

nº 15 • Revista de Auxiliares de Enfermería

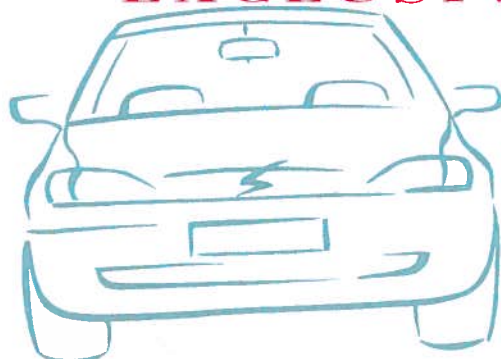
LA IMPORTANCIA
DE LA **COMUNICACIÓN**
EN LA
INDUSTRIA
FARMACÉUTICA

Daño cerebral **SOBREVENIDO**

**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
Dolores Martínez

Redactora Jefe
Montse García

Redacción
Sonia Rodríguez

Asesores Laborales
Juan José Pulido
Isabel Uribe

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

Edita
FAE (Fundación para la
Formación y Avance de
la 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

LA COMUNICACIÓN EN LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA

EL 85% DE LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA
MANIFIESTA OTORGAR GRAN IMPORTANCIA
A SU IMAGEN PÚBLICA



11



CONGRESO DE DERECHO SANITARIO

JURISTAS Y PROFESIONALES SANITARIOS
ACERCAN POSTURAS SOBRE SUS ÁMBITOS
DE ACTUACIÓN

NOTICIAS DEL MUNDO MÉDICO

EL LÁSER HA TERMINADO CON LOS
RONQUIDOS DEL 85% DE LAS PERSONAS
QUE LO PADECÍAN EN UNA OPERACIÓN
QUE DURA ENTRE 10 Y 20 MINUTOS

14



EL CALZADO DE LOS SANITARIOS

EL ZUECO, EL CALZADO MÁS UTILIZADO
EN TODOS LOS HOSPITALES, NO ES NI EL
MÁS CÓMODO NI EL MÁS ADECUADO.
FERNANDO MARTÍN PIES ELABORA UN
DETALLADO ESTUDIO SOBRE LAS VENTAJAS
E INCONVENIENTES DE ESTE CALZADO

37

42

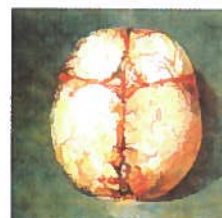
MAYORES, UN ASUNTO DE TODOS

ESTE AÑO SE CUMPLE EL CINCUENTENARIO
DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA
Y GERONTOLOGÍA. SU PRESIDENTE
RECLAMA QUE NO SE DISCRIMINE
A LOS MAYORES



AFECTADOS DE DAÑO CEREBRAL

ACCIDENTES DE TRÁFICO, LABORALES,
DEPORTIVOS, ETC. SON LA CAUSA DIRECTA
DE LOS 30.000 TRAUMATISMOS
CRANEOENCEFÁLICOS QUE EXISTEN
EN ESPAÑA



45



¿ES POSIBLE CLONAR SERES HUMANOS? ¿ES ÉTICO?

LA POLÉMICA Y EL DEBATE ESTÁ SERVIDO
Y HAY PARA TODAS LAS OPCIONES: ÉTICO,
CIENTÍFICO, ECONÓMICO...

50

E



El artículo 13 del Convenio relativo a los Derechos Humanos y la Biomedicina, aprobado por el Comité de Ministros el 19 de noviembre de 1996 y firmado en Oviedo en abril de 1997, prohíbe expresamente las intervenciones sobre el genoma humano: “únicamente podrá efectuarse una intervención que tenga por objeto modificar el genoma humano por razones preventivas, diagnósticas o terapéuticas y sólo cuando no tenga por finalidad la introducción de una modificación en el genoma humano”.

El pasado mes de enero un total de 19 países, entre ellos España, firmaron el protocolo del Consejo de Europa que prohíbe la creación de seres humanos mediante la técnica de la clonación. Los países firmantes son: Dinamarca, España, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Islandia, Italia, Letonia, Luxemburgo, Moldavia, Noruega, Portugal, Rumanía, San Marino, Eslovenia, Suecia, Macedonia y Turquía. El texto del protocolo precisa que “genéticamente idéntico” quiere decir “un ser humano que tenga en común con otro el conjunto de genes nucleares”.

El segundo artículo refuerza el carácter absoluto de la prohibición al afirmar: “ninguna derogación será autorizada a las disposiciones de este protocolo”, incluyendo aquí pretextos tales como la seguridad pública, la prevención de infracciones penales, la protección de la salud pública, etcétera.

No obstante, el documento no prohíbe la clonación de células y tejidos con fines de investigación o terapéuticos.

El mencionado protocolo entrará en vigor en cuanto sea ratificado por los Parlamentos de cinco de los países firmantes. Cada Estado incorporará sanciones a su legislación, incluidas las penales, entre las que figuran la prohibición de ejercer a todos aquellos que desafíen la prohibición, así como la retirada de las licencias a los laboratorios implicados.

El Instituto de Bioética de la Fundación de Ciencias de la Salud ha creado un Comité de Expertos sobre Bioética y Clonación integrado por 13 expertos: bioeticistas, un jurista, un teólogo, un sociólogo, un miembro del Comité Internacional de la UNESCO y científicos de diversas disciplinas (biología molecular, genética, farmacia, bioquímica, reproducción) que publicará un documento que cubra un amplio abanico de perspectivas científicas, éticas, filosóficas, jurídicas, socioculturales y religiosas ante las implicaciones de las técnicas de clonación en mamíferos y sus actuales o potenciales aplicaciones en o para el ser humano. Este comité fue presentado por el director del Instituto de Bioética, Diego García, en el marco de la jornada *En las fronteras de la vida*, organizada por el Instituto de Bioética de la Fundación Ciencias de la Salud.

