



nº 13 • Revista de Auxiliares de Enfermería

*Técnicas
de esterilización*

Alzheimer

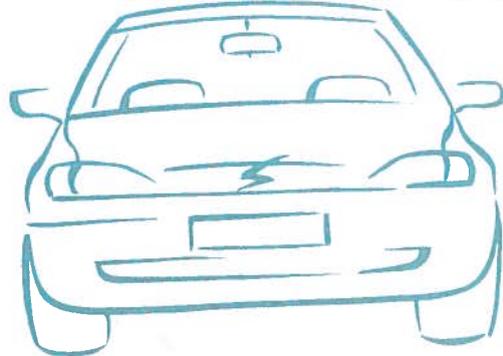
azote de la tercera edad

*Investigación
en enfermería*

**SEPARATA: informes profesionales elaborados
por Auxiliares de Enfermería**

SEGURO DE AUTOMÓVILES

EXCLUSIVO
EXCLUSIVO
EXCLUSIVO



PARA
PARA
PARA

AUXILIARES DE ENFERMERÍA

S.A.E.

SINDICATO DE AUXILIARES DE ENFERMERIA

CAUDAL SEGUROS le ofrece un seguro de automóvil en condiciones especiales para todos afiliados al SINDICATO DE AUXILIARES DE ENFERMERÍA.

- ✓ Máximas garantías al mejor precio.
- ✓ Bonificaciones por buen conductor desde el primer año, hasta un 40%.
- ✓ Servicio grúa desde el Km.0 (su domicilio).
- ✓ Libre elección de talleres.
- ✓ Peritación inmediata y rapidez en el pago de las indemnizaciones.
- ✓ Amplia red de oficinas por todo el territorio nacional.

No espere a que venza su seguro actual, llame ahora al teléfono gratuito

900 - 13 14 15

dirígete a las oficinas de CAUDAL o al S.A.E. en tu provincia.



CAUDAL
SEGUROS

GRUPO ZURICH



CONSEJO EDITORIAL DE NOSOCOMIO

Directora
Elvira Vázquez

Redactora Jefe
Montse García

Asesores Laborales
Juan José Pulido
Isabel Uribes

Colaboradores
Cecilia Dou Marcos
Carmen Cubero
Nieves Delgado
Soledad Belvis
Pilar Gutiérrez
Miguel Angel Aristu
Pilar Lozano
María José Ruiz
Carmen Padilla
Celia Mora

Comité Científico
Francisco García Buendía

Edita
FAE (Fundación para la
Formación de Auxiliares de
Enfermería)

**Administración,
redacción y
servicios comerciales**
Alcántara, 5, 6.º izqda.
28006 Madrid
Telfs. (91) 578 16 22/65/81/87
Fax 578 12 05

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

EN ESTE NÚMERO

4

GUERRA Y PSIQUIATRÍA

LA GUERRA PSICOLÓGICA ES UN MÉTODO
UTILIZADO POR EL CONTRINCANTE
DESDE LA ANTIGÜEDAD.



7



ALZHEIMER. AZOTE DE LA TERCERA EDAD

EL VIII CONGRESO NACIONAL DE AUXILIARES
DE ENFERMERÍA SE CENTRará EN LA
PROBLEMÁTICA DEL ALZHEIMER.

ESTERILIZACIÓN

ESTRATEGIA EDUCATIVA PARA UNA BUENA
UTILIZACIÓN DE LA ESTERILIZACIÓN
POR ÓXIDO DE ETILENO.

10



BIOÉTICA

EL NUEVO CONCEPTO DE MUERTE
HA LLEVADO AL CRECIMIENTO DE UNA
NUEVA DOCTRINA, LA BIOÉTICA.

38

42

TOXICOLOGÍA

LA PRESENCIA DE SUSTANCIAS TÓXICAS
EN EL CUERPO CONSTITUYE UN CUERPO
DE INVESTIGACIÓN ESPECÍFICA.



INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA

LA INVESTIGACIÓN HA DE FORMAR PARTE
ÍNTEGRA DE LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA.



47



49

LA REFORMA DE LA SANIDAD. ¿PÚBLICA O PRIVADA?

UN CENTENAR DE PROFESIONALES SANITARIOS
DEBATEN LAS CUESTIONES MÁS RELEVANTES
DE LA REFORMA SANITARIA.



El desarrollo de cualquier profesión, sanitaria o no, se mide entre otros parámetros por la capacidad de autodesarrollarse, de mejorar, de avanzar en su cuerpo de conocimientos. Y esa mejora pasa, en la mayoría de las ocasiones, por la capacidad de sus profesionales por desarrollar una investigación empírica y práctica de calidad. Hasta ahora, los Auxiliares de Enfermería éramos una de las pocas profesiones que dependían de otros colectivos (diplomados, médicos) para el desarrollo de su campo profesional. Dependíamos de otros colectivos porque los Auxiliares de Enfermería nos automarginábamos de la investigación pensando, tal vez, que nuestra formación nos incapacitaba para la investigación.

Hoy podemos afirmar, con orgullo, que esa percepción está cambiando. Ya son muchos los Auxiliares de Enfermería que participan, y con éxito, en certámenes de investigación a los que se presentan, además, investigadores sanitarios de otros colectivos. Los Auxiliares, tal vez sea cierto, nos hemos incorporado tarde a la investigación sanitaria pero eso no significa que no sepamos cómo se lleva a cabo una línea de investigación propia.

El reto que, como profesionales, debemos marcarnos de cara al futuro más inmediato es incrementar nuestro papel en la investigación, formando parte del equipo de investigación, potenciando nuestras propias líneas de desarrollo, etc... para de esta forma dotar a nuestra profesión de un campo de conocimientos propios y liderando, de paso, el futuro de nuestra profesión (durante muchos años en manos de otros colectivos) y eligiendo, libremente hacia donde queremos caminar como profesionales.

Un cuerpo de conocimiento propio se consigue mejorando nuestros conocimientos, nuestra praxis diaria, en definitiva, la atención que como profesionales sanitarios ofrecemos a los usuarios que dependen de nosotros para su mejora y eso se logra a través de la sistematización de nuestros conocimientos y trabajo diario: investigando.

Además, la investigación lleva consigo el avance de la profesión, a través de la aplicación de esas investigaciones y del reconocimiento de un cuerpo propio de conocimientos para los Auxiliares de Enfermería que, a su vez, puede ser utilizado para el resto de profesionales para la ampliación de sus conocimientos y práctica diaria. En suma: investigar para mejorar y mejorar para investigar.

PLAN DE JUBILACIÓN

SAE

SINDICATO DE AUXILIARES DE ENFERMERIA



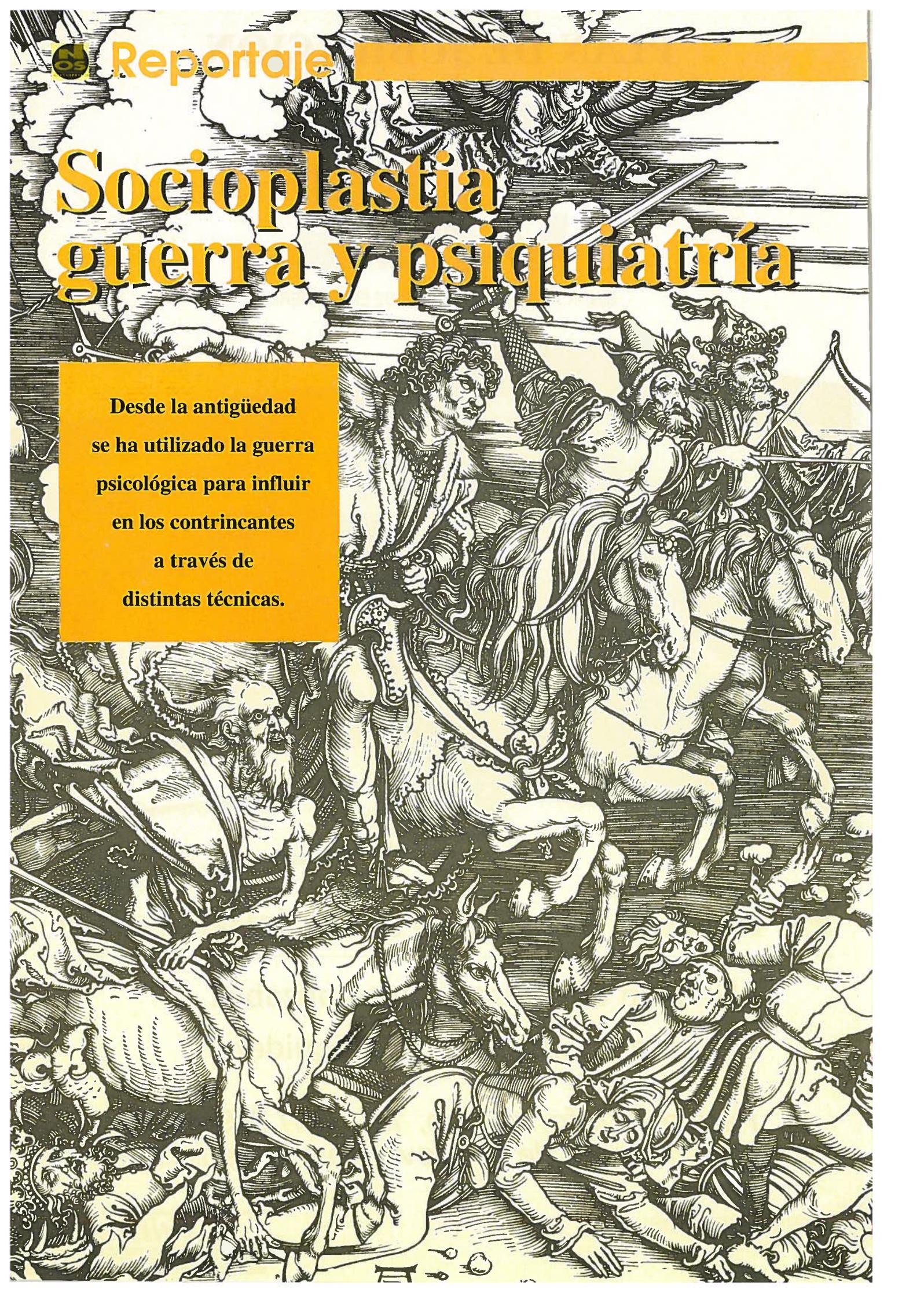
El mejor plan para tu jubilación

- Un plan de futuro.
- Revalorizable.
- Seguro y rentable.
- Con liquidez.

*Para más información, Tel.: (91) 349 02 36
o en el sindicato de tu provincia o sede nacional.*

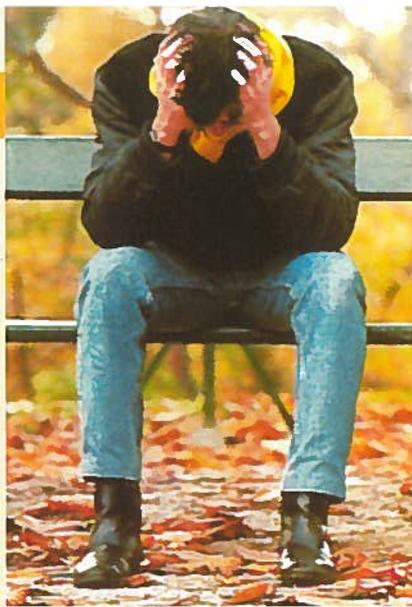
Socioplastia guerra y psiquiatría

Desde la antigüedad se ha utilizado la guerra psicológica para influir en los contrincantes a través de distintas técnicas.



Cristina López Pastor

Médicos del Mundo junto con la Universidad Autónoma de Madrid organizaron recientemente las *Jornadas sobre Guerra y Salud Mental*, debido al gran interés que existe en nuestra sociedad por las intervenciones en zonas de conflicto. La organización Médicos del Mundo contó además con la colaboración de la Asociación Madrileña de Salud Mental, con el fin de compartir y debatir las reflexiones que se pudieran plantear en torno a estos temas.



Dentro del programa de salud mental de Médicos del Mundo en Bosnia, la ponencia del psiquiatra de Médicos del Mundo y Coordinador del Área de Salud Mental de Almería, Domingo Díaz del Peral y Vicente Ibañez Rojo se centró en la psiquiatría como arma de guerra, puesto que en la ex-Yugoslavia se han desarrollado intervenciones psicosociales dirigidas contra la población utilizando los conocimientos de psicología social como arma de guerra. Asimismo se analizaron las repercusiones de la tortura social y las estrategias defensivas, destacando que es necesario para superar el daño sufrido y evitar futuras secuelas, que la comunidad internacional condene a los perpetradores de estas acciones y compense a las víctimas. También se expuso para la prevención, el uso de la educación para la paz y la intervención psicosocial en los conflictos potencialmente bélicos.

Para los ponentes "lo más devastador de la guerra, para la población que la sufre, es la desestructuración brusca de la vida cotidiana, por la ausencia de casi todos los referentes habituales y la inseguridad absoluta que se tiene del futuro. En este momento, las creencias y costumbres son puestas en cuestión y la supervivencia es la máxima prioridad. Sin embargo, la población civil es cada vez más un objetivo militar, se producen exce-

sos con la población civil, sin una finalidad militar clara, que son considerados hechos aislados y atribuibles a pérdidas de control por la tensión que generan estas situaciones límites".

Desde la antigüedad se ha utilizado la guerra psicológica para influir en los contrincantes a través de distintas técnicas, y las investigaciones que se han realizado, han permitido una mejor comprensión de los fenómenos psicosociales que acontecen en situaciones de conflicto social y guerra. Hoy en día la psicología militar se encarga no sólo de la propaganda, la selección de personal y preparación para el combate, sino de las técnicas de guerra antisubversiva, la identidad sociocultural del enemigo etc...

Lo cierto es que son muchas las atrocidades cometidas en tiempos de guerra. En el caso de la guerra en la ex-Yugoslavia, los dirigentes serbobosnios han sido acusados por el Tribunal de la Haya de las siguientes: utilización del personal de las Naciones Unidas como escudo humano; ejecuciones sumarásimas y masivas; internamiento ilegal de civiles en campos de concentración, donde les esperaba la muerte; enterramiento de prisioneros vivos en grandes fosas; niños quemados vivos en fiestas religiosas serbias; torturas, como castramiento de hombres a bocados por compatriotas; violaciones sistemáticas de mujeres y encerramiento en campos de concentración especiales para ser fecundadas a la fuerza.

Cada uno de estos terribles hechos se ha producido en otras guerras además de esta. Pero lo que más caracteriza la guerra en la antigua Yugoslavia es la llamada "limpieza étnica", con éxodos y exterminios, la utilización sistemática de tortura y violación, el hostigamiento a la población civil, la destrucción de símbolos de identidad social, las poblaciones sometidas a condiciones



inhumanas, que son usadas como represalias frente a acciones del enemigo, la presencia de un importante contingente de tropas de las Naciones Unidas y de un gran número de ONG's que han sido testigos de los sucesos de la guerra.

“Así pues, muchas de las acciones tenían objetivos psicológicos o psicosociales, no militares”, asegura Domingo Díaz. “No pretendían ganar una guerra, sino reducir a un pueblo a la no existencia como tal”.

La comunidad, frente a la agresión psicosocial establece unas estrategias para defenderse del ataque psicosocial. Para que una sociedad mantenga su integridad en condiciones límites, es necesario:

- Tener convicciones firmes.
- Conservar algún control sobre la situación.
- Conocer los métodos y estrategias del agresor.
- Preservar la autonomía.
- Afirmar otra realidad posible.

Según añade Domingo Díaz, la toma de conciencia por parte de la población de su situación se basa en el conocimiento real de la situación y del papel que debe jugar cada uno de los individuos.

A su vez, el sentimiento de identidad proporciona sensación de seguridad, conectando el sí mismo del individuo con los objetivos de su grupo, su nación, e incorporando la cultura de la lucha, resistencia... Así se consigue el sentimiento de pertenencia, adquirido al sentirse participante en tareas de la comunidad, y al sentir las luchas y conflictos como parte de esta.

Sin embargo, la población de los territorios de la Antigua Yugoslavia respondió a la guerra con ciertas características específicas. Inicialmente, el ataque directo del agresor a todas las posibles estrategias de defensa descritas, mantuvo a las poblaciones sin posibilidad de respuesta, lo que supuso la desaparición de pueblos enteros, encontrándose actualmente sus miembros muer-



tos o dispersos con poca capacidad de reintegración. “La estrategia de ataque, la limpieza étnica, la tortura, el asedio a la población civil han sido terriblemente efectivas”, argumenta Domingo Díaz.

REPARACIÓN Y PREVENCIÓN DE LAS SECUELAS

En el caso de la reparación y prevención de las secuelas en la antigua Yugoslavia, para las personas que hayan sido torturados o sometidos al internamiento en un campo de concentración, es fundamental evitar la negación, juzgar a los culpables y facilitar una reparación de los daños.

Un mecanismo psicológico que se utiliza en situaciones de ansiedad de desintegración es el del "splitting", separando las imágenes ansiógenas en una parte completamente buena y mala. A nivel social es lo que se denomina polarización social, en la que lo malo se proyecta en el otro bando, y lo bueno en el propio. Pero si se quiere superar adecuadamente el trauma, es importante evitar la negación de lo sucedido.

Para tolerar en la memoria lo acontecido, es necesario reconocer lo que ha pasado, dejar de falsear la verdad desde el poder y permitir que la gente se enfrente a

las cosas "buenas y malas" de cada contendiente. Esto sólo es posible si a la aceptación de la realidad le sigue las consecuencias socialmente deseables: a los criminales se les juzga y sanciona. La psiquiatría puede aportar a la comunidad internacional estas razones para insistir en que se utilicen los medios de que disponemos para que la verdad se investigue y los tribunales condenen a los criminales. Otro paso imprescindible es reconocer a las víctimas y reparar los daños sufridos. La legislación sobre derechos humanos es clave. Con ella los afectados se pueden sentir reconocidos sin entrar en una espiral de victimización, y tienen la oportunidad de exigir reparaciones.

Como proponía un psiquiatra de Mostar en un escrito durante la guerra, se debe castigar a los criminales para que la gente no se sienta culpable. Hay que ayudar a las víctimas para que se liberen del dolor, la rabia, la culpa, analizando de dónde viene la violencia, quienes son los responsables, y como detectar esto y denunciarlo de manera segura, fomentando la educación para la paz. De este modo, las sociedades tendrían formas de detección y resolución pacífica de conflictos, antes que intereses no declarados las condujesen a la guerra.

ALZHEIMER: AZOTE DE LA TERCERA EDAD

**VIII CONGRESO NACIONAL
DE AUXILIARES DE ENFERMERÍA**

Montse García

Cuatrocientas mil personas en España padecen la enfermedad de Alzheimer, una enfermedad neurológica, progresiva e irreversible que ataca al cerebro y deteriora la mente y el cuerpo. El avance de ésta en los próximos años es proporcional al proceso de envejecimiento progresivo de la población, lo que hace calcular que a finales de siglo el número de enfermos de Alzheimer llegará al medio millón en España —en Europa afectará a 8 millones de personas— lo que le ha convertido en la tercera gran enfermedad del mundo occidental.

La enfermedad de Alzheimer es un proceso de disminución progresiva de las funciones intelectuales de la persona que pierde así su capacidad de pensamiento, memoria, personalidad e incluso emociones en un proceso que culmina con el fallecimiento y cuya duración aproximada está entre dos y diez años, aunque hay casos aislados que han superado los quince años. En este proceso degenerativo, se han establecido tres fases fundamentales: la fase inicial dura unos cuatro años, durante los cuales el enfermo tiene una edad de ocho a doce años, en una segunda fase, como un niño de cuatro a siete años y en la fase final su cerebro funciona como el de un lactante de hasta tres años.

Se calcula que un enfermo de Alzheimer cuesta una 800.000 pesetas anuales, sólo en procedimientos de diagnóstico y tratamiento elementales, lo que supone para la sanidad española un coste aproximado de unos 200.000 millones de pesetas al año, con el censo de enfermos actuales.

Las investigaciones en relación al Alzheimer son constantes y se han conseguido algunas victorias, como es la localización de un gen asociado a esta terrible enfermedad lo que permitirá, además, conseguir un diagnóstico más

precoz. Igualmente un estudio realizado en la Universidad de Harvard ha obtenido un éxito del 95% en la detección de esta enfermedad, que hasta ahora sólo se podía diagnosticar con certeza tras la muerte del sujeto, mediante biopsia o autopsia del tejido cerebral.

Por el momento, el Alzheimer no se cura y no existen grupos de riesgo, afecta a todo tipo de personas con independencia del coeficiente intelectual o activo que haya mantenido el sujeto a lo largo de su vida, aunque afecta más a las mujeres (71,2%) que a los hombres. Según los últimos estudios el único riesgo probado es tener un historial de familiares con este tipo de demencia senil.

En estas circunstancias, los profesionales sanitarios han de mantener un constante reciclaje de sus conocimientos sobre patologías geriátricas o demencias seniles. La situación actual anuncia un problema futuro de gran envergadura para el que los profesionales sanitarios deberán mantener una capacidad profesional adecuada. Por tal motivo, la Fundación para la Formación de Auxiliares de Enfermería ha decidido centrar en el Alzheimer, la celebración del VIII Congreso Nacional de Auxiliares de Enfermería, que se celebrará en Melilla, los días 8 y 9 de octubre de 1997.



