes y las distintas repercusiones que éstas tienen sobre los desempleados. Entre



otras variables se analizaba el nivel de autoestima de los desempleados, el nivel de salud mental, el grado de hostilidad interna o externa de los desempleados, el nivel de salud mental, el grado de hostilidad interna o externa de los desempleados, o las atribuciones causales a su situación de desempleo.

“La primera conclusión del estudio, afirma Yolanda García, es la comprobación de que no existe un grupo homogéneo de desempleados y que el

grado o nivel de las distintas variables a estudiar dependen de ciertas circunstancias que hacen que los desempleados tengan un nivel alto o bajo de autoestima, mayor o menor deterioro de salud mental y además si van a tener otro tipo de trastornos.”

La profesora García distingue igualmente entre la depresión como sintomatología de lo que es el sentimiento depresivo como una variable afectiva pero no patológica. “Es la diferencia entre el sentimiento de tristeza o la depresión que puede llevar incluso al suicidio, sobre todo, en parados de larga duración”.

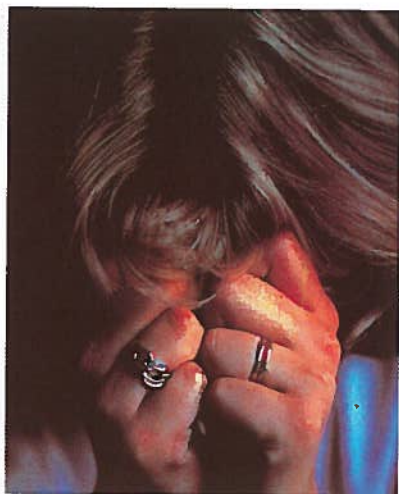
En un grupo de desempleados jóvenes, que buscan su primer puesto de trabajo se manifiesta un alto compromiso con el trabajo y las expectativas de encontrar un trabajo son altas lo que favorece que el nivel de autoestima se mantenga alto. Si la situación de desempleo permanece durante un tiempo aparece el senti-

miento depresivo pero no la depresión como patología.

Por el contrario, en los adultos que tenían un trabajo anterior, con cargas familiares e incluso penurias económicas el compromiso con el trabajo es bajo, hay igualmente unas bajas expectativas de encontrar un nuevo puesto y un bajo nivel de autoestima que va mermando paulatinamente ante la imposibilidad de encontrar un trabajo. Todo ello conlleva la aparición de la sintomatología depresiva que va generando otras situaciones propiciando, incluso el riesgo del suicidio.

Por otra parte, el resultado del estudio reflejó la importancia de la estructura del tiempo y cómo aquellos desempleados que tenían una estructura del tiempo adecuada sufrían menores niveles de alteraciones psicológicas que los que mantenían actividades pasivas. “Mantener un horario determinado en la búsqueda del empleo, hacer deporte u





otras actividades ayudan a estructurar el tiempo distinguiendo entre el horario de trabajo y el de ocio”.

Alteraciones físicas

Los efectos del desempleo no son solamente psicológicos. Los problemas cardiovasculares, musculoesqueléticos, respiratorios y digestivos han aumentado notablemente entre las personas que se encuentran desempleadas. Sin embargo, a menudo son las alteraciones psicológicas, que no son propiamente enfermedades mentales sino deterioros dentro de la normalidad, las que generan determinadas alteraciones físicas que aparecen como consecuencia de las situaciones estresantes que se crean. Las alteraciones psicológicas que experimentan los desempleados revierten en un malestar físico lo que les lleva a acudir al facultativo en busca de una respuesta a su malestar.

Por ello, Yolanda García apunta la necesidad de llevar a cabo una atención psicológica adecuada a los desempleados. “Se deberían organizar pequeños grupos de desempleados con características similares para ofrecerles una adecuada

atención desde el punto de vista psicológico que les permita recuperar su autoestima y reducir el nivel de depresión. Esas iniciativas son fundamentales para evitar que estos sujetos acudan en busca de ayuda a los centros de salud dado que entenderían que su malestar físico es una consecuencia directa de las alteraciones psicológicas que la situación de desempleo está generando en ellos”.

Los problemas cardiovasculares, musculoesqueléticos, respiratorios y digestivos han aumentado notablemente entre las personas que se encuentran desempleadas. El prestigioso *British Medical Journal* publicó recientemente un estudio realizado por epidemiólogos de la Universidad de Londres y dirigido por Joan Morris, que pone de manifiesto el mayor riesgo de muerte entre los desempleados que el tienen aquellos que cuentan con un empleo estable.