En la citada jornada participaron prestigiosos científicos, entre ellos Harry Griffin, del Instituto Roslin de Edimburgo, en la que se expusieron todas las incertidumbres presentes y futuras en torno a la clonación. En este sentido, se destacó especialmente la imposibilidad de realizar clonaciones humanas a corto y medio plazo, dado que el estado de las investigaciones aún está muy lejano de esta situación. Por otro lado, hay innumerables preguntas científicas que no se han solucionado, como es el caso de las mutaciones somáticas de las células que serían transferidas a los clones y que se desconoce qué tipo de malformaciones producirá.

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.*

LA IMPORTANCIA
de la
COMUNICACIÓN
en la INDUSTRIA
FARMACÉUTICA

Lo importante es que hablen de tí. Las empresas farmacéuticas lo saben y por eso optan por recurrir a una asesoría externa cuando se trata de relacionarse con los medios de comunicación. No obstante, sólo un 16% de los profesionales dedicados a este cometido en las empresas del sector son licenciados en periodismo, frente a un 30% de titulados en farmacia. Éstas son algunas de las conclusiones del estudio que Inforpress ha elaborado en colaboración con la Asociación Nacional de Informadores de la Salud (ANIS) con la participación de 53 de los principales laboratorios implantados en España, que mayoritariamente (85%) manifestaron otorgar gran importancia a su imagen pública. La estrecha relación entre comunicación corporativa y de producto se confirma igualmente con el dato de que el 39% de los directores de marketing asumen también las labores de comunicación. Además, la mayoría de las notas de prensa que envían a los medios tienen relación con nuevos productos y manifiestan, sin embargo, mucha más reticencia a difundir datos económicos y financieros.



En cuanto a la imagen que proyectan actualmente ante los medios, el 73% piensa que es buena o normal, mientras que el 23% cree que su imagen es regular o deficiente. El hecho de que uno de cada cuatro laboratorios esté insatisfecho con lo que se dice de su compañía o de sus productos en la prensa puede atribuirse a las especiales relaciones de algunos laboratorios que, a pesar de conceder importancia a la capacidad de influencia en los medios, prefieren no comunicar o no tener un responsable en este campo.

La estrecha relación entre comunicación corporativa y de producto se confirma asimismo con el dato de que el 39% de los directores de marketing asumen también las labores de comunicación. Además, la mayoría de las notas de prensa que envían a los medios tienen relación con nuevos productos y manifiestan, sin embargo, mucha más reticencia a difundir datos económicos y financieros.

Las firmas del sector farmacéutico otorgan cada día más importancia a potenciar las labores de comunicación. De hecho, dos de cada tres laboratorios consultados asignan la responsabilidad de las labores de comunicación a una persona, lo que no significa que cuenten con un director de comunicación propiamente dicho. Por el contrario, si nos atenemos a las empresas de mayor facturación en el sector, la existencia del puesto del responsable de comunicación es prácticamente unánime.

El 38% de los encuestados cuentan con una persona responsable exclusivamente dedicada a estas tareas y el 63% recurre a asesorías externas, principalmente a empresas de relaciones públicas

(74%) para reforzar ciertos aspectos de sus relaciones con los periodistas. Incluso se aprecia una tendencia clara hacia la contratación de servicios de asesoría externa de forma autónoma por parte de divisiones concretas de una empresa (46%). Asimismo, en un 12% de los casos, es el propio director general quien asume las funciones de interlocutor con la prensa, mientras que un 39% de los laboratorios encuestados delegan en el director de marketing o comercial, con el fin de centrar las relaciones con los medios en la comunicación de producto.

Por otro lado, la responsabilidad de hacer frente a las entrevistas de los medios de comunicación recae prioritariamente en los cargos gerenciales, ya sea en el director general, el consejero delegado o el presidente, por este orden. Los responsables de comunicación

parecen asumir, más bien, la función de interlocutor habitual ante los periodistas.

Los responsables de comunicación deben ser polifacéticos y conocer el funcionamiento de todos los departamentos de su empresa. Bajo su responsabilidad están, por lo general, tanto las tareas comunicativas internas como las institucionales y las relativas a la identidad corporativa. Por otro lado, en un 28% de los casos queda patente la estrecha vinculación que, en este sector, tienen los temas de marketing y comunicación.

Esta estrecha relación entre comunicación corporativa y de producto se confirma también con el dato de que el 39% de los directores de marketing asumen también las labores de comunicación. Además, la mayoría de las notas de prensa que envían a los

medios tienen relación con nuevos productos y manifiestan, sin embargo, mucha más reticencia a difundir datos económicos y financieros.

Al ser la comunicación un elemento clave y especialmente delicado, los responsables de estos departamentos son, por lo general, personas de confianza que llevan varios años en la empresa y que, en el 60% de los casos, dependen directamente de la gerencia. En cuanto a su titulación profesional, se observan dos tendencias a la hora de designar un responsable de comunicación: la de dar prioridad a los conocimientos técnicos y contratar farmacéuticos y, por otro lado, los que prefieren profesionales especializados en comunicación y relaciones públicas. Individualmente considerados, ganan la partida los farmacéuticos con un 30% de preferencias frente



a un 16% de periodistas desempeñando estos cometidos.