Al acto asistirán prestigiosos profesionales en geriatría y en neurología que tratarán esta enfermedad desde sus diversos enfoques para ofrecer a los asistentes tanto los últimos avances científicos como los protocolos de atención más adecuados.

“El Auxiliar de Enfermería tiene un peso específico que aumenta cada día. Nuestra situación en la sanidad española nos va a colocar en una posición especialmente destacada en la atención a los enfermos de Alzheimer por lo que es responsabilidad de cada uno de nosotros mantener nuestros conocimientos actualizados”, afirma Francisco López, representante de la Fundación de Auxiliares en Melilla y presidente del comité organizador del VIII Congreso Nacional de Auxiliares de Enfermería.

Desde la perspectiva de que el Auxiliar de Enfermería es el profesional que pasa la mayor parte del tiempo con los pacientes puede ofrecer distintas valoraciones y aportaciones sobre su papel como profesional de enfermería.

Los interesados en remitir comunicaciones sobre este tema al congreso pueden hacerlo enviando sus comunicaciones al Comité Orga-

nizador del congreso a la dirección:

Zamora, 15 Bajo Derecha
52806 Melilla

CONFERENCIA ANUAL DE LA SOCIEDAD EUROPEA PARA LA ESTERILIZACIÓN HOSPITALARIA

La Sociedad Europea para la Esterilización Hospitalaria (E.S.H) celebrará este año su conferencia anual en Palma de Mallorca del 11 al 14 de junio de 1997.

Esta sociedad fundada en 1991 por un grupo de expertos en esterilización de diferentes países tiene como objetivo principal el desarrollo de programas de formación para todas las categorías de personal que trabajan en los servicios de esterilización y la constante investigación en las técnicas de trabajo.

Las ponencias estarán a cargo de expertos en esterilización a nivel mundial. Paralelamente a la celebración del congreso se desarrollará una exposición de productos novedosos dentro del campo de la esterilización que se podrá visitar en el mismo recinto del congreso, el Hotel Palas Atenea de Palma de Mallorca.

Asimismo, se hará entrega de los premios a los mejores trabajos en el campo de la investigación en esterilización hospitalaria y que en la edición del año anterior se otorgó al trabajo presentado por el servicio de esterilización del Hospital Virgen del Camino de Navarra.

Los interesados en recibir más información pueden contactar con:

Gillian A. Sills
Secretaria Honoraria, ESH eV
7 Kendall Drive, Reeston
Nottingham NG 9 3aW, UK
Teléfono/fax: 07 44 115 925 6364



Investigación y redacción en enfermería

Los autores de trabajos de investigación en la enfermería española encuentran pocas veces la satisfacción de ver publicado el resultado de su trabajo en las revistas científicas españolas, muchos menos en las de ámbito internacional.

Esta falta de trabajos de autoría española en las revistas científicas viene justificada, entre otras cuestiones, por la falta de respeto a las normas establecidas para la publicación de estos trabajos y reconocidas internacionalmente. Esta es una de las conclusiones que quedó patente en las III Jornadas de Documentación Científica y Cuidados de la Salud celebradas recientemente en Granada y promovidas por la Fundación Index de Enfermería y a la que asistieron aproximadamente un centenar de profesionales de enfermería.

Como consecuencia directa de esta situación se genera una falta de publicaciones específicas que provoca que la enfermería siga sin tener fuentes de datos directas a las que acudir resultando extremadamente difícil autodirigir su formación a través de estas publicaciones, a pesar de que la

lectura científica debe ser la principal actividad formativa.

La falta de rigor y veracidad en las investigaciones y el escaso respeto a las normas metodológicas hace que, en ocasiones, los trabajos de investigación queden en un esfuerzo inútil por parte de los autores que no consiguen que el resto de compañeros tengan acceso a su investigación a través de las revistas científicas.

Resulta evidente que es necesario hacer un doble esfuerzo a la hora de plantearse una investigación dado que ésta ha de apoyarse en unas bases metodológicas específicas, tener un interés justificado, ecétera. Posteriormente hay que llevar a cabo una redacción oportuna de los resultados del trabajo de forma que estos puedan servir para algo y sean publicados en revistas de prestigio, nacional e internacional.

Sólo así, la investigación en enfermería y en ésta con peso propio la realizada por Auxiliares de Enfermería podrá tener una importancia propia y convertirse en una disciplina con nombre propio.

Pautas básicas de normalización en la escritura científica

Título

Ha de ser correcto, preciso, informativo y lo más breve posible. Debe definir qué es lo que se ha estudiado pero será riguroso y con buena redacción.

Resumen

Igualmente se caracteriza por su brevedad y su redacción en términos concretos desarrollando las partes esenciales del artículo. Debe hacer comprensible el artículo sin leer total o parcialmente éste y ha de seguir la misma estructura expositiva.

Autores y centros de trabajo

Todo trabajo debe hacer constar como reconocimiento imprescindible de la propiedad intelectual del estudio y como información de interés para los

lectores el nombre completo de todos los autores y los centros de trabajo de cada uno de ellos.

Introducción

Debe ser breve y poner en contexto el tema que se pretende estudiar. Se justifica por qué se hace el estudio en cuestión y se define la hipótesis del mismo.

Resultados

Las tablas deben sustituir a los textos para exponer datos y no reiterar éstos de distintas formas, han de estar referenciadas en el texto y nominarlos con encabezamiento y numeración correlativa.

Referencias bibliográficas reales

En las que se expongan el nombre de autor o autores del libro, editorial, fecha y lugar de edición.

**Trabajo
premiado
en la
Conferencia
Anual de la
Sociedad
Europea
para la
Esterilización
Hospitalaria
(ESH),
celebrada en
Edimburgo**

**Equipo de
esterilización
del Hospital
Virgen del
Camino de
Navarra**



Estrategia educativa

para una buena utilización

de la esterilización por



INTRODUCCIÓN

Desde hace varios años, la Unidad Central de Esterilización venía observando en nuestro Hospital un uso incorrecto de la esterilización mediante óxido de etileno (OE). Este procedimiento, cuyo uso está reservado para los utensilios termo-sensibles o muy delicados, se estaba utilizando para otros que no cumplían estrictamente con este requisito. Las conversaciones informales que se mantenían con el personal de quirófano responsable del envío de estos utensilios a la Unidad de Esterilización no estaban dando los resultados deseados. Debido a la importancia del tema, se decidió abordar el problema con una metodología más reglada, la del audit, y una estrategia educativa como medida correctora.

OBJETIVO

El objetivo del trabajo era conseguir adecuar la demanda de la esterilización por óxido de etileno, con el fin de que sólo se esterilizaran mediante esta técnica, aquellos utensilios cuya alternativa para su esterilización lo constituyera este procedimiento.

DURACIÓN

La estrategia se inició en 1991 continuando en la actualidad.

PROGRAMACION DE LAS ACTIVIDADES PROPUESTAS

Siguiendo los pasos que se dan en el control de calidad se realizaron las siguientes actividades:

Búsqueda de las fuentes de información

En primer lugar se inició un registro de consumo de cartuchos de OE. Así, podríamos obtener un indicador aproximado de la cantidad de material esterilizado para este procedimiento.

En segundo lugar, se confeccionó un listado de todos los utensilios que durante tres meses se esterilizaran mediante OE. Esto nos permitió crear unas plantillas que facilitarían la recogida de datos. Asimismo, se realizó un listado con todas las posibles causas de mala adecuación del OE.

Delimitación del muestreo

Se decidió registrar todos los utensilios que fueran esterilizados por OE durante un mes. Se pensó que este periodo de tiempo nos posibilitaría tener un volumen de datos suficiente que nos permitiera extrapolar los resultados. El periodo de tiempo para efectuar la reevaluación se fijó en tres años.

Selección de criterios

Se utilizaron como criterios de adecuación para la esterilización con OE los siguientes:

— que fueran utensilios termosensibles, es decir, que no pudieran soportar temperaturas superiores a 120°C.

— que fueran utensilios delicados considerándose como tales los utilizados en microcirugía y electro-medicina.

Se usó como referencia *La Guía para la prevención y control de la infección hospitalaria* editada

por el Ministerio de Sanidad y Consumo de España en 1991, y para aquellos casos en los que la guía resultaba insuficiente, se ha tenido en cuenta la bibliografía y la experiencia de los expertos de nuestro hospital.

Se utilizaron dos tipos de indicadores:

1.— Indirectos: Número de cartuchos de OE utilizados durante un año. Como en cada carga se consumió un cartucho, el número de estos representa el número de cargas, y por tanto nos daría una idea del volumen de utensilios esterilizados por este procedimiento.

2.— Directos:

a) Proporción de clases de utensilios esterilizados incorrectamente por OE (pc)

$$pc = \frac{\text{N}^{\circ} \text{ de diferentes clases de utensilios esterilizados por OE incorrectamente}}{\text{N}^{\circ} \text{ de diferentes clases de utensilios esterilizados por OE}}$$

b) Proporción de número de utensilios esterilizados incorrectamente por OE (pc)

$$pc = \frac{\text{N}^{\circ} \text{ de utensilios (n}^{\circ} \text{ de clases x cantidad de cada una) esterilizados por OE incorrectamente}}{\text{N}^{\circ} \text{ de diferentes clases de utensilios esterilizados por OE}}$$

óxido de etileno



Fijación de metas

No se pudo conseguir información sobre estos indicadores en la bibliografía por lo que se fijó con carácter provisional en un cinco, el porcentaje de material incorrectamente clasificado que aspirábamos obtener intentando que con el tiempo este valor tendiese a cero.

Elaboración del plan de actuaciones

Se elaboró un plan con los siguientes puntos:

- a.— Elaboración de plantillas para la recogida de datos.
- b.— Recogida de datos propiamente dicha.
- c.— Análisis de los datos
- d.— Comunicación de los resultados obtenidos al personal implicado (Unidad de la Central de Esterilización y Quirófanos) indicando las causas y la proporción de utensilios incorrectamente esterilizados por OE.
- e.— Iniciación de una labor educativa para todos los casos que pudieran ser subsanados de esta manera.

Obtención de los datos/resultados

Método indirecto

A pesar de que el número de procedimientos (sobre todo de endoscopias) que utilizan instrumental delicado y termosensible ha aumentado considerablemente en los últimos años, el número de cartuchos utilizados ha disminuido pasando de 1548 en 1988 a 222 en 1995.

Método directo

En primer lugar, se hizo una lista con todas las posibles causas de mala clasificación de los utensilios. Son las que se muestran a continuación:

- 1.— Los utensilios pueden ser esterilizados por otros procedimientos.
- 2.— Los utensilios son de un solo uso y no es adecuado su reesterilización.
- 3.— Solamente parte del utensilio debe esterilizarse mediante OE.
- 4.— El material, el tamaño o el diseño del contenedor no es apropiado.
- 5.— Existencia de más de un motivo.

Evaluación de los resultados. Año 1992

Análisis cualitativo

De todos los utensilios que se llevaron a esterilizar por OE, hablando en términos cualitativos solamente llegaron en condiciones adecuadas el 46%. Es decir, que de los 231 elementos diferentes que se pudieron recoger, solamente 94 debían esterilizarse por ese método en las condiciones en las que llegaron.

Los resultados muestran que hasta un 37% de todos los tipos de utensilios esterilizados mediante OE podrían esterilizarse mediante otro procedimiento, casi un 7% eran de un solo uso y el diseño del contenedor era inapropiado en un 10%.

Los porcentajes concretos para cada una de las causas vienen reflejadas en la tabla I.

TABLA I: ANÁLISIS CUALITATIVO

CAUSAS	1992		1995	
	N	% TOTAL	N	% TOTAL
Otro procedimiento	85	36,8	5	4,1
De un sólo uso	16	6,9	3	2,5
Sólo parte	2	0,9	0	0
Diseño inapropiado del contenedor	22	9,5	0	0
Más de una causa	12	5,2	0	0
TOTAL MAL	137	59,3	8	6,6
Bien clasificadas	94	40,7	114	93,44
TOTAL	231	100	122	100

* = La disminución ha sido significativa mediante la prueba X^a aplicada la corrección de Yates con p<001

Análisis cuantitativo

Si además de analizar los diferentes tipos de utensilios esterilizados por OE, se contabilizan cuantos de cada tipo se han procesado por medio de este método, tenemos los resultados que vienen reflejados en la tabla II. El porcentaje de adecuación global es del 46% muy similar al detectado por el análisis cualitativo. Entre las causas más frecuentes de la clasificación se encuentran: la posibilidad de esterilizarse mediante otro procedimiento (23,6 % del total) en el mercado se venden estériles de un solo uso (19,8%) y un diseño inapropiado del contenedor (5%). Hay más de una causa en el 5,4% de los mismos.

Como se puede apreciar en los resultados, estábamos a una gran distancia de lo que considerábamos como óptimo, lo que obligó a poner en marcha una serie de medidas correctoras.

TABLA II: ANÁLISIS CUANTITATIVO

CAUSAS	1992		1995	
	N	% TOTAL	N	% TOTAL
Otro procedimiento	664	23,6	106	2,07
De un sólo uso	557	19,8	11	0,21
Sólo parte	6	0,2	0	0
Diseño inapropiado del contenedor	140	5	0	0
Más de una causa	152	5,4	0	0
TOTAL MAL	1619	54	117	2,28
Bien clasificadas	1294	46	5001	97,71
TOTAL	2813	100	5118	100

* = La disminución ha sido significativa mediante la prueba X² aplicada la corrección de Yates con p<001

Establecimiento de las medidas correctoras

Debido a que la mayoría de las causas tenían origen en un error humano, se decidió implantar una estrategia educativa dirigida al personal de quirófano que comprendiera lo siguiente:

- 1.— Información sobre los criterios que debe seguir el material de quirófano.
- 2.— Información sobre los efectos perjudiciales derivados del contacto con OE tanto para el personal expuesto como para los pacientes.
- 3.— Para cada motivo de incorrecta clasificación se dieron las orientaciones oportunas que permitieran su corrección.
- 4.— Se hizo partícipe al personal de los resultados obtenidos, tanto del análisis cualitativo como del cuantitativo para que ellos juzgaran los resultados.

Re-evaluación

Como se puede comprobar en las tablas I y II se ha conseguido reducir considerablemente la causa que ocupaba el primer lugar en cuanto a número de objetos indebidamente esterilizados, es decir, todos aquellos utensilios que podían ser procesados mediante otro procedimiento, pasando a ser del 23,6% de todos los utensilios esterilizados al 2,07% mediante el análisis cuantitativo (del 36,8% al 4,1% según el análisis cualitativo).

Asimismo, se han conseguido eliminar todas aquellas causas que tenían que ver con el diseño inapropiado del contenedor. Esto ha sido posible mediante la adecuada perforación de las cajas y con utilización de cajas que tuvieran un tamaño proporcional al volumen del contenido. En estos casos la utilización de un contenedor adecuado ha permitido esterilizar mediante vapor de agua cajas que antes eran esterilizadas mediante OE.

Además, se ha conseguido que sólo la parte termosensible o delicada sea esterilizada por OE y no la pieza entera como se estaba haciendo hasta ahora.

Como se puede observar, el análisis cualitativo es un buen estimador de lo que sucede a nivel cuantitativo, por lo que en el futuro bastaría la monitorización de los tipos de utensilios a esterilizar, sin necesidad de hacer un contaje y clasificación de cada uno de ellos, tarea que resulta muy prolija al tener que contabilizarse más de 5000 utensilios en un mes. De esta manera, se reduciría el tiempo empleado en la monitorización sin perder en precisión.

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

En el centro hospitalario, en muchas ocasiones, el origen de la mala calidad radica en un error humano. Es por ello, que no deben desdeseñarse todas aquellas estrategias educativas dirigidas al personal sanitario, que tengan como objetivo subsanar problemas y mejorar la calidad en cualquiera de las actividades que se realizan. El personal sanitario, en nuestro caso el personal de quirófano, está altamente cualificado en todo lo que concierne al uso que se da a la instrumentación que procede de esterilización, pero en muchos casos desconoce cual es el procedimiento adecuado para la esterilización de este utillaje en la Central. Es por ello que las estrategias educativas reforzadas por la presencia de datos objetivables es un procedimiento que puede contribuir al uso más racional de las distintas técnicas de esterilización produciendo beneficios para el hospital tanto en salud como en recursos económicos.

APOYO A LA CANDIDATURA

Presentamos este trabajo por tratarse de un programa que con un coste mínimo ha permitido adecuar los materiales a esterilizar por OE. Su metodología es sencilla y fácilmente extrapolable a cualquier centro interesado en resolver conflictos similares. El estudio realizado ha permitido desbloquear unas discusiones bizantinas entre los responsables del envío del material y los trabajadores de la unidad de esterilización, permitiendo trabajar en un proyecto común consiguiendo logros importantes.

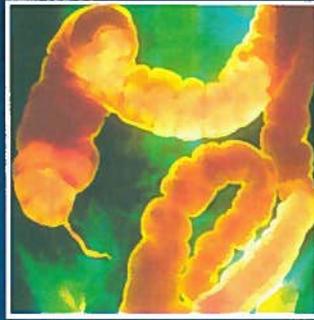
**EL LOGOTIPO
DEL HOSPITAL GENERAL
DE ALICANTE ES OBRA
DE UN AUXILIAR
DE ENFERMERÍA**

Encarna Farach Montero, Auxiliar de Enfermería del Hospital General de Alicante, es la creadora del logotipo identificativo del Hospital General de Alicante. El centro alicantino convocó un concurso entre los trabajadores del centro para crear un nuevo logotipo al que se presentaron cerca de un centenar de trabajos.

Encarna Farach reconoce que nunca sintió afición por el dibujo pero que presentó tres trabajos al concurso. El premiado simboliza la imagen habitual que se tiene de Alicante enlazando en el mismo la explanada y las palmeras con la que generalmente se identifica a la provincia con trazos sencillos y simples.

“Nunca pensé que alguno de mis dibujos fuera a ser elegido ni me presentaba con más intención que la de participar como trabajador. Es ahora, al ver la repercusión que ha tenido y la continuidad que quedará de mi trabajo cuando me siento más orgullosa” afirmó Encarna Farach.

El logotipo va sustituyendo paulatinamente al anterior apareciendo ya en toda aquella información en la que aparece el logotipo identificativo del centro.



**DESAPARICIÓN
DE LA RESPUESTA
AL CÁNCER DE COLON**

La posible respuesta al cáncer de colon se haya en un organismo mitad animal, mitad planta, que fue descubierto en el Pacífico, pero que sin embargo escapó de las manos de los científicos.

El hallazgo lo realizó una expedición del Instituto de Oceanografía de San Diego hace cinco años, cuando recogieron una extraña criatura de una fosa cerca de Filipinas. El organismo segregaba una sustancia química venenosa que fue utilizada en experimentos contra el cáncer de colon. Lo que no se sabe con certeza es si la sustancia expulsada por este misterioso organismo, es producida por él mismo, o se produce por la simbiosis con un hongo o bacteria. La desaparición del organismo fue debida a el bombardeo de los tejidos del animal con dosis excesivas de Rayos X. Los estudios e investigación sobre este tema se han publicado en el Journal of the American Chemical. Ahora, lo más difícil va a ser encontrar otro organismo de estas características.

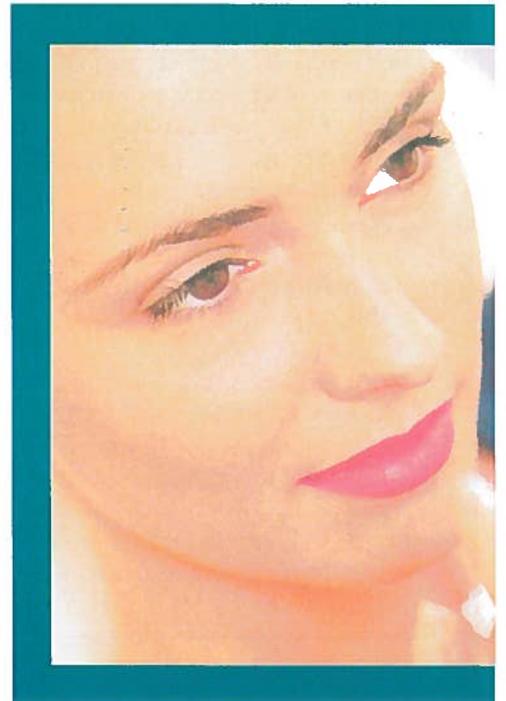
**Noticias
del Mundo
Médico**

**GAMETOS Y PREEMBRIONES
EN REGISTRO**

El Ministerio de Sanidad y Consumo pondrá en marcha próximamente el Registro de Donantes de Gametos y Preembriones en el que se recogerá toda la información sobre donantes, receptores y niños que nacen con técnicas de reproducción asistida.

La creación de este registro está prevista en la ley sobre Técnicas de Reproducción Asistida y fue regulada el pasado año. Estará formado por las bases de datos de los centros y servicios autorizados de reproducción asistida de las comunidades autónomas y se añadirán a una base central administrada por el Ministerio.

Toda la información contenida en este registro será custodiada en la más estricta confidencialidad, según afirman en Sanidad.



ADIOS A LA GRIPE EN UN DÍA

La nueva molécula experimental, denominada "GS 4104", ha sido presentada en Washington como la única que puede eliminar los síntomas de la gripe en un sólo día. La molécula por el momento, sólo ha sido utilizada en varias clases de animales, con resultados positivos, y aunque el producto todavía no se ha utilizado en seres humanos, se espera que en los próximos meses se empiecen a hacer ensayos clínicos. De esta manera, se podría evitar coger la gripe, sobre todo en los meses de invierno, con tan sólo la ingestión de un par de pastillas en la época de infecciones gripeales, o cuando se empiezan a sentir los primeros síntomas.