En este caso, la investigación se llevó a cabo de manera prospectiva durante un período de catorce años. Entre 1978 y 1980 se interrogó a 6.191 varones con edades comprendidas entre los 40 y 59 años que llevaban trabajando como empleados fijos durante los últimos cinco años. Al cabo de los cinco años más, 1779 de los varones que fueron encuestados había engrosado las listas de parados o de jubilados de forma prematura. Pasados cinco años se realizaron nuevas encuestas tanto a los parados como a los empleados o sus familiares en el caso de que hubieran fallecido.

Los resultados fueron

determinantes y significativos. Incluso una vez realizados los ajustes necesarios con la edad y los factores de riesgo conocido como la edad, el tabaco, el alcohol, la falta de ejercicio o la mala dieta se comprobó que comparados con los que continuaban trabajando, en el grupo de parados y jubilados se habían producido el doble de muertes.

En la relación entre la situación de desempleo y la salud no tienen tanta influencia los malos hábitos de vida que el parado pueda adquirir como el trauma psicológico que suele padecer la persona parada y las consecuencias de la ansiedad y la angustia permanente en las que se encuentran los parados.

Considerando Europa en su conjunto se estima que la mortalidad entre los desempleados es un 20% mayor que en el resto de la población. De hecho la tasa de suicidios es hasta tres veces superior entre las personas desempleadas.

Si bien es cierto que en un suicidio pueden intervenir múltiples factores, curiosamente las cifras de suicidios en Irlanda, Escocia y España son mayores que en otros países, coincidiendo con una mayor tasa de paro. Por el contrario, en Alemania donde el desempleo se mantiene de una forma más estable, las cifras de suicidio siguen siendo moderadas.

Entre los procesos físicos destacan las enfermedades respiratorias debido a un mayor consumo de tabaco y la obesidad. El consumo elevado de grasas y azúcares produce, con el tiempo, diabetes, enfermedades cardíacas e hipertensión.

Alberto llevaba 25 años atado a una silla de ruedas y tenía problemas de expresión. Nunca había acariciado a un perro o a un gato pero decidieron que sería bueno subirlo a lomos de *Fandango* para aportarle algo nuevo. Cuando Alberto estaba sobre el caballo lo primero que dijo fue: "EL MUNDO". María Ernst-Traut se emociona cuando recuerda este caso que, como el de otros tantos le ha demostrado que desde el caballo el mundo se ve desde otra perspectiva. No se trata de un milagro, es sólo el resultado de una forma alternativa de rehabilitación: la hipoterapia que María Ernst-Traut aplica sobre los lomos de sus dos *caballos médicos* Fandango y Chico.



REHABILITAR

A

LOMOS

DE UN

CABALLO

MONTSE GARCIA GARCIA

La hipoterapia es una forma de gimnasia curativa que utiliza al caballo como herramienta principal y sobre el que se realizan multitud de movimientos terapéuticos. Lo relevante de la hipoterapia es que al paso el caballo transmite al paciente o jinete más de 100 a 110 oscilaciones por minuto siendo estas rítmicas y regulares con efectos tridimensionales, bidireccionales, centrífugas y centrípetas a las que añadir el efecto de impulso hacia adelante. Si a esto le

sumamos la temperatura del caballo que es de un grado mayor que la del ser humano conseguimos unos resultados que no son capaces de igualar ninguna máquina.

Con ello se consigue mejorar la coordinación motora, el equilibrio, la postura y los músculos. A través de los cambios de dirección, velocidad y posición del cuerpo en movimiento rítmico encima del caballo se estimula el equilibrio, disminuyen los miedos al movimiento y se desarrolla el sentido de espacio y posición. Pero se

consiguen igualmente beneficios sociales porque desarrolla la relación socio - afectiva, reafirma la autoestima y brinda mayor independencia.

María Ernst - Traut, quien lleva 17 años practicando la hipoterapia y ha sido su introductora en España, afirma que "a lomos de un caballo se mira al mundo desde otro ángulo, se trabajan todos los sentidos corporales, el volumen y la distancia".

El caballo, igual que el hombre está dividido en dos secciones y cada parte del



cuerpo de éste corresponde con el cuerpo del caballo como si fuera uno solo. "Por eso hay que colocar perfectamente al paciente sobre el equino, colocando la pelvis simétricamente al caballo. Si el paciente no está en su sitio, se pierde todo el beneficio que se hubiera podido conseguir."