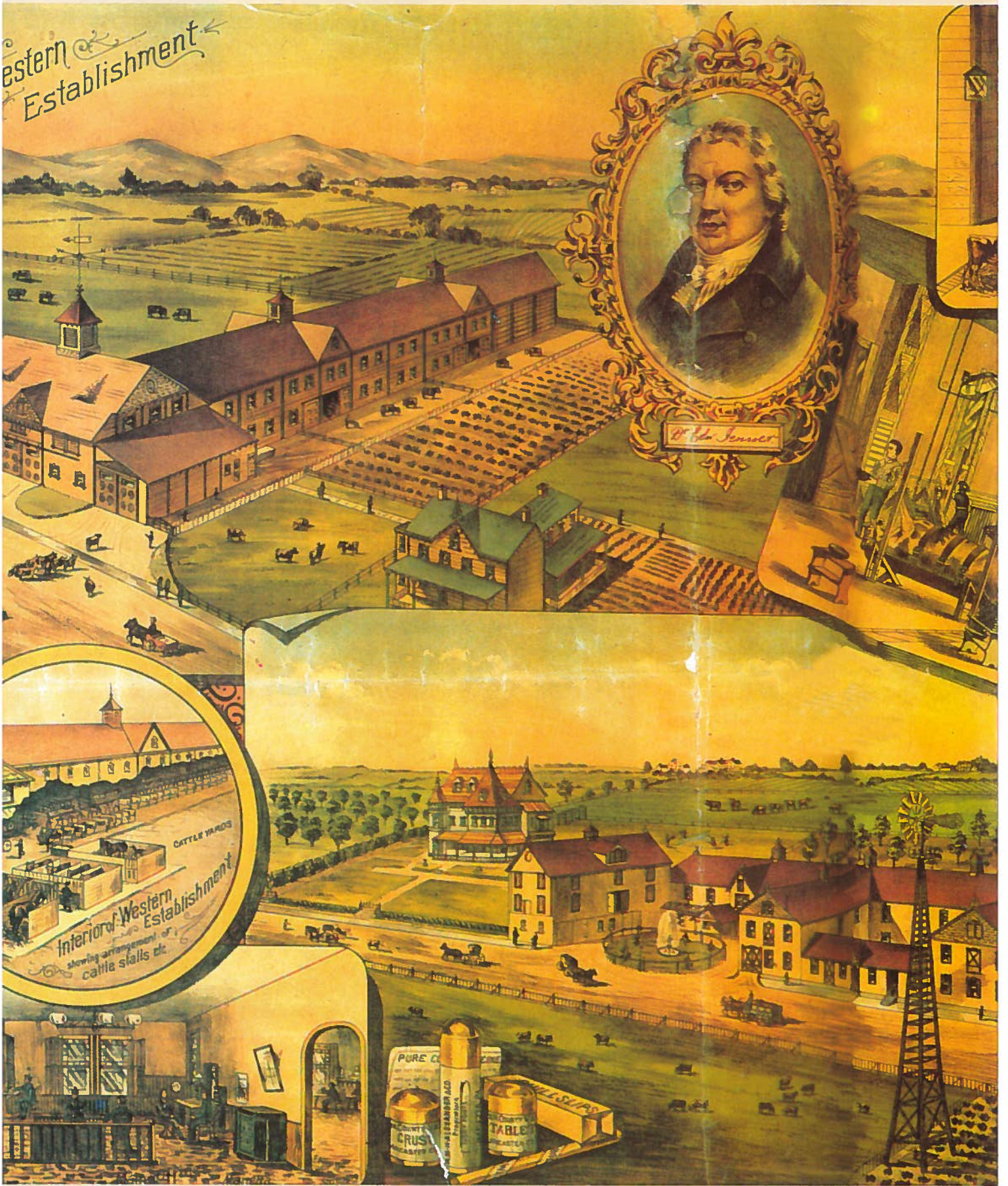
Los farmacéuticos, con un 30%, son los más requeridos para el puesto de responsable de comunicación, lo que indica que los laboratorios conceden tanta importancia al conocimiento técnico y específico del sector como a la experiencia en comunicación, ya que periodistas y especialistas en relaciones públicas suman también un 30%.

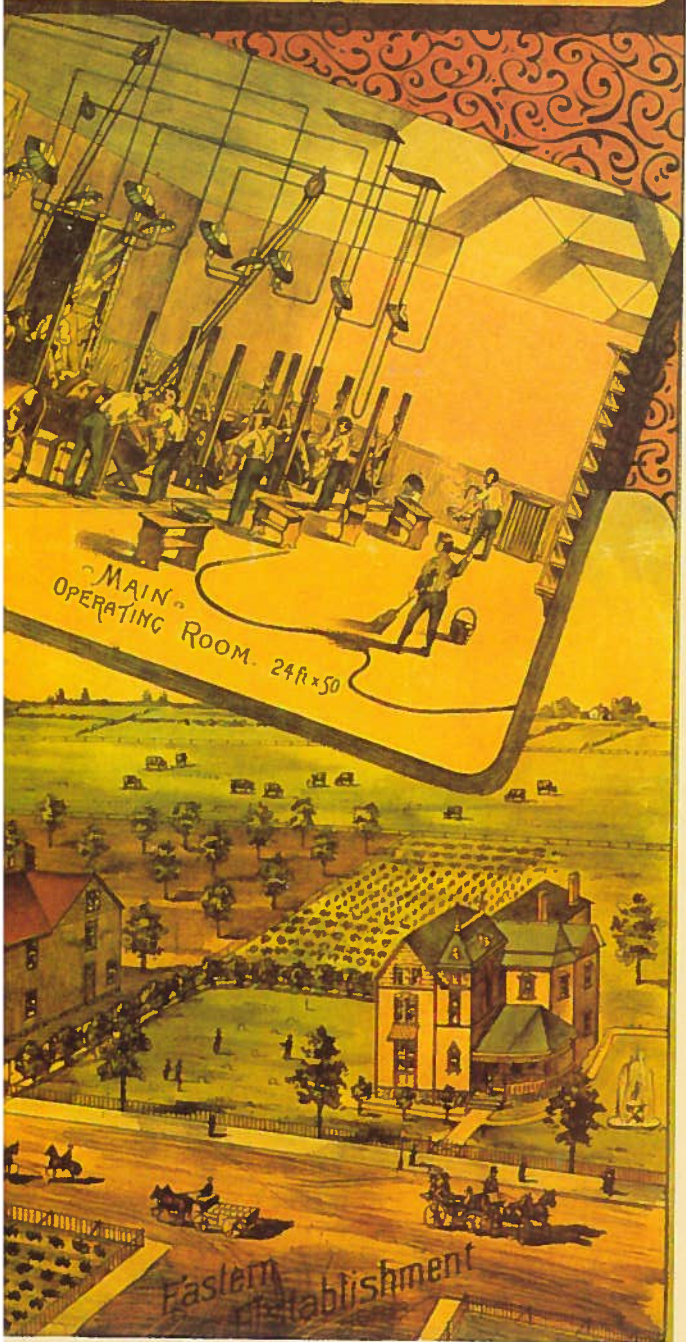
Según recoge Inforpress, para la industria farmacéutica los medios de comunicación se perfilan en un doble sentido: en primer lugar, como forma de potenciar la comunicación corporativa, como lo demuestra el hecho de que, para muchos laboratorios, ser noticia repercute directamente en aspectos como la imagen de empresa (78%) y el prestigio de la marca (48%) y, en segundo lugar, como respaldo a su estrategia comercial, a través de la difusión de informaciones de producto (57%) y la publicidad indirecta (35%).