El producto ataca las diversas clases de gripe y funciona bloqueando una enzima que el virus gripal necesita para reproducirse, por lo tanto, evita su reproducción, pero no se activa contra el virus que causa la infección gripal. Si se prueba en las personas y se obtienen resultados positivos, en muy poco tiempo se podrá comercializar el producto y acabar eficazmente con los síntomas de la gripe.



LA OTRA CARA DE LA MARIHUANA

La revista New England Journal de Medicine de California, ha reavivado recientemente la polémica acerca de si la marihuana debe prescribirse o no como terapia para los pacientes afectados gravemente de cáncer, sida u otras patologías.

Toda esta polémica comenzó a raíz de que se legalizara el consumo de Cannabis como uso terapéutico. Lo cierto es que la marihuana alivia los síntomas de muchas enfermedades devastadoras como el cáncer o el sida. Algunas de las conclusiones a las que se ha

llegado tras haber sido sometida a distintas pruebas, es que la marihuana controla la náusea causada por los fármacos para el sida y el cáncer y que aumenta el apetito y el peso en los pacientes con sida. Además se han probado sus efectos en la mejora del glaucoma, el alivio del dolor de la artritis, de la esclerosis múltiple y del malestar de los enfermos terminales.

Aún así, los médicos opinan que aunque esta hierba ofrezca beneficios terapéuticos, todavía quedan muchas preguntas por resolver.

LAS ÚLCERAS

Francisca de Andrés Ortega
Auxiliar de Enfermería
Hospital Provincial de Ávila

POR PRESIÓN

● INTRODUCCIÓN

La prevención y cuidados en las úlceras de piel, constituyen un verdadero reto para el personal de enfermería, pues se ha convertido en un parámetro indicativo de la calidad de los cuidados dispensados en el medio hospitalario.

Las úlceras de piel, constituyen un problema que debe ser conocido a fondo por el Auxiliar de Enfermería, tanto para evitar su aparición como, en caso de presentarse, conseguir su curación mediante actividades y procedimientos adecuados, ya que cuando hacen su aparición pueden agravar el pronóstico del paciente, aumentando el riesgo de posibles infecciones y complicaciones metabólicas, prolongando su estancia en el hospital, sobrecarga de trabajo y notables gastos económicos, imagen negativa de la institución y una falta de calidad asistencial, y con ello, una atención y cuidados deficientes de enfermería.

En la prevención y tratamiento de las úlceras de piel, se han utilizado muchos sistemas y métodos en los últimos años, pero individualmente, ninguno puede demostrar una efectividad total, pues influyen factores que obligan a que los cuidados sean personales y específicos para cada paciente.

Es fundamental disponer de un protocolo para identificar y valorar a los pacientes de alto riesgo, realizar las medidas preventivas correspondientes y planificar los cuidados según el estado general del paciente y el grado o fase de la úlcera, de ésta forma se lleva a cabo el mismo tratamiento y los mismos cuidados a lo largo de todos los turnos de trabajo.

No podemos olvidar que lo más importante tanto en la prevención como en el tratamiento, es la continuidad cíclica de los cuidados.

● DEFINICIÓN DE LAS ÚLCERAS DE PIEL

Llamadas también úlceras por decúbito o escaras, aunque

en la actualidad, se utiliza el término "presión" en lugar de "decúbito", ya que éste último se refiere solamente a enfermos encamados. El término "presión" es mucho más exacto y engloba más causas de aparición de úlceras que las provocadas por el decúbito.

Son lesiones de la piel en las que se ve afectada la dermis, epidermis y capas más profundas, con pérdida de sustancia debido a una compresión entre una protuberancia ósea y una superficie dura.

Aparecen por una larga permanencia en cama, favorecidas por el sudor, falta de movilidad, trastornos nerviosos por compresión, trastornos circulatorios que suponen la presión continua y otras causas que iremos viendo más adelante.

Se dividen en dos grandes grupos:

1.— Úlceras por presión

Producidas como consecuencia del aplastamiento de los tejidos entre dos planos de resistencia.

2.— Úlceras vasculares

Cuyo origen se basa en un trastorno circulatorio periférico de las extremidades, principalmente inferiores.

● ÚLCERAS POR PRESIÓN

Los mecanismos que alteran la integridad de la piel son tres: 1. Presión, 2. fricción y 3. fuerza externa de pinzamiento vascular.

1.— Presión

Es la fuerza que actúa perpendicular a la piel como consecuencia de la gravedad, independiente de la posición que el enfermo adopte en la cama, silla, sillón, silla de ruedas, etc.

La piel puede soportar una gran presión, pero sólo durante periodos cortos y suficientemente espaciados de tiempo. Estudios realizados demuestran que para provocar la úlcera es más decisiva la continuidad que la importancia de la presión, bastaría para ello una suave y continua presión durante un par de horas para la aparición de la úlcera.

(Una presión superior a 25 mm. de Hg., ocluirá el flujo sanguíneo capilar en los tejidos blandos provocando hipoxia, y si no se alivia, necrosis de los mismos).

2.— Fricción

Es la fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel produciendo roces por movimiento o arrastres en pacientes encamados.

3.— Fuerza externa

Ésta combina los efectos de presión y fricción (ejemplo:

posición de Fowler, que produce deslizamiento del cuerpo. Puede provocar fricción en sacro y presión sobre la misma zona).

● FACTORES QUE INFLUYEN EN LA FORMACIÓN DE ÚLCERAS

1.— Edad

A más edad, se observa mayor tendencia a desarrollar úlceras, ya que generalmente el enfermo de edad avanzada tiene una piel más fina y menos elástica, así como una circulación deficiente.

2.— Estado nutricional

Sea tanto por exceso o por defecto. En pacientes obesos se ha observado un aumento muy significativo de la tendencia a desarrollar úlceras. Con un estado nutricional alterado por hipoproteinemias, diabetes, delgadez, deshidratación, insuficiencia renal o desnutrición general.

3.— Deficiencias sensoriales y alteraciones del aparato locomotor

Enfermos neurológicos, con hemiplejias, en estado de coma, lesiones medulares, con sensibilidad disminuída, que impiden respuesta al dolor, a la vez que a los movimientos.

4.— Pacientes desorientados

Que necesitan estar sujetos por su estado de confusión

mental. (Privar a una persona de movimiento, es algo controvertido, pues les hace muy vulnerables a las úlceras.)

5.— Enfermos con procesos crónicos prolongados

Como es el caso de la arteriosclerosis senil con incontinencia urinaria y/o fecal.

6.— Afectación mecánica

Enfermos con fracturas, portadores de escayolas, férulas, aparatos de tracción u ortopédicos.

7.— Administración de ciertos fármacos

Como corticoides (que actúan produciendo un adelgazamiento tisular reduciendo su resistencia e inhibiendo los procesos de cicatrización), citostáticos (que pueden aparecer focos de necrosis tisular), etc.

8.— Humedad de la piel

Por incontinencia, sudoración por hipertermia, secreciones, etc.

9.— Mal estado de la piel

Por deshidratación, edemas, lesiones dérmicas, alergias, etc.

10.— Duración de intervenciones quirúrgicas

Duraciones superiores a tres horas pueden originar úlceras por presión.

11.— Inmovilización

La inmovilización post-operatoria, debido al miedo del paciente al dolor, en pacientes sometidos a tracción por una

luxación de cadera, fractura de fémur, etc.

12.— Factores del entorno

Ausencia o defecto de los cambios posturales, cama húmeda o con arrugas, rozamiento de la piel, arrastres y contactos, defectos de la higiene favorecedores de la maceración (en pliegues mamarios e inginales), mal uso del material complementario (por ejemplo tener el colchón antiescaras desconectado), etc.

● PREVENCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO

Nuestra actuación irá encaminada a actuar en los aspectos citados anteriormente que vamos a dividir en tres: estado general, estado local y regional y el entorno.

1.— Estado general

1.1.— Estado nutricional. Debemos cuidar la alimentación del paciente, teniendo en cuenta que sea equilibrada con gran contenido en proteínas y vitamina C. Es importante aumentar la ingesta de líquidos. En caso de enfermos propensos a ulcerarse o que ya han desarrollado una úlcera, es importante que las comidas sean frecuentes y poco copiosas. Es de vital importancia añadir preparados hiperproteicos a la dieta (Ensure, Pentapuding, Enrich, etc.)

1.2.— Incontinencia urinaria y/o fecal. Frente a este factor de

riesgo puede realizarse un sondaje vesical o rectal, aunque no se debe abusar de ello, ya que el hecho de llevar una sonda puede provocar una úlcera, en pacientes masculinos podemos utilizar un colector de orina (uricón).

1.3.— Alteraciones de la circulación. Frente a las alteraciones de la circulación, pueden realizarse diferentes acciones, como son los masajes y fricciones. Es importante favorecer la circulación de retorno en las extremidades inferiores. Para conseguirlo se procede de la siguiente forma:

— *Pies:* Se sujeta con una mano el pie y con la otra se ejecutan los movimientos ascendentes, con las yemas de los dedos, siguiendo las depresiones ubicadas entre los tendones. Con ambas manos y desde la punta del pie a los tobillos se efectúa un masaje de rozamiento, se realiza con una amplia zona apretando el plexo muscular. En la planta del pie se describen círculos con ambos pulgares desde los dedos al talón, ejerciendo cierta presión.

— *Piernas:* Con una mano se sujeta la pierna entre el pulgar y el resto de los dedos, mientras que con la otra se realizan movimientos ascendentes siguiendo el recorrido de las venas safena y poplitea (venas principales de la pierna - interna y externa).

Si sospechamos la existencia de coágulos, realizaremos la maniobra de Homas, que consiste en realizar una hiperflexión dorsal de los dedos del pie. En caso de ser positiva, es decir, si esto causa dolor en los músculos de la pantorrilla, no realizaremos el masaje pues

este dolor indica una trombosis venosa de la pierna.

Cuando existen alteraciones como la diabetes debemos insistir en los controles diabéticos y en la higiene sobre todos en las extremidades inferiores, pues el pie diabético es especialmente vulnerable presentando frecuentemente úlceras infecciosas o necróticas como consecuencia de pequeños traumatismos sin importancia. Estas pueden ser evitadas en la mayoría de los casos con un cuidado minucioso:

— Lavado diario rápido para evitar maceraciones.

— Aplicar talco si la piel está húmeda, o si al contrario es muy seca utilizaremos cremas de lanolina.

— Para cubrir pequeñas lesiones se empleará esparadrapo de papel hipoalérgico.

2.— Estado local y regional

En este nivel la prevención se centra primordialmente en el cuidado de la higiene y de la hidratación de la piel.

Es preciso cambiar al enfermo siempre que esté sucio, mojado o que transpire excesivamente.

La piel se enjabonará con la ayuda de un jabón ácido y luego se enjuagará y secará meticulosamente. Es muy importante el secado con objeto de evitar la maceración de la piel.

La cama debe mantenerse seca, con sábanas y hules suaves y bien estirados, no deben quedar arrugas, pliegues, migas u objetos bajo el enfermo como sondas, etc. Es aconsejable no utilizar ropa nueva por ser menos suave.

El masaje mejora el caudal circulatorio. Debe ser sistemático para cada cambio de posición e interesan las zonas que

han estado apoyadas. Se hace sobre el enfermo limpio y seco. Debe ser suave y mover las masas musculares profundas. Será suficientemente prolongado (10 minutos).

3.— Entorno

La preparación y dotación adecuada del personal es la única prevención posible a este nivel, dado que la escasa dotación de personal en fines de semana o periodos vacacionales, es el firme aliado de las úlceras por presión, ya que entonces quedan descuidados los cambios posturales.

La falta de material complementario o la mala utilización del mismo pueden suponer por igual un riesgo en la formación de úlceras por presión.

Evidentemente, cuantos más factores se den asociados mayor será el riesgo de formación de éstas úlceras.

El medio ambiente hay que tenerlo en cuenta. La habitación del paciente no debe estar a una temperatura extrema, ni sentir frío por la incomodidad que supone, ni calor, ya que aumentará su transpiración, con el consiguiente riesgo de maceración de la piel. Deberá ser ventilada adecuadamente y vigilar la limpieza de la misma.

● SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LAS ÚLCERAS

El primer signo de una úlcera potencial es la aparición de eritema (enrojecimiento) de la

piel, que desaparece por presión digital. El enrojecimiento progresa hasta producir un área gris azulada, cianótica o negruzca, resultado de la oclusión de los capilares y del debilitamiento del tejido subcutáneo. Luego aparecen ampollas y desgarro de piel seguidas de las primeras etapas de necrosis (muerte del tejido).

Este proceso puede afectar los tejidos blandos más profundos, músculos, tendones e incluso huesos y articulaciones.

Si la úlcera es crónica y se ha abierto y cerrado una y otra vez suele ocurrir que el tejido se endurece, lo cuál dificulta el aporte sanguíneo a la región para formar tejido cicatrizal. Con frecuencia se observan focos profundos de infección, cubiertos en ocasiones por una costra negra que impide la curación.

En la úlcera profunda, que se produce en determinadas zonas que recubren prominencias óseas, va macerándose el tejido desde dentro hacia fuera.

El paciente suele quejarse de sensación de ardor o irritación local; la isquemia suele ser dolorosa. El síntoma dolor aparece en el estado inicial y suele ceder una vez producida la úlcera.

Otro dato objetivo es la temperatura elevada de la piel.

● FASES DE LA ÚLCERA POR PRESIÓN

Según la afectación de la piel se clasifican en cinco fases. Por lo general, son evolutivas y cada vez con mayor dificultad

de curación por lo que lo más importante es evitar que cada estado pase al siguiente.

— *Fase de preúlcera*: En esta fase se observa una piel enrojecida.

— *Fase de úlcera grado I*: En esta fase se comprueba un compromiso circulatorio que afecta la epidermis y dermis con pérdida de continuidad cutánea.

— *Fase de úlcera grado II*: En esta fase el trastorno compresivo afecta las capas dérmicas más profundas y se extiende hasta el tejido celular subcutáneo.

— *Fase de úlcera grado III*: En esta fase se observa necrosis o muerte celular con extensión de la lesión hasta el tejido muscular de la zona afectada.

— *Fase de úlcera grado IV*: En esta fase se sigue observando una úlcera necrótica que se extiende a fascia, hueso y afecta a las articulaciones.

● PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

Dice un viejo aforismo: “La mejor forma de tratar una enfermedad es evitar que se produzca”.

La prevención de estas úlceras es una de las consideraciones más importantes en la asistencia de enfermería. Se desarrollan con una rapidez alarmante, en cuestión de pocas horas (de dos a cuatro), y en los sitios donde

existe presión que se nos haya pasado inadvertida.

Como ya hemos visto se trata de una complicación grave que puede ocurrir a cualquier paciente y su presencia prolonga la convalecencia e impone una tremenda carga física y económica.

El tratamiento más eficaz es: LA PREVENCIÓN, porque

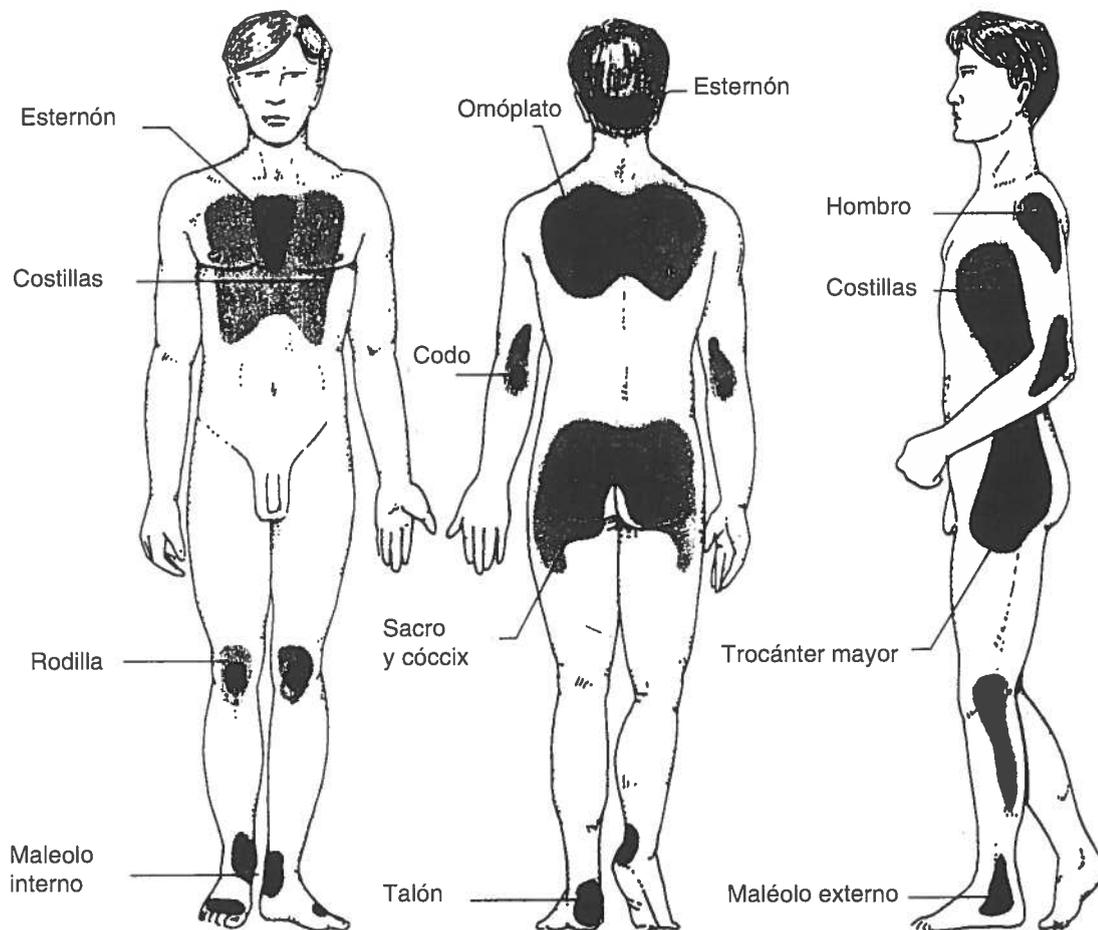
resulta más fácil prevenir una úlcera que curarla.

Y procede recordar a este respecto, que las prominencias óseas que soportan peso están sólo recubiertas por la piel y pequeñas cantidades de grasa subcutánea, siendo fácil comprobar que la mayoría de las úlceras por presión se localizan en los siguientes puntos: Sacro,

trocánter mayor y tubosidades isquiáticas. Esto se da especialmente en personas que permanecen sentadas durante periodos prolongados.

Las úlceras pueden aparecer en cualquier localización, dependiendo del lugar de la piel que se encuentre sometida a presión.

Vigilar dichas zonas para PREVENIR.



PRINCIPALES ZONAS DE APARICIÓN DE LAS ÚLCERAS POR DECÚBITO

Las úlceras por decúbito aparecen en pacientes sometidos a inmovilización prolongada y se localizan sobre aquellas prominencias óseas que soportan la mayor

parte del peso del cuerpo. El dibujo muestra los puntos de apoyo del cuerpo sobre los cuales es más frecuente la aparición de úlceras por decúbito.

Teniendo en cuenta que toda escara lleva consigo:

- Cuidados repetidos (cansa al personal).
- Incomodidad del enfermo.
- Riesgo de infección sobreañadido.
- Prolongación de la hospitalización.

El Auxiliar de Enfermería debe ser el primero en detectar su aparición. Además sobre nosotros recae también el trabajo de prevenirlas.

Los cuidados de enfermería deben ser personales y específicos para cada paciente. Es preciso detectar los factores de riesgo de cada individuo en particular.

Las medidas preventivas comprenden:

- Mitigar o eliminar la presión.
- Estimular la circulación.

— Mantener la piel limpia y en estado saludable.

Cualquier enfermo encamado debe ser objeto de vigilancia de todos los puntos de apoyo dos veces por día. Cualquier enrojecimiento de la piel debe considerarse como una señal de alarma, suprimiendo inmediatamente el apoyo sobre la región amenazada hasta la completa desaparición de la placa roja.

El cambio postural es la única medida verdaderamente eficaz. Debe ser sistemático, diurna y nocturna, cada dos o tres horas. El desplazamiento del peso del paciente de un lado a otro permite la reanudación del flujo sanguíneo y ayuda a los tejidos a recuperarse de la presión.

La estimulación de la circulación alivia la isquemia tisular, que es la precursora de las úlce-

ras por presión. Por esta razón, se insta al sujeto a estar activo, siempre que sea posible hay que hacer que el paciente se mueva, camine, esté activo, pues el grado de movilidad es un criterio importante para el pronóstico y tratamiento.