Los caballos empleados para la hipoterapia únicamente han de tener una estructura anatómica determinada pero la raza no influye en absoluto. El secreto de la hipoterapia está en el entrenamiento del caballo y sobre todo en la relación que se establece con el monitor. En el entrenamiento del caballo influyen muchos aspectos como es la euritmia, la musicalidad y el tono de voz que empleamos al hablar-

le y transmitirle los movimientos que debe realizar.

La hipoterapia está indicada en determinadas enfermedades y en casos de minusvalías del sistema nervioso central y periférico, así como también para las del aparato locomotor. Está especialmente recomendada en enfermedades como la poliomielitis, espina bífida, esclerosis múltiple, parálisis cerebral, paraplejia traumática, accidente vascular cerebral, meningitis espinal y traumatismo craneal. Asimismo, se han demostrado los beneficios que produce en determinadas condiciones ortopédicas como amputaciones, escoliosis, artritis o falta de tono muscular. Sin embargo, María Ernst - Traut exige la recomenda-

ción médica para comenzar con un paciente una rehabilitación con Fandango y Chico.

Los efectos positivos que se consiguen con esta rehabilitación están científicamente comprobados: fortalece los tendones de músculos y articulaciones, mejora el equilibrio, relaja las contracturas, fortalece el corazón y pulmones, activa la circulación de la sangre, disminuye la necesidad de medicamentos. En los pacientes con problemas psíquicos se ha comprobado que aumenta el interés y la motivación por participar en las clases, les da alegría y seguridad en sí mismos, pierden agresividad, desarrollan la tolerancia y la paciencia, aumenta su afán de superación y su desarrollo social.

Ernst-Traut afirma que el principal problema al que se enfrenta para extender la hipoterapia es la falta de presupuestos que le permita disponer de unas instalaciones más adecuadas y con la posibilidad de tener un equipo completo en el que pueda contar de manera estable con su equipo ideal compuesto de médico, logopeda, fisioterapeutas, licenciados en educación física, psicólogos, educadores y psicopedagogos.

En la actualidad ha creado la *Asociación de Hipoterapia* aplicada a la medicina y ahora trabaja en la puesta en funcionamiento de la *Escuela de formación* para formar a médicos, fisioterapeutas y otros profesionales en el el entrenamiento de los caballos y los ejercicios necesarios a cada caso.

Cuenta, eso sí, con un grupo de amigos entusiastas del caballo que han entendido que la hipoterapia es una alternativa a la medicina y las rehabilitaciones médicas tradicionales.

AL PASO DEL CABALLO SE PRODUCEN

Movimientos alrededor del plano de la transversal sagital provocando un descenso de la pelvis por desplazamientos derecha/izquierda de unos 5 cms. con un empuje lateral de la misma de hasta unos 7-8 cm. Al mismo tiempo ocurre una flexión lateral de la espina dorsal con respecto al sacro, en aproximadamente unos 16 grados. De todo esto resulta un proceso de abducción/adducción en la articulación de la cadera.

Movimiento alrededor del plano frontosagital, rotando la pelvis sobre su eje longitudinal del cuerpo en unos ocho grados, se produce una rotación de la vértebra lumbar en su eje longitudinal en unos 19 grados. Esto da por resultado una rotación interna-externa de las articulaciones de la cadera.

Movimiento alrededor del plano frontotransversal ocasionando que la pelvis se desplace suavemente hacia la dorsal y retorne. Se provocan oscilaciones en el movimiento de las articulaciones de las caderas en extensión/flexión.

Dependiendo de la impulsión del movimiento hacia adelante y su ritmo más o menos acelerado, este ocasiona una activación con la recolocación de los diversos componentes que son necesarios para el movimiento.

La conjunción de las fuerzas centrípetas y centrífugas activadas por el paso del caballo, junto con las oscilaciones que se transfieren del dorso del caballo al jinete, se crea una fuerza que hace que el torso se estabilice de forma dinámica junto con las vértebras dorsales.

La columna vertebral quedará extendida, relajada y firme, mientras que la pelvis se mueve. En la región de las caderas se produce un giro en un punto desplazada en sus tres planos: ab/adducción, extensión / flexión, rotación interna / externa. Además, y esto es muy importante para la hipoterapia: se posibilita el movimiento de retorno de forma natural.