En cuanto a los medios a los que envían las noticias, parecen encontrarse especialmente cómodos tratando con la prensa especializada, a la que suministran información casi unánimemente (90%), pero también se observa una tendencia a mandar la información cada vez más a la prensa general (63%) e, incluso, a la prensa local (39%), la radio (37%) y la televisión (37%).

En referencia a los destinatarios finales de sus acciones en prensa, los médicos ocupan un papel preferente (58%), pero se aprecia un interés por aprovechar el mayor conocimiento del público sobre los temas sanitarios (28%). En un segundo plano quedan, sin embargo, el entorno empresarial, los enfermos y la administración, que no superan el 10%.

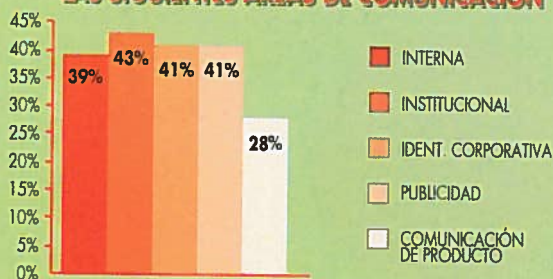






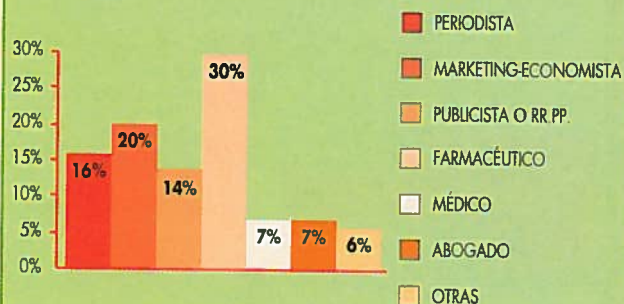
“The Lancaster Country Vaccine Farms”, el mayor establecimiento del mundo en la producción de vacunas a comienzos del siglo XX

DEL RESPONSABLE DE COMUNICACIÓN DEPENDEN LAS SIGUIENTES ÁREAS DE COMUNICACIÓN

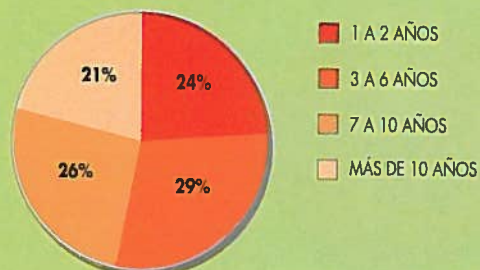


*Se permitía más de una respuesta

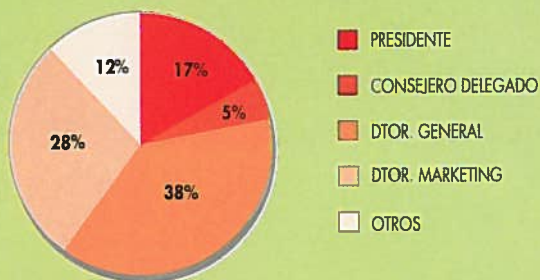
TITULACIÓN DEL RESPONSABLE DE COMUNICACIÓN



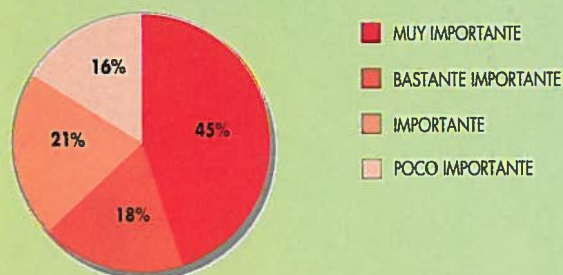
ANTIQUEDAD EN LA EMPRESA



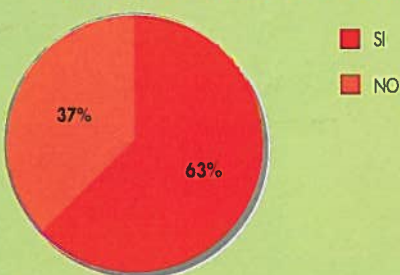
DEPENDENCIA DEL RESPONSABLE DE COMUNICACIÓN EN EL ORGANIGRAMA



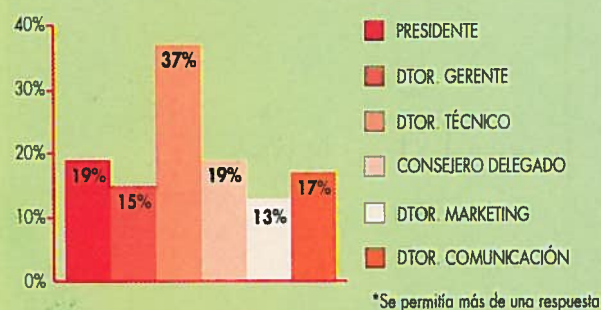
IMPORTANCIA DE LA IMAGEN ANTE LOS MEDIOS