● ZONAS PROPENSAS A LA ULCERACIÓN

En decúbito supino

- Cabeza
- Nuca
- Hombros
- Columna vertebral (sacro)

VALORACIÓN DEL RIESGO DE ÚLCERA POR DECÚBITO

Variable	0	1	2	3
Estado mental	Despierto y orientado	Desorientado	Letárgico	Comatoso
Incontinencia (se dobla la puntuación)	No	Ocasional, nocturna o por estrés	Urinaria solamente	Urinaria e intestinal
Actividad (se dobla la puntuación)	Se levanta de la cama sin problemas	Camina con ayuda	Se sienta con ayuda	Postrado en cama
Movilidad (se dobla la puntuación)	Completa	Limitación ligera (ej. paciente artrítico con articulaciones rígidas)	Limitación importante (parapléjico)	Inmovil (tetrapléjico comatoso)
Nutrición	Come de forma satisfactoria	Ocasionalmente rechaza la comida o deja cantidades considerables (Se le debe animar a que ingiera líquidos)	No suele tomar ninguna comida completa, deshidratado, ingesta mínima de líquidos	No come N. P. solamente
Aspecto de la piel	Bueno	Área enrojecida	Pérdida de continuidad de la piel a nivel de úlcera grado I	Edema con fovea. Discontinuidad de la piel ulcerada Grado II
Sensibilidad cutánea	Presente	Disminuída	Ausente en extremidades	Ausente

- Codos
- Nalgas
- Talones

En decúbito lateral derecho e izquierdo

- Oreja
- Costillas
- Caderas (trocánter)
- Pierna (parte lateral de las rodillas)
- Tobillos (maleolos)

En decúbito prono

- Mejillas
- Orejas
- Clavícula (acromion)
- Mamas (mujeres)
- Cretas ilíacas
- Genitales (varón)
- Rodillas
- Dedos de los pies

● IDENTIFICACIÓN DE LOS PACIENTES CON RIESGO DE ULCERACIÓN

Como hemos visto es posible evitar las úlceras por presión por ello, los Auxiliares de Enfermería, tenemos que tomar precauciones extremas.

Debemos identificar a los pacientes de alto riesgo y efectuar una valoración exhaustiva de su piel y de las condiciones que ingresa.

En la mayoría de los hospitales existen tablas de valoración que son útiles para adjudicar a cada paciente su nivel de riesgo y tomar, en consecuencia, las medidas preventivas necesarias.

Se puntúa cada una de las variables de 0 a 3, otorgando un doble valor a la puntuación

señalada. Si la suma de dichas puntuaciones resulta igual o superior a 12 se considera que el paciente presenta un elevado riesgo de ulceración.

● CAMBIOS POSTURALES

Es deseable que el paciente comprenda por qué es necesario que se gire con frecuencia y regularidad, ya que es de vital importancia en la prevención, pero sabemos que muchos enfermos sufren debilidad física y no pueden girarse por sí mismos.

Cuando un paciente no puede efectuar por sí solo los cambios posturales debemos efectuarlos los Auxiliares de Enfermería. Para que éstos sean eficaces hay que tener presente:

1.— Efectuar los cambios cada 2 o 3 horas, en función de la valoración de riesgo.

2.— Seguir una rotación determinada de diferentes cambios respetando la postura anatómica.

3.— Repartir el peso del cuerpo por igual, a fin de evitar los dolores musculares por contracciones de compensación.

4.— Registrar los horarios de cada cambio, con el fin de asegurar una adecuada continuidad en los cuidados.

5.— Durante la hospitalización es indispensable informar y educar al paciente y a su familia.

La misión más importante del Auxiliar de Enfermería, es impedir que haya zonas sometidas a presión. Habrá que incorporar al plan de cuidados cambios frecuentes de postura, así

como las conocidas "vueltas regulares".

LOWTHIAM, en el año 1979, diseñó un reloj de turnos para ayudar a los profesionales de enfermería a llevar a cabo esta medida preventiva. El proyecto es adaptable a cada caso particular. El reloj va acompañado de una lista de horarios y un espacio para la firma del personal que hace el cambio. Esto proporciona un registro que refleja el exacto cumplimiento de las medidas planificadas.

Cuando un paciente debe permanecer en cama, una percha graduada o un trapecio son medios muy sencillos para aliviar la presión levantando las nalgas de la cama. Cuando sea necesario se establecerá el horario para cambiar de posición.

Algunos autores señalan que los cambios de postura realizados de una manera tan regular presentan algunos inconvenientes:

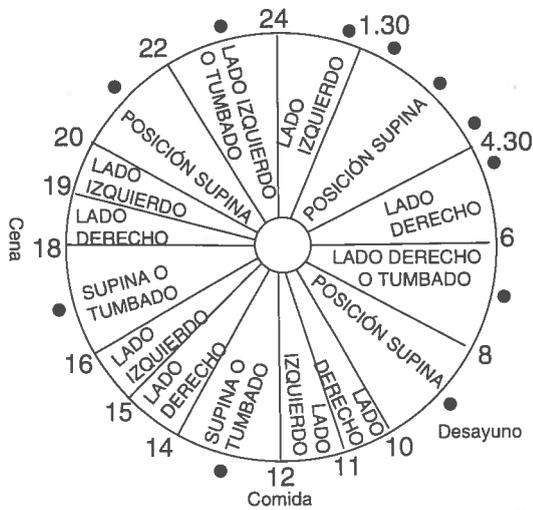
- Se molesta al paciente.
- Se le despierta.
- Quizás se le causa dolor.

Cualquier posición que por un momento es cómoda para el enfermo se convertirá en excesivamente incomoda, si se tiene durante periodos prolongados.

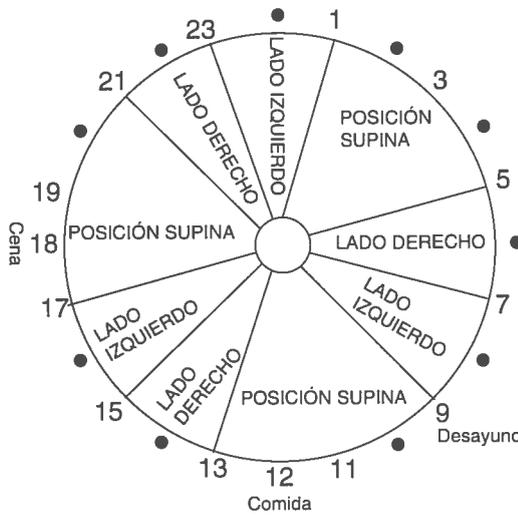
Debemos realizar la movilización basándonos en los conocimientos de la mecánica corporal, con movimientos suaves. Esto le producirá al paciente un sentimiento de confianza hacia nosotros. Durante esta práctica se evitará el esfuerzo innecesario o hacerse daño. No debemos dudar en pedir ayuda si el peso a levantar es demasiado.

Cuando el paciente tiene cierto grado de inmovilidad, estos cambios deberán hacerse como mínimo por dos personas, pues la mayor parte de las lesiones de espalda son ocasionadas por el intento de levantar un peso excesivo o por la práctica incorrecta.

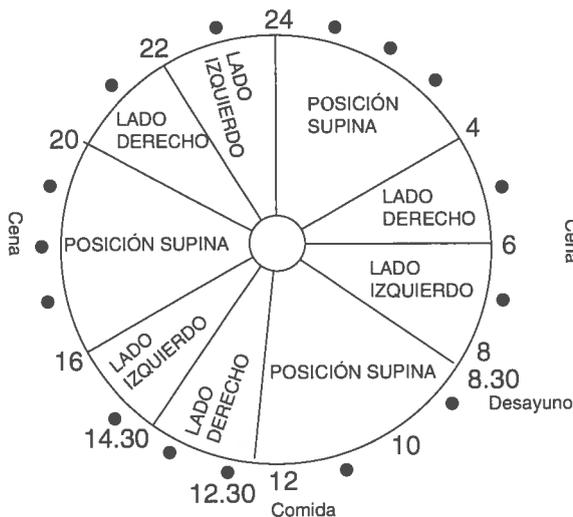
HORARIO A: INTENSIVO



HORARIO B: DE USO GENERAL



HORARIO C: ALTERNATIVO AL B



HORARIO D: PACIENTES EN SILLA CON RIESGO



En caso que el cambio de postura no sea aconsejable o sea imposible emplearemos algún otro método para aliviar la presión.

● POSICIONES A UTILIZAR EN LOS CAMBIOS POSTURALES

- 1.— Decúbito dorsal, o supino.
- 2.— Decúbito lateral (derecho e izquierdo).
- 3.— Decúbito prono.
- 4.— Posición de tres cuartos.
- 5.— Posición sentado.

Posición decúbito dorsal

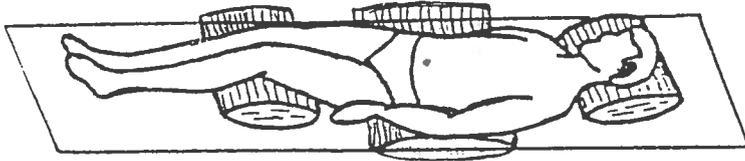
- a) Colocar una almohada debajo de la cabeza.
- b) Colocar una almohada debajo de ambas piernas, de forma que los talones queden libres del contacto con la cama.

c) Colocar almohadas debajo de los brazos.

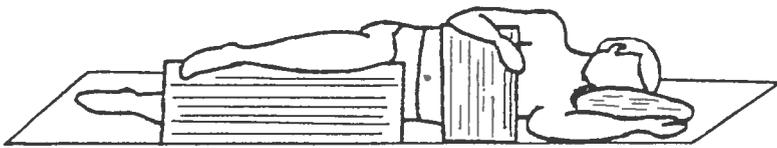
d) Mantener los pies en ángulo recto colocando un cojín junto a las plantas de los pies para evitar el pie equino.

e) Situar una toalla enrollada o almohada en zona externa del muslo para evitar rotación externa de la cadera.

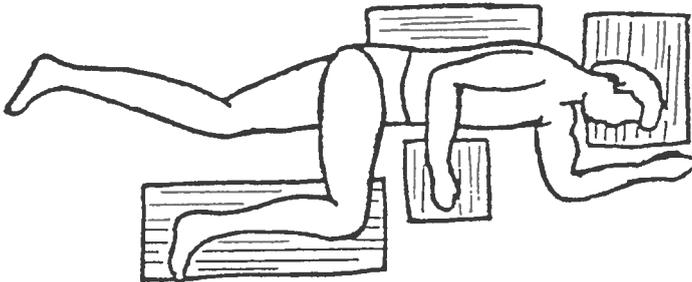
f) Colocar topes o saquitos de arena en las zonas internas o externas de los maleolos tibiales para evitar la rotación de los tobillos.



POSICIÓN DECÚBITO DORSAL

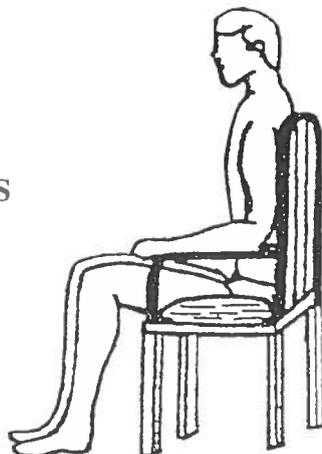


POSICIÓN DECÚBITO LATERAL



POSICIÓN DECÚBITO LATERAL

**POSICIÓN DE
SENTADO:
SENTADO O EN
SILLA DE RUEDAS**



Posición decúbito lateral (derecho e izquierdo)

a) Colocar una almohada debajo de la cabeza.

b) Colocar una almohada debajo del brazo estando éste en ángulo recto con la mano al mismo nivel del codo. De esta forma se evita que el peso del brazo tire de los ligamentos del omóplato y que comprima el tórax.

c) Situar un cojín detrás de la espalda, entre el colchón y la sábana, para que no se desplace.

d) Situar una almohada entre las piernas para evitar la fricción entre las piernas.

Posición de sentado

Es aconsejable adoptar esta posición a las horas de las comidas por ser más cómoda.

a) El respaldo del sillón debe estar poco inclinado.

b) Colocar un pequeño cojín en la región cervical.

c) Bajo los muslos del paciente debemos colocar un cojín para que el paciente no resbale hacia delante y así evitar el efecto cizalla.

Posición decúbito prono

Esta postura se utiliza más como tratamiento de úlcera en la región sacra que como medida preventiva.

a) Colocar la cabeza ladeada, apoyada sobre una almohada.

b) Los brazos en flexión deben quedar apoyados sobre los almohadones.

c) Se colocan almohadones debajo de las piernas, muslos y abdomen, dejando libre de presión los dedos del pie, rodillas, genitales y mamas.

Posición de tres cuartos

Cuando el paciente está en decúbito lateral podemos descargar las zonas de contacto con la cama mediante esta posición, que consiste en retirar hacia atrás el cojín situado detrás de la espalda realizando una ligera rotación del tórax que debe ir acompañada de la rotación de la pelvis, de forma que queden de nuevo alineados. Debemos vigilar la rotación del tórax no se reduzca a la torsión de la columna vertebral sobre sí misma. Para realizar el cambio debemos levantar la pelvis.

● ERRORES EN LOS CAMBIOS POSTURALES

Existen algunos errores en los que podemos incurrir al colocar al paciente.

1.— Olvidar las fricciones. (En las movilizaciones hay que tener en cuenta que debe practicarse en cada cambio postural unas fricciones con alcohol tanino o romero.)

2.— Arrastrar al paciente. (Hay que tener en cuenta que nunca debe ser arrastrado por encima de la cata, sino levantado.)

3.— No poner protección en pies y talones, también en codos.

4.— Situar un cojín a nivel del hueco popliteo, lo que dificulta el retorno venoso.

5.— Dejar pinzada la sonda.

6.— Provocar desviaciones en la columna lumbar (cifosis).

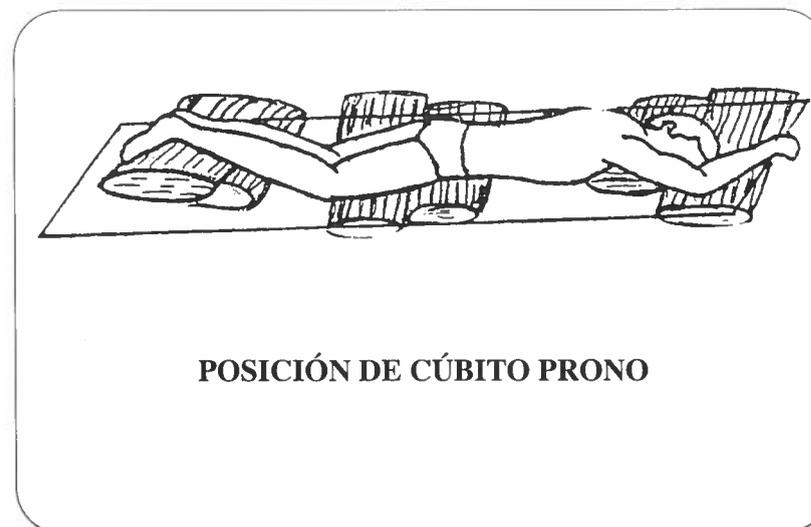
7.— Provocar una hiperflexión cervical que ocasiona dificultad respiratoria.



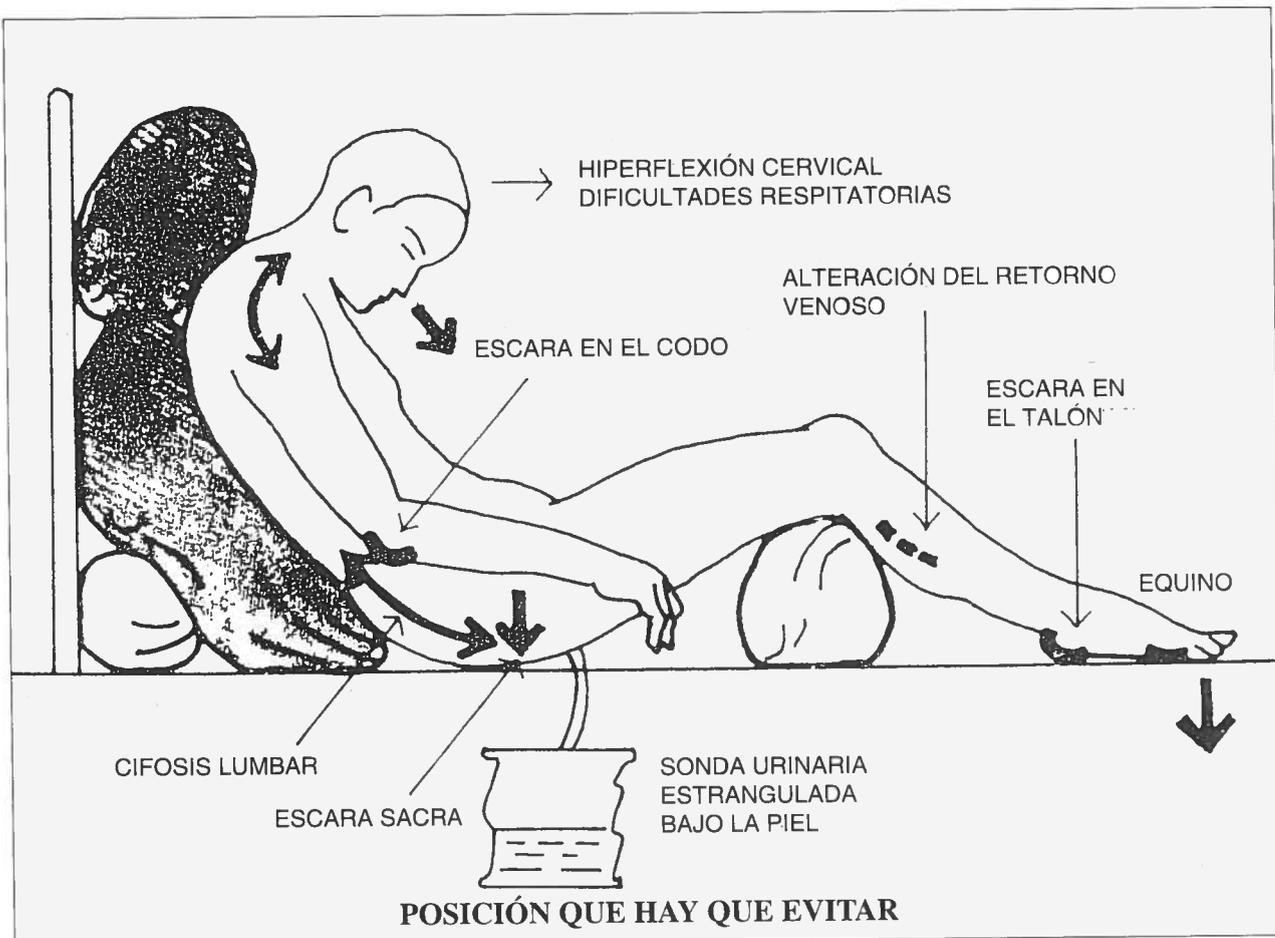
**POSICIÓN DE SENTADO:
MODIFICADA DE FOWLER**



**POSICIÓN DE SENTADO:
SEMISENTADO**



POSICIÓN DE CÚBITO PRONO



POSICIÓN QUE HAY QUE EVITAR

Se vigilará a los enfermos incontinentes para evitar la maceración de la piel y la proliferación microbiana. El sondaje vesical y secado de la piel son muy útiles.

● CUIDADOS PARA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

El personal sanitario debemos evitar el esfuerzo innecesario o hacernos daño.

1.— Debemos utilizar las posiciones mejores para que la columna vertebral sufra lo menos posible.

Siempre hay que recordar que los músculos de las piernas son más fuertes que los de la espalda, por eso para levantar a un paciente deben doblarse siem-

pre las rodillas y quedarse con la espalda recta, doblando hacia delante ésta desde las caderas, y evitando de esta forma problemas musculares (contracturas) y de la columna vertebral.

2.— La posición de los pies debe ser:

— Separados y enfrente del paciente si su situación es enfrente del paciente.

— Separados y con un pie adelantado al lado del paciente si vas a hacer un movimiento lateral.

— Poner tus pies lo más cerca del paciente antes de empezar un movimiento.

● EDUCACIÓN SANITARIA AL PACIENTE Y/O CUIDADOR SOBRE EL PLAN DE CUIDADOS

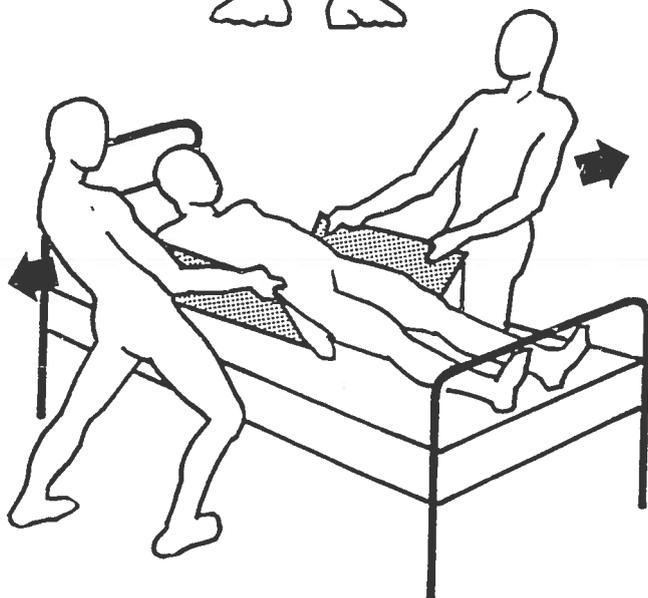
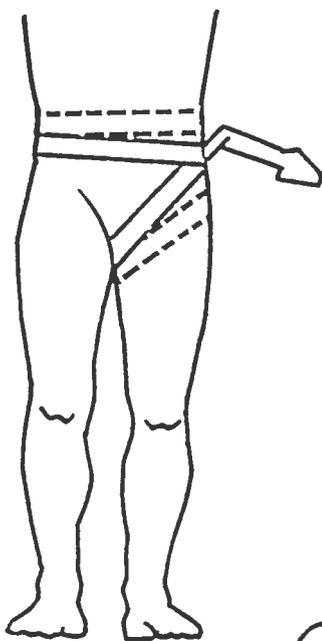
1.— Explicar la importancia de la colaboración del paciente y/o cuidador.