CAMBIOS EN



- SINDROME DE MUERTE SUBITA INFANTIL
- AUXILIARES EN HOSPITALES PENITENCIARIOS

SEPARATA: INFORMES PROFESIONALES ELABORADOS POR AUXILIARES DE ENFERMERIA

- EL CANCER DE CUELLO UTERINO
- EL SIDA COMO ENFERMEDAD PROFESIONAL

SEPARATA: INFORMES PROFESIONALES ELABORADOS POR AUXILIARES DE ENFERMERIA

- LOS AUXILIARES RECLAMAN MEDICAMENTOS PARA TRABAJAR
- EL INTERES POR LA SALUD LLEGA A LA PRENSA

SEPARATA: INFORMES PROFESIONALES ELABORADOS POR AUXILIARES DE ENFERMERIA

Nuestra revista comienza el año con algunos cambios importantes. En primer lugar, *Nos* pasará a ser trimestral, de esta forma se agilizará notablemente el proceso de publicación de los trabajos que nos remiten los Auxiliares de Enfermería. Pero, además hemos aumentado en cuatro páginas nuestra Separata central lo que nos permite ofrecer un mayor número de trabajos en cada uno de los números.

Estos cambios, que comienzan con este primer ejemplar del año, vienen motivados tanto por el éxito que *Nos* ha experimentado entre nuestro lectores como por el ánimo que nos mueve a poder ofrecer una revista de calidad y rigor científico. Ello nos obliga a ofrecer un mayor número de páginas y de ejemplares anuales para poder publicar la gran cantidad de trabajos que llegan a nuestra redacción.

El precio del ejemplar continua siendo el mismo pero evidentemente la suscripción anual ya no será de dos números sino de cuatro, manteniéndose el precio de unidad por revista.

SABIAS QUE...

- Un litro de gua de mar contiene aproximadamente 25 gramos de sal.
- Gonzalo de Berceo es el primer poeta castellano cuyo nombre conocemos.
- En China Shakespeare, Aristóteles y Dickens estuvieron prohibidos hasta 1978.
- Que el tomate es originario de Perú.
- Que Arabia Saudí no tiene ningún río en su territorio.
- Que Bécquer no llegó a ver publicado ninguno de sus obras ya que éstas se editaron tras su fallecimiento.
- Que el Escorial tardó 21 años en construirse. De ahí el dicho tardas más que la obra de El Escorial.
- El que estudia las conchas y moluscos se llama conquiliólogo.
- Johnny Weismuller, el célebre Tarzán, estableció durante su carrera deportiva 24 récords mundiales de natación.
- Omán es el único país del mundo que empieza por "O".
- "La Túnica Sagrada" fue la primera película rodada en Cinemascope.

SOPA DE LETRAS B

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

Localiza ocho músculos de la cabeza.

SOPA DE LETRAS A

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

Localiza ocho huesos de la mano

SOLUCIONES

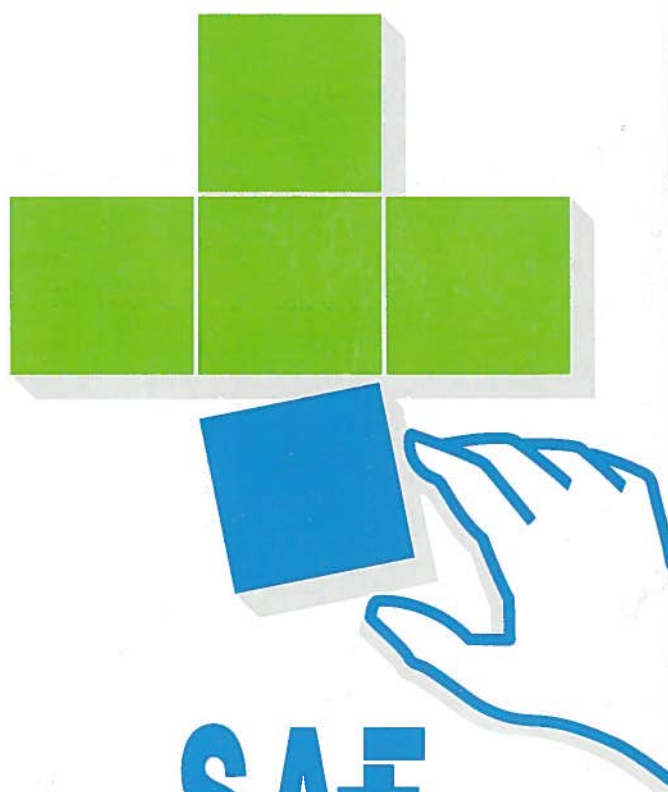
Sopa de Letras A

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

Sopa de Letras B

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

**Con el SAE,
los Auxiliares de
Enfermería
también cuentan.**



S.A.E.

SINDICATO DE AUXILIARES DE ENFERMERIA

**Auxiliares:
La Base de la Sanidad**