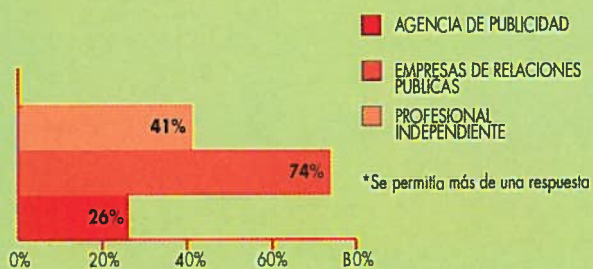
EMPRESAS QUE SE AYUDAN DE ASESORÍA EXTERNA EN SUS RELACIONES CON LOS MEDIOS



PORTAVOZ ANTE LOS MEDIOS



TIPO DE ASESORÍA EXTERNA



EXISTENCIA EN EL LABORATORIO DE UN RESPONSABLE DE COMUNICACIÓN

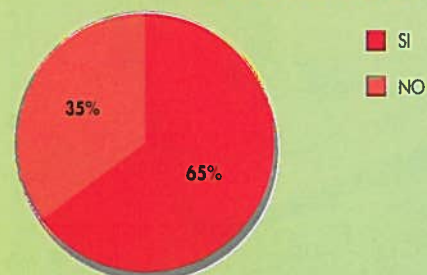
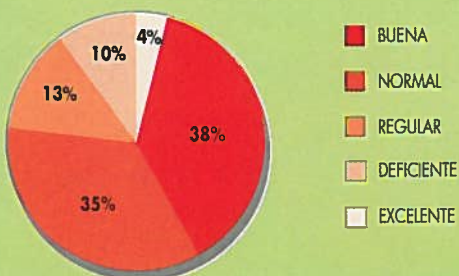
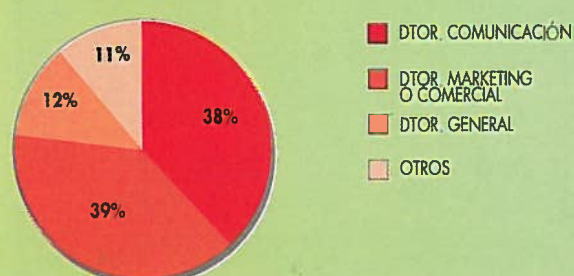


IMAGEN ANTE LOS MEDIOS



CARGO QUE OCUPA EN LA EMPRESA



La Asociación Española de Derecho Sanitario organizó por cuarto año consecutivo el Congreso Nacional de Derecho Sanitario celebrado recientemente en el Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid. Para el presidente de la Asociación responsable del acto, Ricardo de Lorenzo y Montero “se ha demostrado la importante función que cumple la Asociación Española de Derecho Sanitario como foro de integración y

médico proporcionará información suficiente y ponderada, a fin de obtener el consentimiento imprescindible para practicarlas”, afirma Ricardo de Lorenzo.

La primera conferencia fue pronunciada por Carlos Romero Casabona, catedrático de Derecho y Genoma Humano de la Universidad de Deusto, que bajo el epígrafe de *Genética y Siglo XXI* expuso los serios obstáculos con los que se enfrenta el jurista cuando pretende analizar una realidad social nueva cuya aparición se ve condicionada de forma deci-

seres humanos”. “Es significativo destacar un nuevo fenómeno que se ha producido en relación con las investigaciones e intervenciones sobre el genoma humano, ya que la reflexión y el debate sobre sus repercusiones sociales se está realizando de forma paralela y abierta con el objetivo de lograr un consenso nacional e internacional al respecto”, continúa Romero. Para el catedrático en Derecho Penal, “los puntos más conflictivos desde el punto de vista jurídico con respecto a este caso son la investigación sobre él, la información que pueden generar los análisis genéticos y la intervención misma de genes humanos”.

Angel Luis Guirao García, subdirector general de Inspección Sanitaria y responsable de la póliza de seguros del Insalud, disertó sobre la póliza del seguro de responsabilidad civil del Insalud y su posible revisión ante el nuevo Código Penal.

Montse García y Sonia Rodríguez

PROFESIONALES de la SALUD y JURISTAS ACERCAN POSTURAS

discusión, tanto de juristas como de profesionales sanitarios, cuya asociación es de vital importancia para el conjunto de la sanidad española”.

El programa científico del acto se centró en la discusión de dos conceptos claves: la información terapéutica que el profesional facultativo debe ofrecer al paciente y la revisión de los códigos deontológicos que deben regir la actuación del personal facultativo en el desempeño de su labor profesional diaria. Desde hace años, los distintos códigos deontológicos del personal facultativo están de acuerdo a la hora de establecer que “cuando las medidas diagnósticas o terapéuticas supongan un riesgo importante para el paciente, el

siva por los avances científicos y tecnológicos, por ejemplo, el Proyecto Genoma Humano.

Según Romero Casabona, “cuando se presentan como núcleo o trasfondo determinante de las relaciones las innovaciones tecnológicas o los descubrimientos científicos, el jurista corre el riesgo de fracasar si no ha adaptado los aspectos más relevantes de esas innovaciones”. “Una buena muestra de estas observaciones”, continúa Romero Casabona, “la constituye la genética humana y su paradigma, el Proyecto Genoma Humano, ya que las aplicaciones derivadas de los conocimientos sobre el genoma humano van penetrando sin cesar en la vida personal y en las relaciones de los

Según su opinión, “en el supuesto de la defensa jurídica, la ley obliga a las compañías a la defensa en el ámbito civil, pero no en el penal, y es el profesional quien debe saber si su póliza, al incluir este aspecto, define si son los abogados de la propia compañía los que le defenderán o si él puede elegir abogado que lo defienda. En este último caso, las compañías suelen poner un límite, por encima del cual no asumirán los gastos de un abogado elegido por el asegurado”.

Una de las novedades más importantes, a efectos del seguro, es la del delito de omisión del deber de socorro. Sobre este delito y su incidencia en el contrato de seguro de responsabilidad civil del personal sanitario, se desarrolló la ponencia de Francisco Soto Nieto, Doctor en Derecho y Magistrado de la Sala 2ª del