2.— Animar al paciente a mantenerse activo enseñándole ejercicios de movilización.

3.— Enseñar a la familia a realizar ejercicios de movilización pasiva.

4.— Explicar la importancia de la higiene diaria e hidratación.

5.— Información sobre la dieta equilibrada y proteica adaptada a cada individuo.



6.— Enseñar a realizar cambios posturales.

7.— Investigar sentimientos y actitudes hacia el miembro de la familia incapacitado (aceptación, rechazo, etc.)

8.— Facilitar la adaptación del individuo a su domicilio y comunidad, (aumentar su confianza y su autoestima).

9.— Supervisar el cumplimiento del plan de cuidados según factores de riesgo y apoyo familiar.

● OTROS MEDIOS COMPLEMENTARIOS COMO PREVENCIÓN

Si bien éstos medios complementarios no eliminan por completo la presión sobre la zona, sí la reducen de forma considerable disminuyendo así el riesgo.

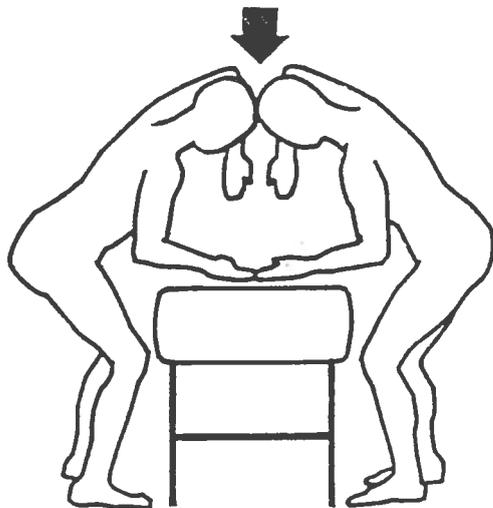
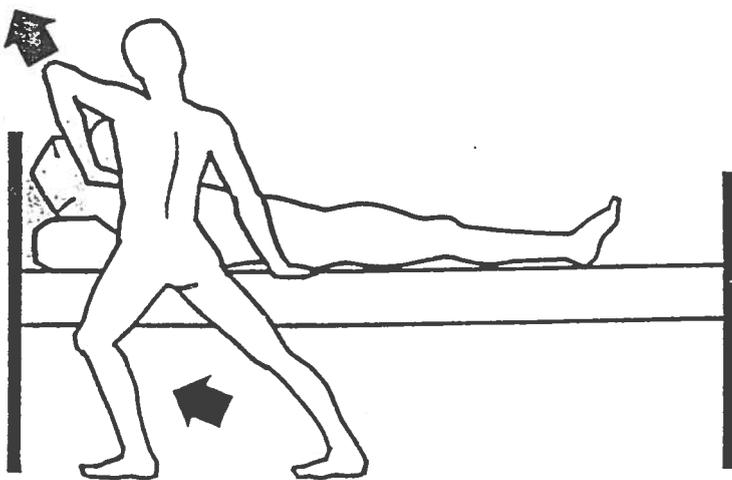
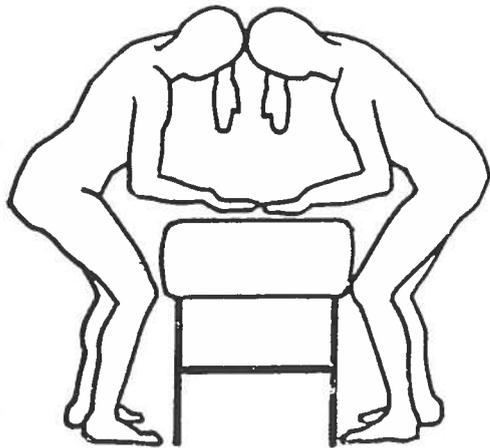
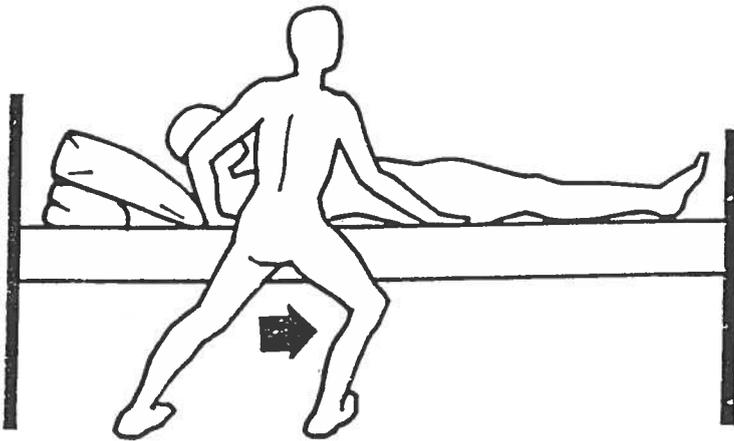
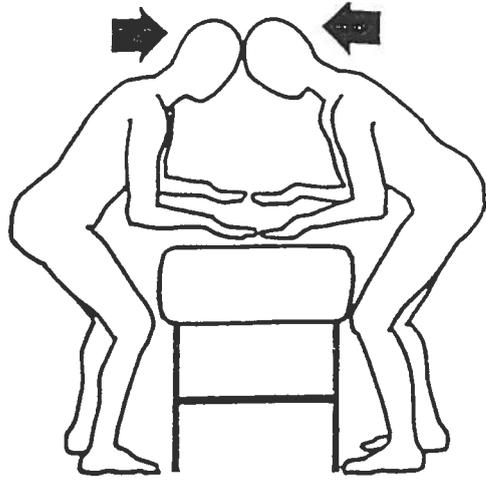
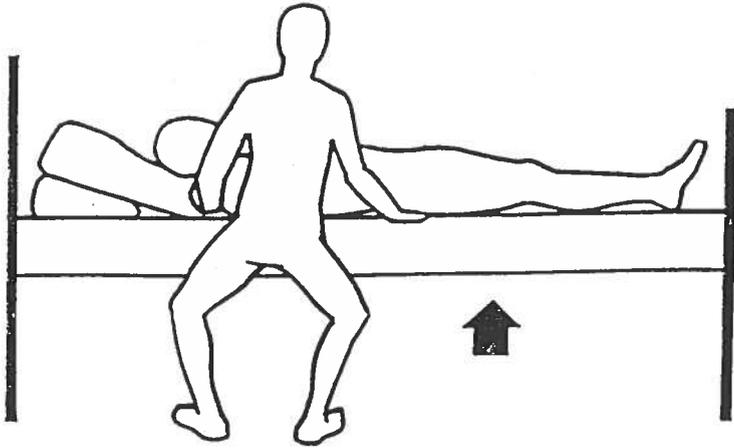
La cama

Mobiliario fundamental para la prevención de úlceras.

Modelos de cama hospitalaria:

1.— Cama articulada: Circunstancia muy importante para poder adaptarla a los cambios posturales.

2.— Cama ortopédica o traumatológica: Tiene encima un marco (arco balcánico), que sujeta unas varillas donde se acoplan poleas y tracciones. Tiene un estribo donde se sujetan los pacientes para poder incorporarse y movilizarle en la cama para su cambio postural. También llamada cama de Judet.



3.— Cama circoeléctrica o electro circular: Consta de un motor eléctrico que hace girar la cama desde la posición horizontal hacia un lado u otro, en un ángulo de 45°, y así el peso se inclina hacia un lado y luego hacia el otro, durante un tiempo determinado y de un modo continuo, no castigando las áreas de presión. Se utiliza en pacientes que requieren inmovilización completa, enfermos con lesiones medulares o politraumatizados.

4.— Cama de levitación o foster: Diseñada para voltear al paciente pudiendo adoptar diferentes posiciones y evitando ulceración.

5.— Cama Roto-rest: Consta de dos superficies de descanso, suspendidas en un fuerte bastidor. Una de estas superficies está prevista para la presión en decúbito supino y la otra para la posición inversa mediante un giro de 180°. Gira continuamente al paciente siendo pues un buen dispositivo antiescaras.

El colchón

El colchón será duro, con muelles y refuerzos laterales para evitar que el enfermo resbale sobre los bordes. Debe conseguir la distribución uniforme del enfermo, así como su comodidad. Debe cubrirse con una funda impermeable, lavable y flexible.

Los colchones de muelles son los más utilizados como un medio más de prevención de úlceras por decúbito, pues distribuyen uniformemente el peso del cuerpo evitando presión en los puntos de apoyo. Proporcionan un agradable bienestar y ejercen un suave masaje.

Modelos de colchones:

1.— Colchón de agua: Relleno de agua. Algunos llevan bolas de poliuretano para reducir el volumen del agua, que distribuyen la presión gracias al desplazamiento del líquido. Está compuesto por tres nódulos hidrohinchables e independientes. Para estabilizarlo está rodeado de cojines laterales. Presenta como inconveniente que una vez instalado el paciente se hace muy difícil de manejar y puede provocar mareos.

2.— Colchón de arena

3.— Colchón de esferas fluidificadas: Formado por esferas de vidrio muy finas que se mantienen en movimiento gracias al aire insuflado en ellas, sobre el cuál el paciente flota.

4.— Colchón antiúlceras o alternanting: Consta de bandas neumáticas que se inflan alternativamente (pares, impares), se hinchan y deshinchán gracias a un motor que dirige un compresor-descompresor. Su objetivo es desplazar continuamente los puntos de presión. Los inconvenientes son: Provoca una excesiva transpiración y el motor puede llegar a ser molesto para el paciente, ya que tiene que funcionar día y noche.

5.— Colchón de aire de tres cámaras: Consta de dos partes colocadas una sobre otra. La superior está formada por dos cámaras de tubos transversales que se hinchan alternativamente. Esta parte perforada por pequeños orificios, permite que se establezca una corriente continua de aire que tiene por objeto reducir la transpiración.

Al igual que el anterior colchón su objetivo es evitar los puntos de presión permanentes.

6.— Colchón de espuma: Se presenta en forma de tres cojines de espuma. Cada elemento está cortado en su cara superior en forma de parrilla permitiendo al cuerpo penetrar en ellas profundamente y, de este modo, poder repartir el peso del enfermo sobre una superficie mayor.

No debe considerarse nunca suficiente el uso de colchones, ya que no es un elemento sustitutivo sino adicional de los cambios posturales, de la movilización pasiva de las articulaciones, la fisioterapia, etc.

Existen otra serie de ayudas que, repetimos, no sustituyen a los cambios posturales y sólo sirven como un seguro para los casos en que no se pueden realizar por algún motivo. Estos, si bien no eliminan por completo la presión sobre la zona, sí la reducen de forma considerable disminuyendo así el riesgo de formación de la úlcera.

1.— Espuma Adhesiva

De células abiertas de poliuretano. Se emplea para proteger áreas de mayor presión. De la pieza se recortan los trozos a la medida de la zona a proteger y se adhiere a la piel. Se utiliza preferentemente en maleolos, talones y codo.

Deben cambiarse a diario. Si ya existen zonas con flictemas no deben emplearse.

2.— Fundas tubulares

Utilizadas para proteger talones o codos. Su textura está hecha de punto tubular de algodón.

3.— Soporte textil

Piel de cordero y felpa forradas de poliéster. Puede ser grande y cubrir toda la superficie de la cama. El paciente descansa sobre ella con la parte de lana hacia arriba. Es más efectiva cuando se emplea en contacto directo con la piel. El vello denso proporciona una superficie elástica y adaptable que produce una dispersión del peso, permite la circulación del aire y la evaporación, evita fricción, absorbe la humedad y es de fácil lavado. Los estudios realizados con piel artificial (Suapel) han proporcionado buenos resultados ya que es bien tolerado por la piel.

4.— Dispositivos en forma de rosca

Pueden ser de varios tamaños y se presentan en diversos materiales como algodón absorbente, goma espuma, material elástico, etc. Se emplean para aliviar la compresión sobre regiones pequeñas como cocos y talones. Son muy útiles también para sillas de ruedas. Se colocan debajo de las nalgas para evitar la presión de la región del coxis. Debe estar cubierto con una funda lavable y cambiarla con regularidad.

5.— Arcos para la cama

Varían de tamaño y de material pero su propósito es siempre soportar el peso de la ropa de cama y evitar fricciones sobre la piel.

6.— Almohadas

Se utilizan de distintos tamaños. Se colocan para facilitar el descanso y acomodar mejor los

cambios posturales, (se intercalan entre dos superficies corporales, evitando el roce directo rodilla-rodilla, colocar mejor la posición lateral, etc.).

● PROTOCOLO DE CURACIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

Objetivos

— Conseguir que la piel del paciente tenga el estado de integridad óptimo.

— Reducir o eliminar los factores que contribuyen a su desarrollo o extensión

— Identificar el grado o fase en que se encuentra la úlcera.

Material

Ropa de cama, material de aseo, crema hidratante, almohadas, cojines, guantes de un solo uso, guantes estériles, set de curas, paños estériles, apósitos convencionales.

Las úlceras por presión se tratan como heridas infectadas. La infección de una úlcera puede producir bacteridemia y septicemias, con fiebre elevada y escalofríos. Constituye la complicación más grave. La mortalidad causada por procesos sépticos asociados con úlceras por presión es significativamente alta.

— En primer lugar se lavará la úlcera con suero fisiológico, bien a chorro o mediante gasas empapadas en dicha solución.

— Si existen tejidos muertos se deben cortar los bordes de la úlcera hasta que sangre, lo que indica que el tejido es sano y

para que toda la herida esté en contacto con el aire, esto favorece la cicatrización.

— Secado cuidadoso y muy suave para evitar dañar los brotes de tejido de granulación y cicatrización.

— Aplicar un antiséptico. Si la herida es pequeña bastará con aplicar mercurocromo, que además de desinfectar favorece la aparición de costra. Aunque como secante y desinfectante se utiliza igualmente Betadine, debemos decir que, por su color oscuro, puede enmascarar el estado de la úlcera e impedir la evolución de la misma.

(En la actualidad, las casas comerciales de productos específicos para este tipo de lesiones aconsejan evitar el uso de cualquier solución antiséptica, pues según estudios realizados, estas soluciones retrasan el crecimiento del tejido de granulación).

— En las úlceras grandes, además de las medidas mencionadas, puede aplicarse cremas a base de colágeno que estimulan la regeneración celular.

En estos momentos hay una serie de preparados que han presentado un gran avance tecnológico, pues se permite su utilización en úlceras en cualquier grado de evolución. Se presentan en forma de apósitos, pasta, gel, gránulos, etc.

— Cubrir la herida con apósitos estériles. Los apósitos utilizados en la actualidad son semi-oclusivos y reúnen un gran número de ventajas: alivian el dolor, favorecen la cicatrización al proteger el tejido de granulación y los bordes de la úlcera por el gel que se forma.

— El apósito debe colocarse sobrepasando 3 o 4 cm. los bor-

des de la úlcera, a fin de evitar que se despegue.

— Mantener colocado el apósito de 4 a 7 días como promedio, salvo que el exudado sea excesivo o se despegue.

— Evitar presión sobre la zona ulcerada.

En el caso de no obtener cicatrización espontánea la úlcera es estirpada y si existe gran pérdida tisular se suele recurrir, en último extremo, al tratamiento quirúrgico mediante tejido sano, injerto dérmico, colgajo cutáneo o músculo cutáneo. La intervención se llevará a cabo cuando el paciente tenga buen estado general. También se comprobará que esté libre de infección.

Las úlceras profundas se infectan generalmente por gérmenes gram-negativo. Dan afectación al estado general y tienen mal pronóstico. Se deberá hacer una toma de exudado para hacer un cultivo y antibiograma en laboratorio, y según el resultado aplicar el antibiótico local o general correspondiente.

Otros procedimientos de enfermería

— Los rayos ultravioleta o infrarrojos: Éstos actúan al nivel de la piel y del tejido celular subcutáneo. Se utilizan en la fase de granulación con exposición de 20 min. máximo a una distancia de 40 ó 50 cm. del paciente, 2 veces al día. Cuando se aplique se eliminarán todo resto de pomadas.

— Oxígeno a baja presión: Su aplicación será 3 ó 4 veces al día, entre 12 y 15 litros por min. Esto acelera la cicatrización.

— Peróxido de Hidrógeno: El agua oxigenada, al ser utili-

zada como antiséptico, evita la proliferación de gérmenes anaerobios.

— Miel pura: Sustituye a las pomadas para estimular el tejido de granulación. Contiene ácido fórmico e inhibina. Es un antiséptico natural, la germicidina, que impide la proliferación bacteriana y algunos hongos.

No podemos olvidar que no se está curando la úlcera que padece un individuo, sino a un individuo que padece una úlcera.

● ÚLCERAS YATROGÉNICAS

Estas úlceras se producen por la mala práctica profesional en los sondajes, inmovilizaciones e intubación.

Erosiones en la aleta nasal y la mucosa gástrica

En el sondaje nasogástrico la erosión se produce en la aleta nasal y en la mucosa gástrica. Para evitarlas, se propone:

— Cambio del apósito de fijación según la anatomía nasal.

— Movilización de la sonda variando el punto de apoyo en la mucosa gástrica.

— Mantener la sonda limpia de residuos, con lo cuál antes y después de haber administrado por sonda la dieta y la medicación y para facilitar el arrastre de residuos, se procederá a la administración de 50 cc. de agua limpia.

— Si la sonda está conectada a un sistema de aspiración, la

presión de succión no debe superar los 15 cc. de agua, pues una excesiva presión lesiona la mucosa gástrica.

Erosión en el meato urinario

En el sondaje vesical la erosión se produce en el meato urinario. El personal de enfermería debe adoptar varias medidas: evitar la tirantez de la sonda y proceder a fijarla bien; efectuar la correcta higiene y secado del aparato genital, pues la zona húmeda y sucia favorece la contaminación en la misma y el riesgo de infección urinaria.

Erosión en la mucosa rectal

En el sondaje rectal la erosión se produce en la mucosa rectal. El profesional de enfermería moverá la sonda cada seis horas, pues con ello se cambia el punto de apoyo evitando la presión continuada. Realizará diariamente el cambio de sonda rectal.

Ulceraciones en lengua, labios y encías

Por uso inadecuado de tubos endotraqueales.

Úlceras en cintura pelviana y zonas blandas

Por pliegues de las sábanas.

Úlceras por férulas

Producidas por almohadillado incorrecto. En las férulas la ulceración se produce cuando no hay almohadillado correcto entre la piel y la férula, sin embargo en la actualidad ya se presentan materiales de fibra de vidrio sintética que, al no producir lesiones en la piel, no precisan almohadillado de apoyo.

Mascarillas de oxígeno

Se producen en la nariz y orejas al estar la goma muy apretada.

Otras úlceras yatrogénicas

En los enfermos en estado de desorientación, delirio, etc., se pueden provocar ulceraciones cuando al colocarles dispositivos de seguridad tipo arneses y muñequeras como medio de sujeción, les comprimimos la zona generándoles lesiones circulatorias de comprensión y heridas.

● ÚLCERAS VASCULARES

La incidencia de úlceras crónicas en cualquier punto del miembro inferior en enfermos vasculares provoca largas bajas laborales, así como tratamientos y estancias hospitalarias prolongadas. Debido al largo proceso hasta la curación de este tipo de lesiones y a la existencia de una amplia gama de tratamientos, que no siempre consiguen la cicatrización, se produce una situación de malestar y confusión para el paciente y los profesionales que lo cuidan.

Úlceras venosas

Constituyen entre el 80 y 90% de las úlceras de las extremidades. La ausencia de una circulación adecuada origina una acumulación de sangre (estasis). La sangre acumulada pasa a las venas más superficiales que no están preparadas

para el exceso de flujo, produciéndose circuitos vasculares anormales y, en consecuencia, provocando una alteración del tejido celular subcutáneo que se endurece paulatinamente. El color de la piel circundante cambia a un tono pardo debido a la acumulación de hemoglobina en los tejidos.

(La hemoglobina constituye un factor decisivo para el desarrollo de las úlceras, arriba de 12 g., porque una disminución de ésta favorece la hipoxia celular, al ser la hemoglobina una proteína muy afín al oxígeno).

Este tipo de lesiones, aún no siendo muy profundas, son difíciles de curar y suelen presentarse con alteraciones en la piel circundante.

Úlceras varicosas

Este tipo de lesiones aparece como una complicación evolutiva de las varices. Sus características son: edema, presencia de varices superficiales, pigmentación cutánea y dermatitis eczematosa. La dermatitis ocasiona a su vez eritema, trasudado, descamación y prurito. Se localizan en el tercio inferior de la extremidad y cara interna del tobillo. Estas zonas se caracterizan porque soportan una persistente hipertensión venosa y carecen de lecho muscular. No es habitual que éstas lesiones aparezcan sobre piel sana, a veces se desarrollan a partir de una zona cutánea anormal o una lesión postvaricorrágica y con frecuencia aparecen tras un traumatismo accidental, aplicación de productos curativos no adecuados o exposiciones excesivas al sol.

La falta de cuidados y de tratamiento adecuado las convierte en lesiones crónicas de

grandes dimensiones y con graves complicaciones. Asimismo, concurren con frecuencia otras circunstancias que favorecen las complicaciones: ancianos con pocos medios, falta de higiene y cultura, patologías sobreañadidas como la diabetes, neuropatías, obesidad, arteropstias que pueden hacer progresar la lesión hasta la ulceración necrótica, infecciones generalmente resistentes a la mayor parte de tratamientos, etc.

Las úlceras varicosas esenciales no constituyen una enfermedad en sí misma, sino la manifestación de una fase evolutiva de la insuficiencia venosa. Por ello, el mejor tratamiento será la prevención.

Úlceras postflebíticas

Son lesiones que aparecen como consecuencia de una tromboflebitis. El mecanismo de formación de la úlcera es muy similar al de las úlceras varicosas.

Sus características son: edema, endurecimiento en la zona del tobillo e hiperpigmentación de la piel.

Se localiza en la región interna del tobillo y a ambos lados del tobillo.

Cuando la tromboflebitis es bilateral la úlcera puede aparecer en ambos tobillos. En algunos casos la lesión aparece después de unos meses del episodio trombótico, aunque lo más frecuente es la aparición después de unos dos años.

Puede extenderse con mayor rapidez que las úlceras varicosas tanto en superficie como en profundidad, llegando a dejar al descubierto músculos y tendones. Son lesiones con mayor riesgo de infección. Las úlceras venosas están consideradas como lesiones ante las que fracasan los más variados tratamientos.

Úlceras arteriales

Son lesiones que aparecen como consecuencia de procesos isquémicos crónicos con las siguientes características: Dolor intenso, fondo seco, coloración gris, negruzca, amarillenta, ausencia de tejido de granulación, bordes definidos, profunda, piel circundante sin pelo y atrofiada.

En un principio la extremidad aparece fría y pálida por falta de aporte sanguíneo a los tejidos periféricos. Debido a la falta de irrigación de los nervios sensitivos y motores se produce una insensibilidad y rigidez muscular. Posteriormente, se empiezan a apreciar manchas cianóticas en la zona isquémica que al confluír provocan la aparición de vesículas en la epidermis de contenido serohemático. Al romperse las vesículas se puede observar una piel de color grisáceo-verdosa, que en contacto con el aire se torna negra. Asimismo, y debido a una falta de líquidos, se produce deshidratación hística de la zona. Si la isquemia crónica persiste aparece la necrosis tisular.

Existen dos grandes tipos de úlceras producidas por isquemia: si afectan a vasos de gran, mediano y pequeño calibre se denominan úlceras por MACROANGIOPATÍA y si afectan a capilares MICROANGIOPATÍA.

● CONCLUSIÓN

Atención de enfermería

Dado que las úlceras por decúbito son de difícil curación y muchas veces tienden a agravarse a pesar de los cuidados, el personal de enfermería debe centrar los esfuerzos en su prevención, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

— Todo enfermo que permanezca encamado debe ser objeto de una exploración sistemática y cuidadosa de todos los puntos de apoyo corporal como mínimo una vez al día, por ejemplo aprovechando el momento de su aseo diario, y con mayor frecuencia en los pacientes que presenten factores de riesgo:

- Ancianos.
- Obesos.
- Personas muy delgadas o caquéticas.
- Pacientes en coma o con bajo nivel de consciencia.
- Enfermos con déficit de movimientos: hemipléjicos, parapléjicos, tetrapléjicos.
- Pacientes politraumatizados, con yesos, férulas, tracciones, etc.
- Personas que padezcan trastornos sensitivos.
- Personas con incontinencia de esfínteres.
- Pacientes con trastornos metabólicos y nutricionales: diabetes mellitus, insuficiencia renal, neoplasias, etc.

— La detección de eritema debe ser considerada como una señal de alarma que obliga a suprimir totalmente el apoyo de la zona amenazada hasta la completa recuperación.

— La medida más eficaz para la prevención de úlceras por decúbito corresponde al cambio postural regular cada 2 o 3 horas, e incluso con mayor frecuencia cuando conviene. Debe seguirse un programa de rotación que garantice la efica-

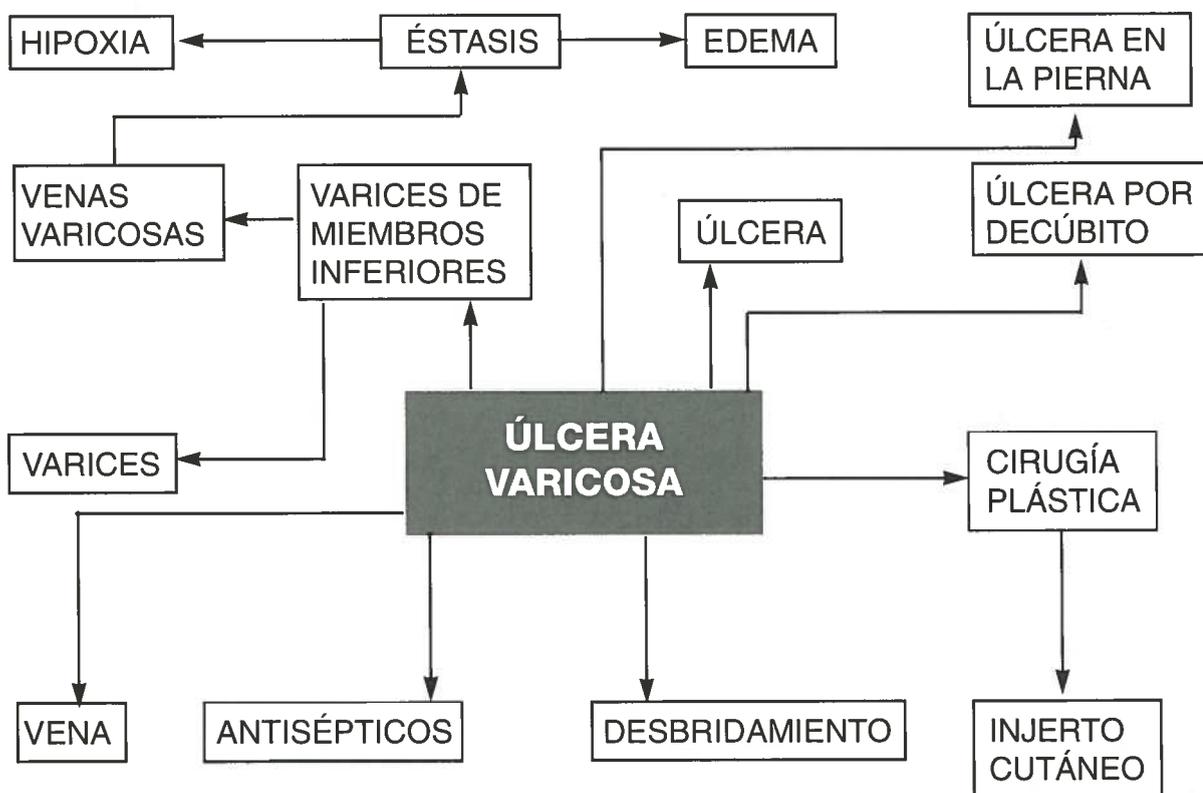
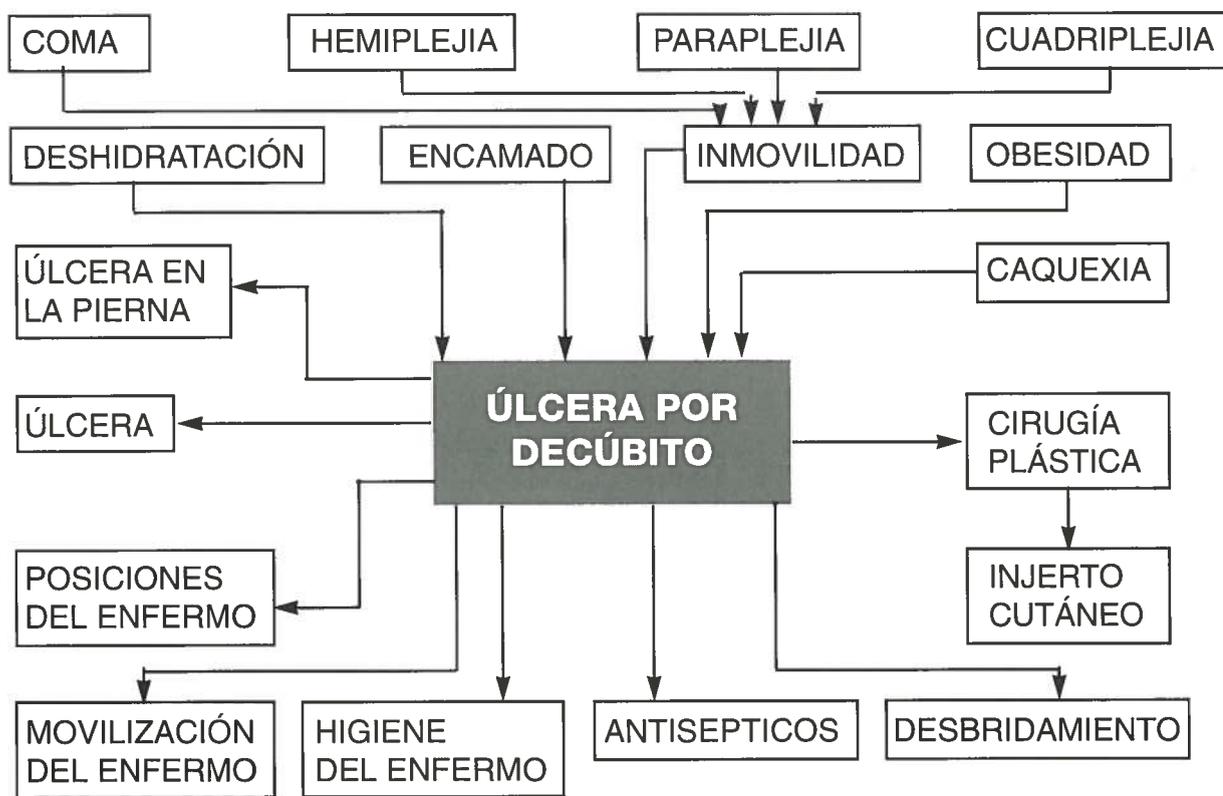
cia y continuidad de la prevención durante las 24 horas, situando al paciente sucesivamente en decúbito lateral derecho, decúbito supino, decúbito lateral izquierdo y decúbito prono (si lo tolera). Si tales cambios posturales no son posibles debido al estado del enfermo, como mínimo deben efectuarse desplazamientos ligeros que aseguren el cambio de los puntos de apoyo y presión cada 2 o 3 horas.

— En los pacientes con alto riesgo, los cambios posturales pueden complementarse con la utilización de distintos accesorios, como son la piel de cordero o el colchón neumático, pero siempre considerando que ello no elimina la necesidad de la movilización regular del enfermo.

— Debe practicarse un aseo diario con jabón ácido o neutro, enjuagando debidamente y procediendo a un cuidadoso secado. Pueden aplicarse cremas hidratantes o sustancias emolientes, controlando que la piel no está reseca ni queda humedecida, ya que ambas circunstancias favorecen las úlceras por presión.

— Conviene efectuar masajes en las zonas que han estado sometidas a presión, ya que ello resulta muy útil para mejorar la irrigación sanguínea. El masaje, aplicado siempre sobre la piel limpia y seca, debe ser suave y suficientemente prolongado, tendiendo a movilizar las masas musculares profundas.

— Debe vigilarse con regularidad que la ropa de cama se mantenga seca (cambiándola tantas veces como sea necesario), bien estirada y sin arrugas. Si se emplean hules u otros elementos protectores, debe comprobarse que no mantengan una zona de humedad favorecedora de la maceración cutánea.



— Si para evitar el apoyo de las zonas con mayor riesgo de ulceración se emplean cojines o almohadas, debe tenerse en cuenta que tal medida no genere complicaciones. Así, por ejemplo:

- Evitar la colocación de almohadas o cojines bajo el hueco popliteo, ya que dificultaría el retorno venoso.
- Tener cuidado de no provocar cifosis lumbar e hiperflexión cervical, ya que ocasionaría dificultad respiratoria.
- Evitar el pinzamiento o acodaduras de sondas y tubos de drenaje.

— Cuando se coloquen protecciones en pies, talones o codos, debe comprobarse que estén suficientemente flojas como para garantizar un adecuado riego sanguíneo al miembro.

— Deben colocarse protecciones alrededor de tubos, sondas o fijaciones que se apoyen directamente en la piel o la fraccionen de forma continuada, movilizándolo a alternando regularmente los puntos de apoyo de sondajes nasogástricos o urinarios, la fijación del tubo endotraqueal, etcétera.

— Toda atención a una úlcera cutánea ya establecida debe practicarse tras un previo lavado de manos y colocación de guantes, respetando las debidas normas de asepsia.

— Cuando existan úlceras abiertas, debe observarse la producción de secreciones, registrando sus características y

cantidad. Si las secreciones son persistentes, conviene tomar una muestra para cultivo, a fin de poder determinar el agente causal y la manera más eficaz de combatirlo.

Como dije al principio, en el Servicio de Rehabilitación, un paciente con úlcera por presión nos entorpecía bastante el programa de Rehabilitación. Nos pusimos en contacto con los internistas y el personal de M.I., y nos dijeron que las úlceras crónicas de origen vascular y las úlceras por presión constituían un grave problema debido a su larga evolución, la baja respuesta al tratamiento y, principalmente, al tiempo de ocupación de cama hospitalaria que precisan estos pacientes hasta su completa curación.

La complejidad de pacientes ingresados en esta unidad, puesto que son enfermos crónicos y el estado general, suele estar bastante deteriorado pues nos encontramos con insuficiencias respiratorias, a veces traqueotomías, y si añadimos la presencia de catéteres venosos, resultan casos difíciles a la hora de implantar el tratamiento de prevención, pero nos pusimos en marcha con la colaboración de todo el personal, principalmente los Auxiliares de Enfermería.

Comenzamos por hacer una valoración de los factores de riesgo al ingreso del paciente (la A.E. en colaboración de algún familiar) elabora la tabla de valoración.

Debo decir que ponen a nuestro alcance todo tipo de complementos, hasta sábanas de un tejido antiescaras y colchones de aire.

La higiene se realiza concienzudamente, el jabón que utilizamos es Multidermol, y crema de Ureadin.

Los cambios posturales se efectúan dos veces por turno, a la vez que se realizan fricciones con alcohol de romero.

En lo referente a la dieta, en cocina se previene de la necesidad de las proteínas para estas dietas. Utilizan principalmente carne de pollo y clara de huevo. Utilizamos complementos hiperproteicos como pentapuden, Ensure, Glucerna, y si es preciso alimentación enteral.

Se olvidaron los métodos convencionales de curas, pues incluso se utilizaba el jabón de lagarto para lavar las úlceras; se aplicaba un antiséptico y se ponía las heridas al sol; se cubría la herida y se curaba dos veces al día.

Se comenzó a utilizar las curas en ambiente húmedo, con apósitos hidrocoloides y se efectuó un estudio:

Paciente con una valoración de riesgo 16 (lo que nos sitúa frente a un paciente de alto riesgo) que ingresa con úlcera grado III, se consigue la cicatrización completa a los tres meses.

En una úlcera isquémica de 12 meses de evolución con un tamaño de 7 x 7 cm., se consigue la limpieza total de la misma y tejido de granulación completa a los 14 días.

BIBLIOGRAFÍA

- *Curso de Auxiliar de Geriatria*. UNED 1990.
- BRUNNER, L.S., SUDDARTH, D.S.: *Manual de Enfermería Médico-quirúrgica*. Interamericana. 1986.
- *El Gran Larousse de la Medicina*. Noguer. Rizzoli. Larousse. 1977.

EL SISTEMA SANITARIO EN ESPAÑA

EVOLUCIÓN, SITUACIÓN ACTUAL, PROBLEMAS Y PERSPECTIVAS

Este libro demuestra que los problemas de la **SANIDAD** no pueden entenderse aislados de los de las sociedades en que ésta se desenvuelve.

Evidencia también que el futuro del Estado de Bienestar, está íntimamente ligado al futuro de los **sistemas sanitarios**.

Marciano Sánchez Bayle (ed.)



El sistema sanitario en España
Evolución, situación actual, problemas y perspectivas



Nombre y apellidos
Afiliados a SAE Sí No
Dirección
Población
Teléfono
Ruego me envíen contra reembolso el libro

EL SISTEMA SANITARIO EN ESPAÑA

Enviar cupón de pedido a:
C/ Valverde, 1. 9.º Drcha. 28.004 Madrid
Tlf. 91 521 52 24
P.V.P.: 1.700
AFILIADOS AL S.A.E. 1.500





LA ÉTICA EN EL CONFÍN DE LA VIDA

S. Rodríguez Casado

El nacimiento de la Medicina Intensiva trajo consigo una enorme transformación en los conceptos que se manejaban en la medicina hasta ese momento. El viejo concepto de “muerte natural” fue perdiendo vigencia al ser sustituido progresivamente por el de “muerte intervenida”. En este punto comienzan los problemas éticos. ¿A quién corresponden estas decisiones de las que dependen la vida y la muerte de las personas? Cuestiones como ésta dieron origen al nacimiento de una nueva disciplina científica, la Bioética, que estudia los aspectos éticos de la medicina y de la biología en general, así como las relaciones del hombre con los restantes seres vivos. La Bioética es importante en cualquier momento de la vida de los pacientes y mucho más en la fase final de sus vidas. Ante la necesidad de reflexionar sobre estas cuestiones se han desarrollado recientemente una serie de jornadas y foros de debate en los que han participado representantes de los distintos sectores sanitarios.

En el Hospital de la Princesa de Madrid tuvo lugar, recientemente, la Primera Reunión sobre Aspectos Éticos en Medicina Intensiva organizada por la Asociación de Bioética Fun-

damental y Clínica (ABF y C). Esta reunión contó con el apoyo científico de la Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias (SEMIUC), la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC) y la Aso-

ciación Española de Enfermería en Cardiología (AECC) y estuvo coordinada por el Dr. Juan Alcalá-Zamora, médico adjunto del Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Universitario de la Princesa y Magister en Bioética. Dicho acto, que se

desarrolló en dos jornadas científicas, contó con una gran participación de profesionales sanitarios.

La conferencia inaugural corrió a cargo del presidente de la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, Manuel de los Reyes, quien destacó el propósito de "ofrecer una reflexión rigurosa sobre los conflictos bioéticos actuales" con objeto de convertir el acto "en un lugar de encuentro pluridisciplinar donde tengan cabida el discernimiento crítico y el consenso social".

En el programa científico del Congreso destacaron dos conceptos claves. En primer lugar, la importancia de las actitudes bioéticas que son cuestiones básicas para la formación de los profesionales sanitarios. En segundo lugar, los problemas de justicia en cuanto a los recursos que se administran a la hora de aplicar unos determinados tratamientos terapéuticos en los hospitales. Los profesionales sanitarios, en general, se mostraron a favor de que se promueva una mayor información a los pacientes y a sus familiares y un potenciamiento de los Testamentos Vitales y de las Directrices Previas por parte de los usuarios de la sanidad.

Según Ricard Abizanda, intensivista del Hospital General de Castellón, "un excelente mecanismo para mejorar la calidad asistencial sería ofrecer una información continua, activa, veraz y comprensible al paciente, tanto de forma oral como escrita". También destacó el importante papel que desempeñan los Comités de Ética Asistencial en cuanto a las valoraciones técnicas y profesionales, "de aquí deberían salir los mecanismos para controlar la práctica asistencial", declaró Abizanda.

Por su parte, Rafael Suárez, intensivista del Hospital Clínico de San Carlos de Madrid, destacó la importancia de "los códigos de

ENTREVISTA AL DOCTOR JUAN ALCALÁ-ZAMORA

Juan Alcalá-Zamora es Coordinador de la I Reunión sobre Aspectos Éticos en Medicina Intensiva y médico adjunto del Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Universitario La Princesa de Madrid.

¿Qué opina acerca del auge de la Bioética en los medios de comunicación en la actualidad?

Es una disciplina nueva que viene a cubrir una necesidad que tiene la medicina. La medicina es una ciencia de incertidumbre. El personal sanitario que trabajamos con esta incertidumbre siempre hemos buscado un apoyo en otras disciplinas que eliminen la incertidumbre y que mejoren la decisión clínica. En este sentido están las técnicas de diagnóstico, de imagen... todas nos han ayudado mucho. Últimamente hemos importado nuevas disciplinas que son ajenas al quehacer clínico, como es el caso de la estadística, la epidemiología clínica, la informática, también hemos incorporado la Bioética, con la intención de que la decisión clínica se acerque más a la bondad.

¿Qué tipo de problemas éticos se plantean de forma más común en la medicina?

En la medicina se plantean todo tipo de problemas éticos que podemos agrupar, fundamentalmente en los cuatro grandes campos de la Bioética: relación sanitario-paciente; los problemas éticos del principio de la vida; los problemas de la ética al final de la vida, que es fundamentalmente el capítulo donde trabajamos los intensivistas y después la ética de la investigación.

¿Cree que debería participar la sociedad en los debates Bioéticos, además de los investigadores y el personal sanitario?

Me parece imprescindible; cada vez vamos hacia un mayor grado de autonomía que debe ejercer la sociedad y los usuarios. De hecho, en todos los comités asistenciales de ética que se han ido acreditando hay representantes de los usuarios, algunos de forma institucional como representantes de los consumidores y también representantes legos. Esto es fundamental, no se pueden tomar decisiones o establecer directrices si no tenemos la opinión de los usuarios como colectivo. Después, a nivel individual yo creo que es fundamental que se vayan incorporando también a las tomas de decisiones con respecto a la gestión de su propio cuerpo y que tengan directrices previas.

¿Qué opinión le merece el Convenio de Oviedo?