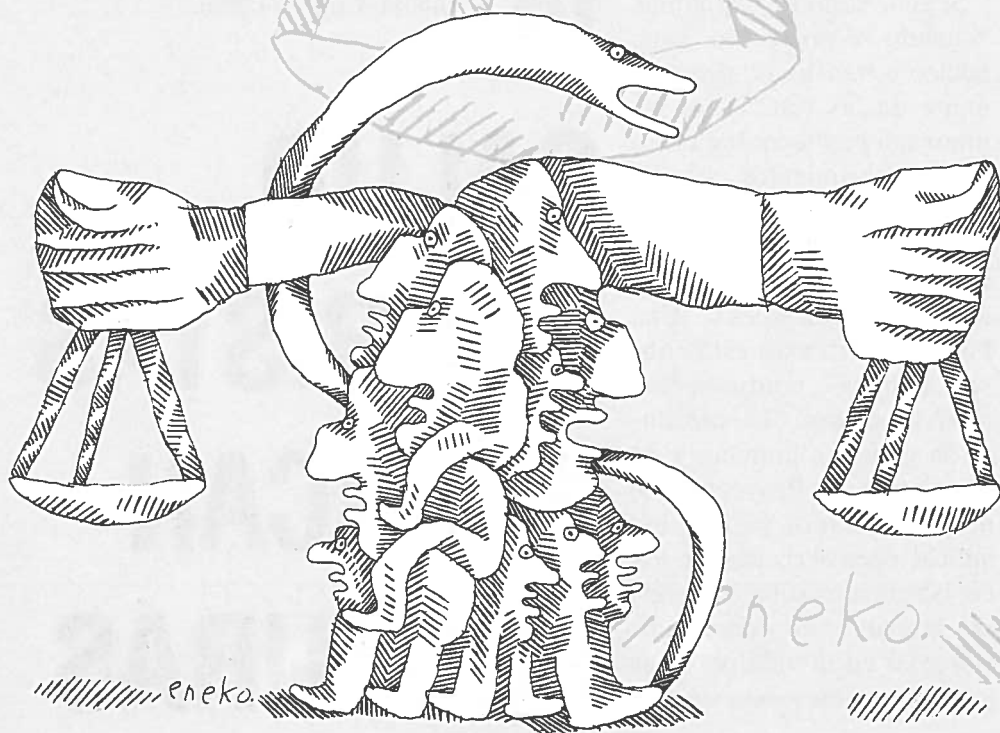
Tribunal Supremo quien opina que “a la genérica “omisión del deber de socorro”, se añade una normativa específica consagrada a las omisiones en que puedan incurrir los profesionales sanitarios cuando pueda considerárseles obligados a la prestación de determinada asistencia o al atendimento de unos servicios sanitarios”. La incorporación de estos tipos penales omisivos, según Soto Nieto, “obedecen al propósito de salvaguarda y protección de la vida e integridad corporal”. En su opinión, “sólo se traspone el umbral del área penal cuando de la denegación o abandono se derive riesgo grave para la salud de las personas”.

El Magistrado considera que “estamos ante un delito especial impropio, el tipo penal se vuelca y configura sobre el precedente artículo 195, en cuanto partimos de

un sujeto activo profesional sanitario (médicos particularmente, no quedando fuera los ATS, Auxiliares de Enfermería, etc.). La conducta típica viene constituida por una omisión pura o simple, denegar la asistencia sanitaria o abandonar los servicios sanitarios, sobre la base de concurrencia del doble requisito de índole normativo: que el médico o profesional sanitario esté obligado a prestar la asistencia requerida o a desempeñar el servicio del que hace delación, y que tales vacíos de auxilio comporten un riesgo grave para la salud de las personas”.

Según la tesis defendida por Soto Nieto, “el colectivo que el personal sanitario representa estará ‘obligado’ a prestar asistencia sanitaria o a permanecer en su servicio, conforme a la regulación administrativa sanitaria vigente”. Finalmente, Francisco Soto concluyó su ponencia afirmando que “el legislador no hace objeto de especial valoración o cualificación a toda denegación, sino a la que representa una estimable o relevante contingencia para la salud”.

José Manuel Martínez-Pedra, Magistrado de la Sala 2ª del Tribunal Supremo, abordó *La Minoría Madura* y afirmó que “el Consentimiento Informado del menor maduro dista de ser claro, ya que, por lo general, a medida que aumenta la edad, entre al menos los dos polos de los 16 a los 18 años, aumenta el grado de madurez, pero existen excepciones de menores maduros antes de esa



edad y de otros inmaduros en las proximidades de la mayoría de edad”.

Según Martínez-Pereda, “la propia madurez cronológica o psicológica no puede ponderarse más que en relación de las circunstancias concretas y con la importancia de la decisión que se exige. Pero donde hay que poner el acento es en la discordancia del menor maduro, cronológica y psicológicamente, con sus padres o tutores respecto a una concreta intervención o tratamiento terapéutico concreto”.

El Magistrado de la Sala 2ª del Tribunal Supremo concluyó su ponencia diciendo que en éste, como en todos los temas jurídicos, se trata de una cuestión de límites. “Nos movemos en zonas de penumbra o imprecisión y entiendo que el menor maduro que haya alcanzado los dieciséis años puede decidir y consentir por sí intervenciones y tratamientos que no revistan peligro manifiesto y grave, (...) ya que su capacidad como menor maduro cubre con su consentimiento tales actos sanitarios”, matizó Martínez-Pereda.

Por su parte, Joan Monés Xiol, presidente de la Comisión Deontológica del Colegio Médico de Barcelona, manifestó en su ponencia que “la relación médico-paciente no es fácil. Uno de sus aspectos más importantes es una buena información, cuestión que el profesional tiene a veces menos presente, al estar más atento a los complejos problemas diagnósticos

y preocupado por llegar a una acertada decisión terapéutica”.

Isidoro Blanco Cordero, Doctor en Derecho, centró su ponencia en la responsabilidad del médico por la omisión o el exceso de información terapéutica. Para él, “no es aconsejable una ampliación desmesurada de la obligación de información”, ya que esto podría provocar lo que se conoce como “medicina defensiva”. Según él, “se han de establecer limitaciones a esta obligación, pues el

médico no puede informar de todos y cada uno de los efectos secundarios de un medicamento; sólo son exigibles al médico las informaciones estrictamente necesarias para lograr el tratamiento óptimo del concreto paciente”.

Blanco Cordero explicó que, “sólo es admisible la información que posibilita un tratamiento óptimo del paciente que es peligrosa para su estado psíquico, cuando las consecuencias de la ausencia de tratamiento sean más graves que los peligros para la salud psíquica del paciente ligados a la información”.

El IV Congreso Nacional de Derecho Sanitario dedicó algunas de sus ponencias al debate de diferentes temas de actualidad, entre ellos cabe mencionar los aspectos penales, civiles, constitucionales y contencioso-administrativos de la sanidad ante las nuevas tendencias jurisprudenciales, y los aspectos del Derecho y las titulaciones sanitarias dentro de la perspectiva médico-colegial y desde el punto de vista de la administración pública.

También se desarrolló una reflexión sobre las nuevas formas de gestión sanitaria desde la perspectiva del Insalud y según la visión médico-colegial y médico-sindicalista.

Después de tres exitosas jornadas científicas, este IV Congreso Nacional de Derecho Sanitario fue clausurado oficialmente por Luís Martí Mingarro, decano del Ilustre Colegio de Médicos de Madrid.

IV CONGRESO NACIONAL DE DERECHO SANITARIO



Patrocinado por la

Asociación Española de Derecho Sanitario

MADRID

23, 24 y 25 de Octubre de 1997

Sede: Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid

Saturnismo

INTOXICACIÓN POR PLOMO

El saturnismo o intoxicación por plomo, cuyo nombre procede directamente del latín *saturnus* (plomo), es una de las enfermedades profesionales más comunes en España. Como cada vez hay una mayor aplicación industrial del plomo, también es una intoxicación cada vez más frecuente. El plomo produce una acción tóxica en el organismo que se manifiesta en una serie de síntomas neurológicos y que tiene como característica principal el cólico saturnino, con fuertes dolores abdominales.

El plomo puede llegar al organismo por tres vías: la digestiva, ya que se puede tragar el polvo que contiene partículas de este metal; la inhalación, el aire contaminado con plomo llega a los pulmones; y el contacto. En un ambiente cargado de plomo se cojuntan las tres vías. El enfermo de saturnismo pierde el apetito, manifiesta palidez, dolores fuertes de cabeza, mareos, vértigos y cólico, con dolor abdominal.

Todos estamos expuestos a la acción del plomo, especialmente los niños que son los más susceptibles de contraer la enfermedad.

En España no hay datos concretos pero se puede calcular que, al menos, el 5% de los niños tiene índices elevados de plomo en la sangre. Por ello, la Comisión Europea pondrá en vigor una normativa para limitar el contenido de plomo en el agua a 10 mgr por litro para prevenir el saturnismo.

N

oticias
del Mundo
Médico



LA ENFERMEDAD DEL BESO

La mononucleosis infecciosa se conoce popularmente como “enfermedad del beso”, debido a que uno de sus mecanismos de contagio —aunque no el único— es a través de la saliva. Es una enfermedad vírica de desarrollo benigno padecida exclusivamente por los humanos, especialmente los niños y los jóvenes. Los síntomas que presenta son la aparición de ganglios en el cuello y la nuca, acompañados de fiebre y un estado general de cansancio.

También podemos resultar contagiados mediante transfusiones sanguíneas, usando vasos, cubiertos y otros objetos de uso personal o al compartir jeringuillas.

La mononucleosis infecciosa suele manifestarse una semana después de contagiarnos por la infección. Es entonces cuando aparecerán unos ganglios de 3 a 4 cm. de diámetro localizados en la nuca, detrás de las orejas y en las caras laterales del cuello.

La fiebre suele ser alta, pero desaparece al cabo de ocho o diez días. Por el contrario, los ganglios duran al menos unas cuatro

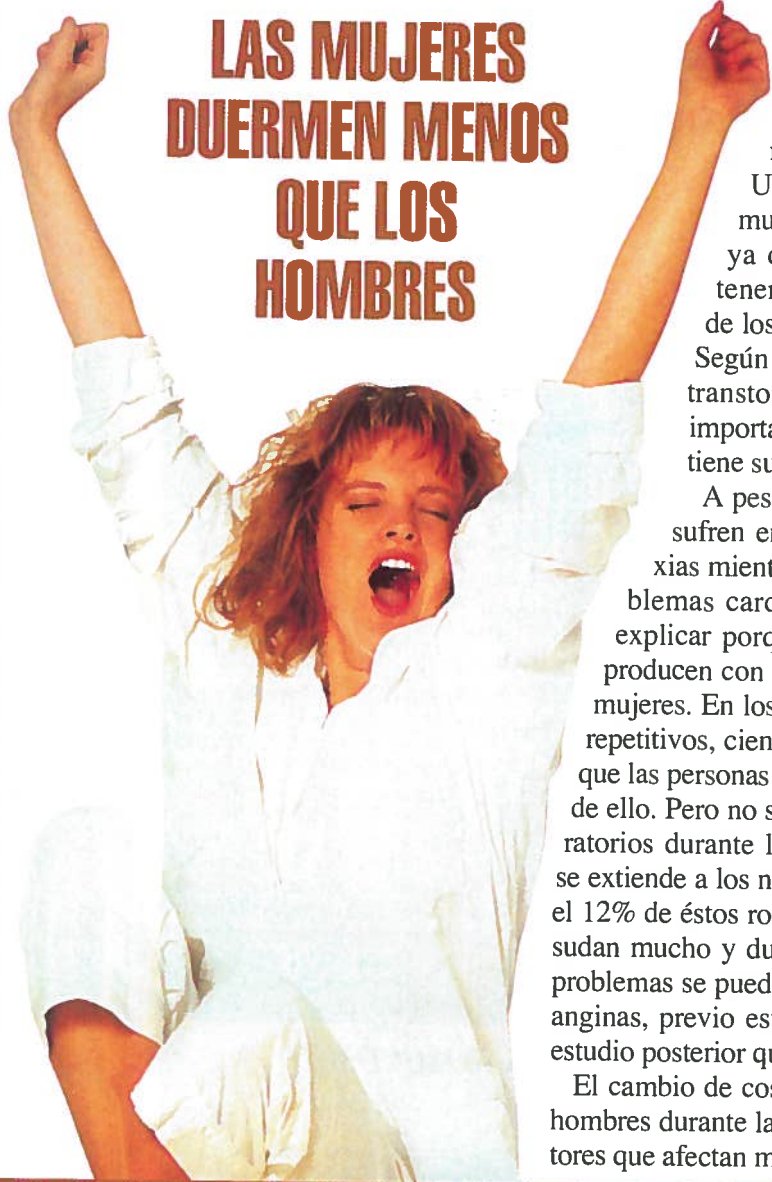
semanas. Durante el transcurso de la enfermedad también se inflaman el hígado y el bazo.