Me parece que tiene una enorme importancia política ya que es el primer convenio firmado que procede de Estrasburgo. Yo creo que de aquí a unos años hablaremos del convenio de Oviedo como ahora hablamos, por ejemplo, del Acta de Helsinki, con referencia puntual. Me parece que marca unas pautas muy importantes.

¿Por qué razón surge la necesidad de crear un código ético normativo de dimensión internacional?

El progreso de la ciencia va a una velocidad tremenda. Estamos manejando temas muy delicados y no podemos esperar legislaciones puntuales sobre cada una de las cosas. Esto no supone una crítica al derecho. El derecho debe legislar sobre hechos y hasta que no se producen esos hechos no aparecen las legislaciones oportunas. En el espacio que hay entre la velocidad de la ciencia y la aparición del derecho, en mi opinión, hay que establecer unos cauces consensuados, cuanto más amplios mejor, que marquen las pautas de actuación de la investigación biomédica. En este momento estamos manipulando el genoma humano, se están haciendo clonaciones, está cambiando el concepto de la muerte, etc., y todas estas cosas hacen que tengamos que establecer unos límites éticos de los cuales no debemos salirnos porque son la única manera de controlar esto.

¿Qué procedimientos se usan para informar adecuadamente a los familiares de estos enfermos?

La información en UCI está bastante acotada por el tiempo que hay para informar y por la urgencia del trabajo. No obstante, yo creo que deberíamos dedicarle más tiempo e intentar ofrecer una información veraz, completa y continuada. En estos pacientes vamos teniendo poco a poco evidencias clínicas fundamentales que se van apoyando en estudios complementarios y debemos transmitirle a la familia todo esto. Hay que ser exquisito a la hora de convencerles de que no tienen sufrimiento; diciendo poco a poco las posibilidades que tienen de recuperación parcial, o de no recuperación. Hay que emplear mucho tiempo en eso, pero no es un tiempo perdido, es un tiempo ganado. Hace 40 años, Gregorio Marañón decía que al paciente y a sus familiares había que darles toda la información que fueran capaces de soportar. Yo creo que ahora hay que dar toda la información, solamente con dos limitaciones: el privilegio terapéutico, que se da cuando esa información sea lesiva *per se* indirectamente; o el rechazo de la información, que por desgracia en nuestra cultura es bastante frecuente, la gente no quiere saber más.

ética, que a diferencia de los deontológicos tienen usuarios representados por todo el contexto de la sociedad. Por eso los médicos, como profesionales al servicio de ésta, deben también expresar su opinión”, concluye Suárez.

Las directrices previas, es decir, los Testamentos Vitales y las Ordenes de No Reanimación cardiopulmonar, centraron la ponencia de José Luís Monzón, intensivista del Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro, de Logroño. Según su opinión, “la sociedad debería dejar claro si prima el derecho a la vida sobre el derecho a la libertad del ser humano o a la inversa. Esto pondría las cosas más fáciles en referencia a las directrices previas y al Principio de Autonomía”.

Felipe Solsona, intensivista del Hospital del Mar de Barcelona, desarrolló una ponencia bajo el epígrafe de *Triache*, que es la selección médica efectuada en los pacientes para determinar su prioridad para aplicarles un tratamiento. En el coloquio que se entabló posteriormente se debatieron cuestiones como las estadísticas o sco-



res que, según Solsona, “no hay que ser negativistas con ellas, pero es necesario que sean evolutivas”. Asimismo, se planteó la cuestión de crear UVIS intermedias para los enfermos que se cronifican, ante el escalón que hay entre la UVI y las plantas de hospitalización. Solsona piensa que esto es “bastante racional, pero actualmente no hay dispositivo arquitectónico para desarrollarlas”.

En lo referente al papel que desempeña el personal sanitario de enfermería destacaron fundamentalmente las intervenciones de Pilar Bueno y Carmen Sarabia. Como especialista en Bioética y enfermera del Hospital Clínico San Carlos de Madrid, Pilar Bueno habló de los cuidados en pacientes irreversibles y terminales y la necesidad de establecer una mayor vinculación con el paciente, intentar ponerse en su mismo puesto y tratar de hacer la estancia en UCI lo más adecuada posible. Bueno describe la situación de miedo, ansiedad, soledad, impotencia y desorientación que sufren estos pacientes y la importancia de localizar la situación que provoca esa tensión, “ya que el dolor no físico es un síntoma de peligro en estos pacientes”, según ella. Para Pilar Bueno, “la ética clínica debe ser un acto cotidiano que conjugue los conocimientos técnicos y las técnicas psicológicas en los profesionales sanitarios. Es importante crear relaciones usando bien los tiempos de ocio, aunque la calidad de vida la marcan los pacientes. El personal sanitario debe intentar ser un experto en comunicación a la hora de recibir los mensajes, identificar los temores, compartir las situaciones y, lo que es más importante, contener la



Las tres edades y la muerte de Hans Baldung Grien

propia angustia y el silencio. Hay que decir la suficiente verdad como para no tener que retroceder nunca”, concluye.

Por su parte, Carmen Sarabia, enfermera del Hospital General Gómez Ulla de Madrid, centró su ponencia en los aspectos éticos de la Enfermería en Cuidados Intensivos. Destacó la importancia de la colaboración entre médicos y personal de enfermería a la hora de aplicar una Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET) u otro tipo de tratamiento o ensayo clínico: “Se debe trabajar en equipo y, si surgen problemas, consultar con los comités o instancias

exteriores que existan” para que nos aporten las soluciones pertinentes. Carmen Sarabia hizo hincapié en el lugar preeminente que ocupa la enfermería por su proximidad al paciente, “se nos despierta antes la sensibilidad al tener el problema más cerca y se plantean antes los problemas bioéticos que pueden surgir”. Destacó también la importancia de “mantener un tono bioético en el quehacer diario”.

Diego Gracia Guillén, catedrático de Historia de la Medicina y Director del Master de Bioética de la Universidad Complutense de Madrid, fue el encargado de clausurar esta I Reunión sobre Aspectos Éticos en Medicina Intensiva. Según Gracia Guillén, “la Bioética clínica ha nacido ante la necesidad de modificar el modo de tomar decisiones que desde la época del positivismo, y probablemente desde mucho antes, ha venido teniendo vigencia en Medicina”. “La Medicina Intensiva ha reforzado enormemente el poder médico, y ha provocado verdaderas reacciones sociales en contra, tendientes a controlar ese poder sobre la vida y la muerte. La Bioética entra en juego a la hora de “incluir nuevos elementos en la toma de decisiones, en especial los valores y preferencias de los pacientes”, continúa Gracia. “Hay que establecer una nueva filosofía en el tratamiento de estos temas e intentar asumir los nuevos retos que la sociedad española está presentando. El criterio fundamental es saber qué opina el paciente y esto debe convertirse en un objetivo prioritario para la sociedad”, según Gracia Guillén.

INVESTIGACIONES QUÍMICO TOXICOLÓGICAS

José López Mateo
Forense

Podríamos definir como intoxicación al conjunto de trastornos que derivan de la presencia en el organismo de un tóxico o veneno. Sin embargo, definir el concepto de tóxico es realmente mucho más complicado. Cualquier sustancia, aun aquellas que forman parte esencial de los organismos vivos, puede ser lesiva y producir trastornos en el equilibrio biológico celular o corporal. Así consideradas, todas las sustancias serían tóxicas y entre alimentos, medicamentos, tóxicos y venenos, no habría otra diferencia que la dosis o cantidad administrada o consumida.

Los elementos que la toxicología considera como venenos son aquellas sustancias que tienen una capacidad inherente de producir efectos deletéreos sobre los organismos vivos. De este modo definiríamos el tóxico como todo agente químico que, ingresado en el organismo, altera elementos bioquímicos fundamentales para la vida.

El médico forense, así como cualquier facultativo, que aprecie señales de envenenamiento en una persona a la que asista, o en un cadáver, tiene la obligación de comunicarlo a la Autoridad Judicial, de lo con-

trario incurre en responsabilidad penal.

La toxicología es la ciencia que estudia el efecto de los agentes tóxicos en el organismo.

La toxicología forense tiene muchos cometidos comunes con la clínica, pero intenta averiguar la etiología de la intoxicación, cómo ha llegado al organismo, los efectos clínicos y las lesiones que a nivel de los tejidos causa el tóxico.

El tratamiento toxicológico no es el motivo de este trabajo. Trataremos en él de la forma de tomar las muestras necesarias, así como de los pasos a realizar en el laboratorio para determinar la existencia o no



del tóxico en la víctima. Naturalmente, este cometido corresponde al médico forense, pero es conveniente que el resto del personal sanitario conozca la importancia de esta parte de la investigación para no entorpecer o frustrar posteriores resultados.

TOMA DE MUESTRAS

Tanto en la persona viva como en el cadáver, se obtienen las muestras de la orina, de la sangre y de las vísceras (esto en algunos casos). Asimismo, se toman muestras de sustancias próximas, en el caso de cadáveres, y del entorno.

En la persona muerta es obligatorio realizar toda clase de pruebas, incluso de las vísceras. Es obligatorio la toma de muestras en los siguientes puntos:

- Sangre.
- Orina.
- Hígado.
- Riñones.
- Cerebro.
- Tubo digestivo y su contenido.

De forma opcional, en el muerto, también se toman muestras de:

- Pulmones.
- Corazón.

- Músculos.
- Médula ósea.

En la persona viva, se suelen tomar muestras, generalmente de la orina y de la sangre.

En la persona muerta los sitios específicos en donde se toman las muestras son:

— De orina: Contenido de la vejiga.

— De la sangre: Se suele tomar la que esté menos alterada, la mejor toma es la realizada en los canales cardíacos.

— Estómago: Se abre y se recoge en un recipiente con cierre su contenido. Se visualizan posibles lesiones en paredes, se retiran, en su caso, muestras de tejido.

— Tubo digestivo: Se procede como en el caso del estómago.

— Sustancias: Se recogen restos de alimentos. Vasos próximos a la persona, jeringuillas, tierra, barro, etc.

— Entorno: En caso de posible tóxico gaseoso, se tomarían muestras del aire de la atmósfera. Pastillas de la mesilla de noche, medicamentos en el domicilio, etcétera.

ENVIO

Todos los botes con muestras que hayamos recogido, se envían al laboratorio para su análisis y estudio.

Las condiciones de envío de los botes son las siguientes:

— Tienen que estar bien cerrados, de forma que se impida tanto la pérdida de su contenido como la manipulación del mismo.

— Se rodea el bote y el tapón de cierre con un esparadrapo y se firma y sella el mismo. De esta forma se aprecia rápidamente si ha habido manipulación.

— No se puede añadir ningún conservante, ya que podría alterar el resultado final de los análisis.

— Las vísceras, sí se ponen en formol para su conservación.



— A las muestras se acompaña un informe lo más amplio posible con todos los datos conocidos. En el caso de persona viva, filiación si se conoce, sintomatología, tiempo de aparición del cuadro, etc.; en el caso del cadáver, se proporcionan todos los datos que se conozcan.

— En su caso se solicitan análisis específicos sobre puntos que se desea conocer.

El envío se remite al Instituto Nacional de Toxicología de Madrid, curiosamente por medio de compañías privadas de transporte, ya que por correo ordinario no se puede hacer.

MUESTRAS LLEGADAS AL LABORATORIO

Una vez llegadas las muestras al laboratorio, se hará constar las condiciones en que llega el envío, se procede al pesaje de las mismas, de todas y cada una, registrándose los datos obtenidos.

La mitad de cada una de las muestras se utiliza para trabajar y la otra mitad se guarda de forma adecuada, normalmente en una nevera, por si el juez, en su día, solicita un nuevo peritaje.

— Investigación en el laboratorio.

Si se ha solicitado alguna prueba en concreto, es la primera que se efectúa. Puede que no se haya solicitado nada específico, en cuyo caso se realiza un estudio sistemático, siendo siempre un proceso ordenado, recorriendo toda clase de tóxicos existentes.

La muestra a investigar, la dividiremos en cinco partes, por eso es importante que en el momento de la recogida, se consiga cantidad suficiente.

A cada una de esas cinco partes se las identifica por medio de una letra y se las reserva.

1. Reservado para tóxicos gaseosos. No lleva letra que lo identifique. Se busca en la sangre. Su entrada es siempre por las fosas nasales o la boca y pasa directamente a la sangre.

Hay muchos tóxicos gaseosos pero el más importante y el que se puede encontrar con mayor frecuencia es el monóxido de carbono (CO), que se utiliza tanto en casos suicidas como criminales.

2. Letra A. Reservada para los tóxicos volátiles: son aque-



llos que tienen un punto de ebullición menor a 100° centígrados. Se obtienen de la muestra simplemente por ebullición, hirviéndola. Entre otros suelen obtenerse los siguientes, como más frecuentes: ácido cianhídrico, benceno, alcohol etílico, etcétera.

La determinación de cual se trata se efectúa con el espectrógrafo.

3. Letra B. Reservado para los tóxicos orgánicos. Los tóxicos orgánicos son aquellos que se disuelven específicamente en los solventes orgánicos (cloroformo, gasolina, bencina, éter, etc.)

Antes de comenzar con este frasco y dado que tendremos que efectuar, como ya queda dicho, una solución, añadiremos los restos del frasco anterior (A), y de esta forma tendremos mayor cantidad de muestra y trabajaremos mejor.

La extracción del tóxico de la muestra se efectúa aprovechando la facilidad que tiene en disolverse en algunas sustancias antes mencionadas, sobre todo en el éter.

A este apartado corresponde el 72% de las intoxicaciones en general; el 88% de las cuales son mortales.

Los opiáceos son tóxicos orgánicos.

4. La Letra C. Identifica lo destinado a la investigación sobre tóxicos minerales. Se añade lo obtenido anteriormente (muestra sobrante del frasco B) al nuevo frasco abierto.

Se buscan tóxicos minerales que son aquellos que sólo se pueden separar de la materia orgánica mediante la destrucción de ella, denominándose este proceso mineralización, que es el paso previo a la investigación de todos los minerales, tales como el plomo, el arsénico, etc.

5. Letra D. Designa la reservada para la cuantificación de tóxicos especiales. Cuando se llega a este apartado puede ocurrir que ya sepamos el tóxico que ha actuado o, por el contrario, que no se haya encontrado todavía.

Si se ha encontrado, con esta muestra se obtiene el peso porcentual del tóxico, que es un parámetro fundamental.

Si se no se ha encontrado nada, se divide la muestra del frasco D en dos partes iguales, realizando la siguiente operación:

En una de las partes, se buscan tóxicos especiales, que son

todos los tóxicos raros (venenos de serpientes, de insectos, etc.). Si se encuentra el tóxico, se pesa y se anota. Si no encontramos nada, se procede a la destrucción de esta parte de la muestra, que ya ha quedado inservible.

Con la otra mitad, se buscan el resto de los tóxicos, efectuándose las mismas operaciones anteriores.

Con lo expuesto, se proporciona una idea básica del trabajo que se efectúa con las muestras recogidas en casos de intoxicación o muerte por igual causa; en trabajos posteriores analizaremos como se obtiene la evidencia de la presencia de algún tóxico determinado, reactivos utilizados y procedimientos empleados.

BIBLIOGRAFÍA

- PROFESOR VILLALAÍN: *Apuntes de Medicina Legal.*
- GIBBERT CALABUIG, J.A.: *Medicina Legal.*
- G. GRIFO, MARINA: *Medicina Legal.*
- UNIVERSIDAD DE VALENCIA: *Apuntes Laboratorio Medicina Legal.*



ENTREGADO EL PREMIO DEL I CERTAMEN DE INVESTIGACIÓN PARA AUXILIARES DE ENFERMERÍA

La Fundación para la Formación de Auxiliares de Enfermería entregó recientemente del premio al trabajo ganador del I Certamen de Investigación para Auxiliares de Enfermería, obra de Francisca de Andrés Ortega, Auxiliar de Enfermería del Hospital Provincial de Ávila cuyo trabajo es *Úlceras por presión*.

Elvira Vázquez Blanco, presidenta de FAE, que hizo entrega del premio en la sede de la Fundación para la Formación de Auxiliares de Enfermería, afirmó en el acto de entrega que "este premio supone un avance cualitativo para la profesión dado que, por primera vez, se consigue un reconocimiento específico de la profesión de forma que queda patente el trabajo desarrollado por los Auxiliares de Enfermería. Es la primera vez, afirmó que una entidad apoya y reconoce el trabajo de los Auxiliares de Enfermería que hasta ahora se veían en la obligación de presentar sus trabajos firmados por otros miembros de

los equipos asistenciales pero cuya participación en la elaboración del trabajo había sido escasa. Sin embargo, esta tendencia se está rompiendo, los Auxiliares de Enfermería estamos aprendiendo a investigar sobre nuestra profesión y a recoger los datos de forma adecuada y, lo más importante es que esa evolución se reconoce y se gratifica con premios como éste".

Para la presidenta de FAE, la entrega de este galardón tiene un doble significado "por un lado pone fin a una situación

de aislamiento en la que se encontraba la producción de literatura científica de los Auxiliares de Enfermería dado que hasta el momento, salvo excepciones, ninguna entidad ha fomentado ni reconocido la labor investigadora de los Auxiliares de Enfermería favoreciéndose a otros colectivos profesionales. Por otro lado, éste es el primer premio pero la gran calidad y cantidad de trabajos recibidos para el Certamen de Investigación de FAE, nos confirma que los Auxiliares de

Enfermería también desarrollan trabajos de investigación y que es necesario llevar a cabo un reconocimiento adecuado de los mismos".

Este es el primer galardón que recibe Francisca de Andrés por un trabajo de investigación, quien reconoció que supone una motivación importante para continuar con su labor de investigación. Por otro lado, considera que se valora y fomenta poco la actividad investigadora de los Auxiliares de Enfermería y que deberían ponerse en marcha más iniciativas como la llevada a cabo por la Fundación para la Formación de Auxiliares de Enfermería.

"Esta situación, afirma Francisca de Andrés, genera en los Auxiliares de Enfermería una gran desmotivación porque consideran que nadie valora sus trabajos y sus aportaciones a la labor de la enfermería y como consecuencia ni siquiera se interesan por desarrollar trabajos. Además el resto de colectivos tampoco les incluyen en las investigaciones que se llevan a cabo en el hospital y del que participan exclusivamente los facultativos y los diplomados".

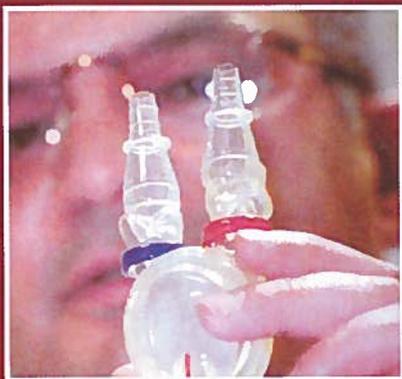
"Los Auxiliares de Enfermería debemos tomar conciencia de nuestro papel como parte integrante de los equipos de enfermería y de la importancia que tienen nuestras aportaciones para la enfermería en general y para los avances en la atención asistencial al paciente en particular", manifestó Francisca de Andrés.



Elvira Vázquez Blanco, presidenta de FAE, hace entrega del premio a Francisca de Andrés Ortega.

II PREMIO FAE BASES DEL CONCURSO

- 1 EL PREMIO FAE dotado con 200.000 pesetas está dirigido a los profesionales de la enfermería, Auxiliares de Enfermería, tanto a los que desarrollan activamente su labor profesional en cualquier de los ámbitos de la sanidad, como a los que encontrándose en posesión de la titulación requerida para el ejercicio de dicha profesión no la ejercen en la actualidad.
- 2 Entrarán a concurso todos aquellos trabajos remitidos a la sede de FAE (C/ Alcántara, 5 6º Izda. 28006 Madrid), requiriéndose que sean originales, novedosos, inéditos, relacionados con la temática propia de la sanidad o la salud.
- 3 Se valorarán los aspectos científicos y técnicos de los trabajos, así como su interés social y profesional y la labor investigadora desarrollada en el mismo.
- 4 Los trabajos deberán presentarse en DIN - A4 en una cara, mecanografiados a doble espacio, en castellano y con margen lateral, superior e inferior debiendo las páginas ir numeradas. Irán precedidas de un resumen de no más de quince líneas en el que se exponga el planteamiento general de trabajo. La bibliografía debe incluir invariablemente el nombre del libro, autor, editorial, fecha y lugar de publicación. Se podrán presentar los trabajos acompañados de soporte documental, fotografías, diapositivas, vídeos, que realcen la presentación.
- 5 El premio tendrá una periodicidad anual y ámbito nacional. La fecha límite de presentación de trabajos será el 15 de diciembre de 1997.
- 6 El tribunal estará compuesto por cinco miembros, dos destacados profesionales del mundo sanitario, dos miembros de FAE y un representante nombrado por el patrocinador.
- 7 El fallo del tribunal se hará público durante el mes de marzo de 1998 siendo inapelable su decisión y pudiendo ser declarado desierto el premio. La adjudicación del premio se comunicará directamente al interesado, haciéndose público a través de los medios de comunicación que F.A.E considere oportunos.
- 8 Los trabajos remitidos no serán devueltos y pasarán a ser propiedad de la FAE quien se reserva el derecho a su inserción en las publicaciones que estime convenientes, respetando la autoría de los mismos.
- 9 La participación en el premio supone la aceptación de las presentes bases.



INVESTIGAR para MEJORAR MEJORAR para INVESTIGAR

Montse García

La Fundación Index convocó recientemente la I Conferencia Nacional de Revistas de Enfermería y Afines que se celebró recientemente en Granada y a la que asistieron más de 200 especialistas en redacción científica. Estas jornadas se desarrollaron en el marco de la tercera edición de las Jornadas de Documentación Científica de Salud. Bajo el lema “El diálogo entre lectores, autores y editores”, debatieron la adecuación científica de la prensa de enfermería española y su relación con la prensa científica internacional.

La apertura oficial de las Jornadas, que contaron con la presencia de numerosas autoridades sanitarias provinciales y autonómicas, estuvo a cargo de Miguel Carrascosa Salas, Presidente del Centro Uneseo Andalucía. Seguidamente, el profesor Emilio Delgado López-Cózar, profesor de Técnicas documentales aplicadas a la investigación, de la Universidad de Granada, pronunció la Conferencia inaugural en la que expuso las principales deficiencias que atraviesan tanto las revistas científicas como los trabajos que los autores presentan a éstas y su relación con la prensa científica internacional.

Los ponentes presentes debatieron también la forma y contenidos de la enseñanza de investigación que se da en las Escuelas de Enfermería españolas, área que está alcanzando una gran autonomía en la última década y que sitúa a la enfermería española en una posición influyente dentro del panorama internacional.

Se abordaron aspectos como el análisis de la realidad actual de la producción científica enfermera en nuestro país, desde el punto de vista de su presencia en los indicadores bibliométricos; los encuentros y desencuentros entre autores, editores

y lectores de estas publicaciones y, por último, la historia de las revistas de enfermería.

“La celebración de estas Jornadas tenía como objetivo, entre otras cuestiones, sentar por primera vez en una misma mesa a productores y consumidores de la prensa científica de enfermería española, así como a estudiosos de la documentación científica y de la bibliometría con el fin de debatir y proponer acciones encaminadas a mejorar la calidad de los informes de investigación en enfermería y sus respectivos soportes editoriales”, afirma Manuel Amezcua, director la Fundación Index.

“El Auxiliar de Enfermería puede desempeñar un papel relevante en los proyectos de investigación que se ejecutan en las diferentes áreas asistenciales del hospital. Esta posibilidad estará en función del grado de conciencia que tenga de su implicación en el proyecto más que de la vinculación formal que se le asigne. Lo cierto es que por su condición de profesional que está a la cabecera del paciente durante las veinticuatro horas que éste vive en el hospital, el Auxiliar de Enfermería tienen una posición privilegiada tanto para la observación como para la actuación continuada”.

Asimismo, en opinión del director de la Fundación Index “el papel del Auxiliar de



Enfermería en la investigación se puede situar en dos aspectos. En primer lugar, como colaborador en la etapa de recogida de información, desempeñando las funciones y técnicas que le son inherentes y que pueden incorporarse a la parte instrumental de la investigación. En segundo lugar, como mediador entre los intereses del investigador y los del paciente, en tanto que por sus conocimientos técnicos está en mejores condiciones que éste para observar si son respetados la libertad y los derechos que asisten a todo individuo que forma parte de una investigación. Por otro lado, dependiendo del nivel de conocimientos que tenga sobre algunas herramientas básicas de la investigación y sobre el proyecto en particular que se esté llevando a cabo, su implicación práctica podrá ser más o menos valiosa. “

En cuanto al valor de las revistas científicas de enfermería Manuel Amezcua considera que “en general, estas publicaciones tienen tres tipos de lectores: los investigadores que buscan en las revistas los fundamentos teóricos de sus estudios, los profesionales de la especialidad o disciplina que representa la revista, que esperan encontrar en ella innovaciones susceptibles de incorporar a su práctica cotidiana, y finalmente los profesionales en general que desean estar permanentemente puestos al día sobre lo que pasa tanto en su disciplina como en otras colaterales. En el caso concreto de la enfermería y dado el proceso de transformación que está experimentando en nuestra época, las revistas están jugando un papel importantísimo en la formación de los nuevos profesionales y en la divulgación de los saberes que están conformando la nueva enfermería”.

En el transcurso de estas jornadas quedó patente que existe una gran necesidad de formación tanto en el manejo de determinadas herramientas de investigación, como de redacción y escritura científica. La formación se debe obtener no sólo a través de programas de capacitación sino sobre todo mediante la lectura crítica de literatura científica enfermera.

Las revistas de enfermería plantean una plataforma privilegiada para poner en contacto a las personas que investigan o que se plantean dudas o preguntas junto a las personas que necesitan acceder a fuentes de información y de difusión del conocimiento científico para poder ofrecer unos cuidados de calidad a los ciudadanos. Se ratifica la necesidad de que la investigación en enfermería forme parte fundamental del currículum de enfermería.

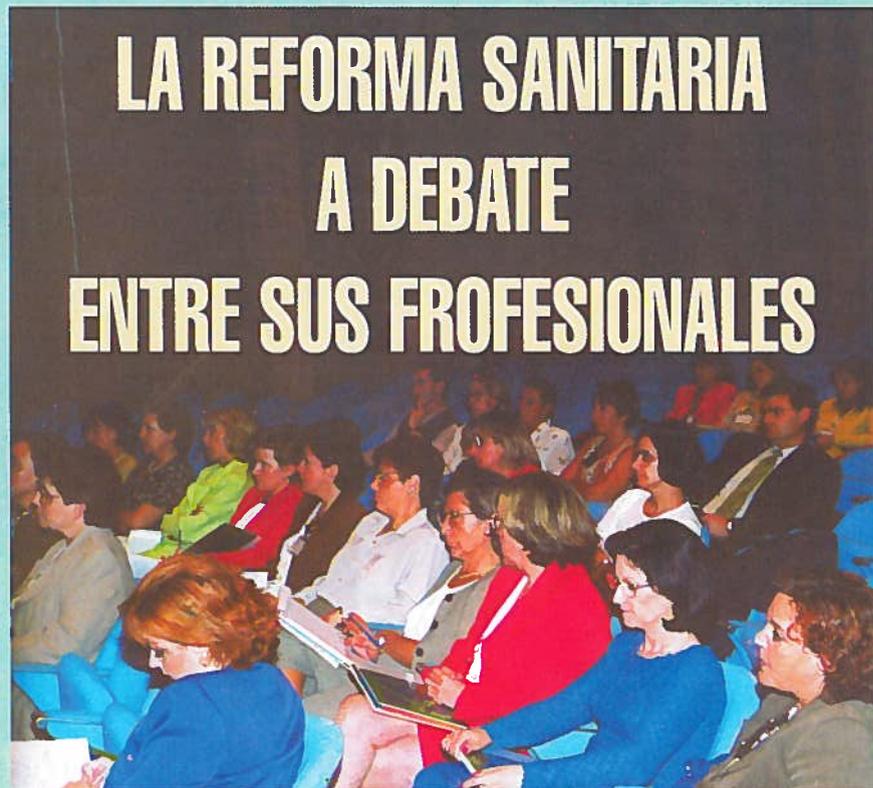
La clausura de esta I Conferencia Nacional de Editores de Revistas de Enfermería y Afines corrió a cargo de M^a Teresa Moreno Casbas, Jefe

del servicio de Investigación Epidemiológica del Instituto de Salud Carlos III. Moreno Casbas se mostró a favor de potenciar la continuidad de las diferentes iniciativas que se plantearon en el transcurso de estas Jornadas. Asimismo, recordó la importancia que supone para el desarrollo de la enfermería el hecho de que los profesionales de enfermería traspasen los límites del voluntarismo para acceder, en competencia con otras disciplinas sanitarias, a los fondos de investigación que actualmente promueven los organismos gubernamentales.

La realidad viva y dinámica que supone la existencia de las revistas científicas generó el acto más relevante de las Jornadas y que reunió en una sesión de trabajo a los editores y directores de revistas y en la que se presentó la propuesta de creación de un Consejo Nacional de Editores de Revistas de Enfermería y Afines, una iniciativa que tiene por objeto establecer consensos sobre uniformidad de las secciones de contenido científico en las revistas, velando por su calidad de cara a garantizar su competitividad en el panorama científico internacional. El acto estuvo presidido por Manuel Amezcua, Director de la Fundación Index y contó con la presencia de los representantes de más de treinta revistas nacionales, entre las que se contaba NOSOCOMIO. Con la constitución de este Consejo Nacional se facilitará considerablemente las relaciones con otras iniciativas internacionales parecidas, principalmente del ámbito anglosajón, contribuyendo a amortiguar en parte la influencia casi exclusiva de la prensa científica en este contexto.



Más de un centenar de profesionales sanitarios procedentes de toda España se reunieron recientemente en el Paraninfo del Palacio de la Magdalena para debatir sobre *La Reforma de la Sanidad ¿pública o privada?* respondiendo a la convocatoria realizada por el Sindicato de Auxiliares de Enfermería. En el acto intervinieron políticos, gestores y líderes de opinión que enfocaron la realidad del Sistema Nacional de Salud y la reforma que atraviesa éste desde distintas ópticas. Estas jornadas de debate contaron igualmente con la participación de representantes sindicales españoles y europeos.



Jaime del Barrio Seoane, consejero de Sanidad de Cantabria, centró su intervención en la reforma sanitaria manteniendo las propuestas de consolidación y modernización del sistema sanitario español en la definición de la responsabilidad del Estado y los individuos, suficiencia financiera, flexibilización de la previsión de servicios y pleno desarrollo del modelo sanitario territorial.

Dentro del reto de organización y gestión dirigido a consolidar y modernizar el sistema sanitario español incluyó el impulso de una autonomía de gestión por parte de los hospitales, dándose una independencia de los centros, una separación efectiva de funciones y el desarrollo de un sistema de acreditación de centros.

Rafael Catalá, director general de la Función Pública del Ministerio de Administraciones Públicas,

planteó diversas cuestiones relacionadas con el personal funcionario y estatutario, mayoritario en las instituciones sanitarias públicas españolas. En este sentido, explicó el proyecto de carrera profesional planteado desde el Ministerio para la Administraciones Públicas y la necesidad de llevar a cabo ésta desde el momento en que la única carrera posible es la vinculada a la ocupación de puestos de trabajo. En este sentido, la carrera consistirá en la progresión de categoría profesional en función de los méritos de los funcionarios lo que supone una personalización y objetivación de la misma.

Asimismo se abandona la dependencia mimética del nivel del puesto de trabajo que se desempeña con lo que se consigue un doble efecto: el ascenso de categoría se produce por la vía de méritos, pruebas selectivas y evaluación del desempeño lo que ha de redundar en beneficio de la productividad y la calidad de los servicios. Por otro lado, la organización del trabajo puede hacerse



Paraninfo de la Magdalena, Santander

de forma mucho más flexible, de manera que responda mejor a las necesidades de la organización.

Para Rafael Catalá el sistema de categorías que se preve es perfectamente controlable desde el punto de vista del gasto, ya que, al establecerse cupos de categorías por grupos, se evita la inflación derivada del sistema de puestos actual.

Por su parte, José Pedro de Lorenzo, subdirector general de Relaciones Laborales del Insalud manifestó la necesidad de que los profesionales sanitarios mantenga una formación continua eficaz de forma que adapten su preparación a las necesidades sanitarias. Planteó igualmente la polémica actual sobre la creación de un Estatuto Marco en el que se enmarquen todas las profesiones sanitarias.

Marciano Sánchez Bayle, presidente de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública centró los tres problemas fundamentales por los que atraviesa la sanidad: financiación, gestión y participación.

“En cuanto al primer punto hay un consenso general sobre que la financiación debe ser pública y provenir de los Presupuestos Generales del Estado, abandonando la que procede de la Seguridad Social pero, matizó Sánchez Bayle, quedan importantes problemas que

dilucidar. Entre otros, que el nivel de gasto sanitario de nuestro país sea menor en porcentaje sobre el PIB y en gasto por habitante, que el de los países de la Unión Europea. Junto a esta situación se plantean las propuestas de aumentar el gasto privado, bien instaurando un sistema de tasas o copagos o incrementando las aportaciones de los usuarios en las que ya existen; bien limitando las prestaciones del sistema sanitario público, lo que tendría efectos devastadores sobre la equidad del sistema”.

En relación a la gestión considera que a pesar de que el Sistema Nacional de Salud goza de un gran prestigio internacional atraviesa muchos problemas y una buena utilización de sus recursos podría mejorar significativamente el nivel de sus prestaciones. Las fórmulas que se están planteando desde el Gobierno fomentan básicamente la desregulación del Sistema Nacional de Salud y su fragmentación en cientos o miles de microempresas.

La tendencia observada en España y a nivel internacional, es que los sistemas de gestión empresarial suelen poner el acento en el apartado coste, y no en el de calidad de la atención y como el personal sanitario constituye casi el 60% del coste de la asistencia, se suele tender a tener menos personal, de

menor cualificación, peor retribuido y en condiciones de mayor precariedad laboral.

Para el presidente de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública “ el mercado asegura la eficiencia económica pero no la equidad, que no tiene en cuenta la influencia de las externalidades en la salud; que hay una gran incertidumbre en cuanto a la eficacia en las actuaciones diagnósticas y terapéuticas que puede producir ineficiencias por un exceso de capacidad generada por una demanda de servicios innecesarios, que conlleva una subutilización de recursos, que incrementa la utilización inadecuada de la tecnología, y que existe una situación de información asimétrica (los profesionales sanitarios tienen información, no los ciudadanos), donde además la demanda es inducida por el proveedor, lo que facilita la proliferación de actividades innecesarias”.

Asimismo, otra consecuencia indeseable de las nuevas fórmulas de gestión es la desintegración de los dos niveles asistenciales (primaria y especializada) cuya integración y funcionamiento de manera interconectada era uno de los objetivos de la Ley General de Sanidad. La competencia produce problemas de incoordinación y frecuentemente el intento de derivar costes de uno a

otro nivel. La continuidad asistencial debería ser un objetivo del dispositivo sanitario para asumir la problemática de los pacientes como única, con situaciones concretas abordables en diferentes niveles. La coordinación entre atención primaria y especializada surge así como una necesidad primordial de eficacia y de eficiencia.

La gran olvidada del Sistema Sanitario Público es la participación a pesar de contar con alabanzas y deseos de hacerla efectiva por todos los políticos. Para que la Sanidad Pública funcione de manera eficaz y eficiente hay que articular sistemas reales de participación de los profesionales y de los ciudadanos.

“Estamos ante un momento especialmente importante para el futuro de la Sanidad Pública, de las opciones que se adopten podría derivarse una mejora de la Sanidad Pública que permitiera avances en la calidad, la eficiencia de la misma, o bien la desregularización y privatización, poniendo en serio peligro la pervivencia de la equidad y la calidad de la atención sanitaria.”, concluyó Marciano Sánchez Bayle.

LA EXPERIENCIA CATALANA

Salvador Doy, subdirector del Servicio Catalán de la Salud expuso que la situación de la sanidad en

Cataluña se basa en dos conceptos básicos que son el de mantener el carácter público del sistema y la adaptación progresiva para alcanzar la mayor eficiencia.

La diversidad en la gestión es el resultado de una sanidad condicionada por el crecimiento del gasto, el envejecimiento de la población, la aparición de nuevas patologías, el rápido desarrollo de la tecnología y el aumento de las expectativas de los ciudadanos.

En 1985 se constituye la red hospitalaria de utilización pública de Cataluña - XHUP- que hace posible que dentro de la misma estructura convivan los llamados hospitales propios de la Seguridad Social y todo un conjunto de hospitales benéficos - privados fruto de la tradición y la historia catalana.

En el año 1990 se aprueba la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña (LOSC) que reúne tres hechos característicos desde el punto de vista de la gestión del sistema catalán: la consolidación del sistema sanitario de provisión mixto, la separación del financiamiento de la producción de servicios, y la posibilidad de incorporar diversas fórmulas de gestión. Con la creación en 1990 del Servicio Catalán de Salud (SCS) se configura un mercado de competencia planificada y regulada. La financiación se realiza por el SCS y por entida-

des diferentes al ICS. Estas posibilidades han dado como resultado la gestión del 70% de los hospitales de la XHUP y a nivel de la atención primaria la gestión del 11% de las áreas básicas de salud por otras entidades diferentes al Instituto Catalán de la Salud (ICS).

La ley de modificación de la LOSC de 1995 amplía las posibilidades abriendo una etapa en la que se compaginan los modelos anteriores con la aparición de una nueva opción que posibilita los contratos para la gestión de centros con entidades de base asociativa constituidas por profesionales sanitarios. Ello conlleva un máximo grado de implicación de los profesionales en un proyecto que tiene como filosofía básica integrar de una manera efectiva los mecanismos de incentiación con la gestión del personal.

Por su parte, los representantes de los sindicatos Salvatore Galizia, secretario general de la UGL (Union General del Laboro) y Carlos Martínez Moyna, vicesecretario general de la CEMS coincidieron tanto en la necesidad de mantener un sistema público eficaz como en la importancia que en éste tiene la presencia y participación de los profesionales sanitarios en todos los aspectos incluida la gestión de los centros.

Para Nieves Delgado, secretaria autonómica del Sindicato de Auxiliares de Enfermería en Cantabria y responsable de la organización de estas jornadas “el éxito de estas jornadas tanto en lo relacionado al alto nivel de las ponencias como al interés suscitado por los profesionales sanitarios en general, demuestra que los intereses de los Auxiliares de Enfermería van más allá de las plantas hospitalarias y que nos interesan especialmente las cuestiones relevantes de la política sanitaria o de la gestión. Su presencia en este foro de debate ha demostrado que el Auxiliar de Enfermería también puede hacer aportaciones interesantes a la reforma de la sanidad”.



ESTOS LIBROS TE INTERESAN...

FAE

FUNDACION PARA LA FORMACION Y AVANCE DE LA ENFERMERIA

Valverde, 1 - 28004 Madrid - Tel.: 521 52 24

Fax 521 53 83

RUEGO ME ENVIEN CONTRA REEMBOLSO LOS SIGUIENTES TITULOS:

MANUAL DEL AUXILIAR DE ENFERMERIA

P.V.P. 4.990 pts.
(afiliados 3.990 pts.)

CUESTIONARIO PARA EL AUXILIAR DE ENFERMERIA

P.V.P. 3.690 pts.
(afiliados 2.990 pts.)

ANEXO PARA SERVICIOS REGIONALES DE SALUD

(Por favor, indiquenos su Comunidad Autónoma.....)

P.V.P. 590 pts.
(afiliados 490 pts.)

OBRA COMPLETA PARA EL CONCURSO-OPOSICION (los tres volúmenes): MANUAL DEL AUXILIAR DE ENFERMERIA, CUESTIONARIO PARA EL AUXILIAR DE ENFERMERIA, ANEXO PARA SERVICIOS REGIONALES DE SALUD.

P.V.P. 6.500 pts.
(afiliados 5.300 pts.)*
(Por favor, indiquenos su Comunidad Autónoma).....

REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICA

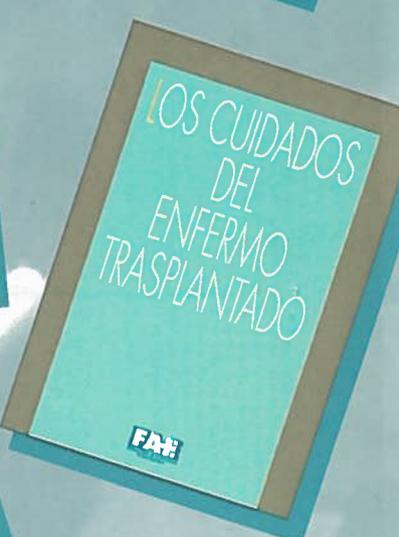
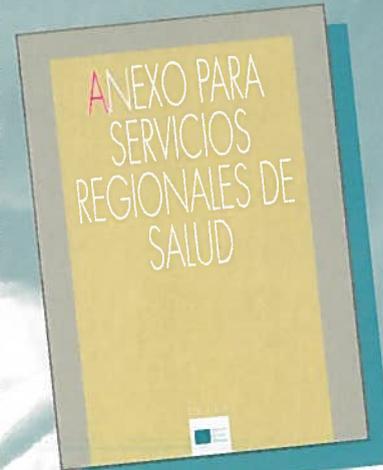
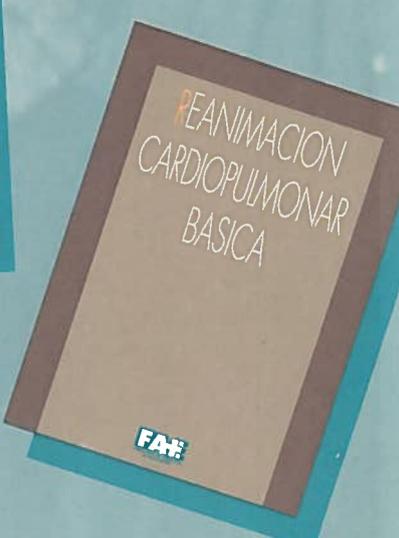
P.V.P. 1.850 pts.
(afiliados 1.500 pts.)

LOS CUIDADOS DEL ENFERMO TRASPLANTADO

P.V.P. 1.850 pts.
(afiliados 1.500 pts.)

ATENCION A DOMICILIO

P.V.P. 1.850 pts.
(afiliados 1.500 pts.)



Nombre y apellidos.....

Afiliado a SAE: Sí No

Nº de afiliación

Dirección.....

Provincia.....

Población..... C. P.....

Teléfono.....

* Todos los precios incluyen I.V.A.