Es fácil confundir la mononucleosis con un proceso gripal. De todos modos, el médico, además de los síntomas clínicos, dispone de un análisis de sangre conocido como reacción de Paul Brunnel.

ADIÓS a los RONQUIDOS



LAS MUJERES DUERMEN MENOS QUE LOS HOMBRES



El doctor Joaquín Durán, neumólogo del Hospital de Txagorritxu, en Vitoria, ha revelado, en un estudio realizado por la Unidad de Sueño de dicho hospital, que las mujeres descansan menos que los hombres, ya que más del 23% de ellas se quejan de tener sueño durante el día, frente a un 14% de los hombres que padece hipersomnia diurna. Según este doctor, “hay mucha gente que padece trastornos respiratorios durante el sueño y es importante aprender a dormir, porque es algo que tiene sus reglas”.

A pesar de estos datos, son los hombres los que sufren en mayor medida apneas y sucesivas asfixias mientras duermen, lo que puede derivar en problemas cardiovasculares. No hay unanimidad para explicar porque este tipo de trastornos nocturnos se producen con más frecuencia en los hombres que en las mujeres. En los adultos las apneas se presentan en ciclos repetitivos, cientos de veces durante la noche y provocan que las personas se despierten, aunque no sean conscientes de ello. Pero no sólo los adultos padecen trastornos respiratorios durante las horas de sueño, el problema también se extiende a los niños. El estudio revela que entre el 10% y el 12% de éstos roncan, les cuesta respirar durante el sueño, sudan mucho y durante el día se muestran inquietos. Estos problemas se pueden solucionar con una intervención de las anginas, previo estudio del sueño, y comprobando en otro estudio posterior que el problema ha desaparecido.

El cambio de costumbres y el nuevo ritmo de vida de los hombres durante las últimas décadas son algunos de los factores que afectan más directamente al hábito de dormir.

Las personas que roncan pueden terminar ya con esta molesta enfermedad gracias a una simple operación de láser. El responsable de este importante hallazgo es el jefe de Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Clínico de Salamanca, Agustín Del Cañizo.

Según Del Cañizo, el 85% de las personas que roncan dejan de hacerlo tras ser intervenidos con láser en el velo del paladar. Además, la recuperación es inmediata ya que la duración de las operaciones oscila entre los 10 y 20 minutos.

La operación consiste en ampliar el orificio de entrada del aire con una pequeña incisión y tiene una recuperación inmediata. Este tipo de intervenciones quirúrgicas están aconsejadas para aquellos que manifiestan “ronquido simple”, provocado por una obstrucción de las vías respiratorias por el paladar.

Este catedrático de Otorrinolaringología aplica esta técnica en pacientes cuya causa es faríngea, pero asegura que en la mayoría de los casos de ronquidos es suficiente con que los pacientes adelgacen para evitar estos molestos síntomas de obstrucción, que van ligados en la mayoría de los casos con la apnea de sueño u obstrucción que impide completamente el paso de aire durante unos segundos.

Las principales causas de agravamiento de la patología, que lleva a sufrir crisis de apnea casi continuas durante la noche, son la edad y el sobrepeso. Estas crisis hacen que los pacientes se sientan cansados al despertarse, pues a su sangre no ha llegado la suficiente cantidad de oxígeno durante el descanso nocturno. Según Del Cañizo, todos estos problemas de apnea “se pueden evitar totalmente con la cirugía láser”.



PROTOCOLO DE REDACCIÓN

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

- Los escritos deben ser inéditos y de tema libre.
- Los originales deberán presentarse en formato DIN A4 en una plana, mecanografiada a doble espacio, en castellano y con margen lateral, superior e inferior. Las páginas deben ir numeradas. No podrán exceder los diez folios.

- Irán precedidos de un resumen de no más de quince líneas en el que se expongan el planteamiento general del trabajo.
- La bibliografía debe incluir invariablemente el nombre del autor del libro, la editorial, fecha y lugar de publicación.
- Se añadirá junto al trabajo todo el material gráfico y fotográfico (papel o diapositiva) que se considere oportuno como complemento al texto. Se evitará enviar fotocopia de los gráficos.
- Los autores deben adjuntar los siguientes datos: nombre completo del autor o autores, titulación, empleo o cargo actual, dirección y teléfono de contacto.



BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN A *NOSOCOMIO*

DATOS PERSONALES

APELLIDOS Y NOMBRE

DIRECCIÓN POBLACIÓN

PROVINCIA C.P. TELÉFONO D.N.I.

DATOS BANCARIOS (*Cumplimentar sólo no afiliados*)

Muy Sres. míos:

Ruego a ustedes que en lo sucesivo y, hasta nueva orden, hagan efectivos los recibos que presente la Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería en concepto de suscripción a *NOSOCOMIO*.

APELLIDOS Y NOMBRE DEL SUSCRIPTOR

TITULAR DE LA CUENTA

BANCO CAJA DE AHORROS

CÓDIGO CUENTA CLIENTE (C.C.C.)									
ENTIDAD		Sucursal		D.C.		N.º CUENTA			

DIRECCIÓN

POBLACIÓN PROVINCIA C.P.

..... a de 199 Firma

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

AFILIADOS 700 ptas., NO AFILIADOS 1.100 ptas.

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

NOSOCOMIO C/ Alcántara, 5, 6º. Izda. 28006 Madrid

Tarifa de afiliados para Bibliotecas, empresas e instituciones podrán hacer efectiva la tarifa mediante

Talón bancario Domiciliación Cheque bancario (nominativo) adjunto n.º Banco/Caja

NOSOCOMIO C/ Alcántara, 5, 6º Izda. 28006 Madrid

- NO AFILIADOS
 AFILIADOS

Ana M^º García
Alba Oñoro
Angela Monasor

Servicio de Nefrología
Hospital General Universitario
Guadalajara

ESTUDIO DEL GRADO DE DEPENDENCIA EN EL AUTOCUIDADO DE LOS PACIENTES EN HEMODIÁLISIS

Los obstáculos a los que se ve sometido el enfermo con IRC (Insuficiencia Renal Crónica) son diversos a menudo, incluso, aparentemente banales, pero siempre complicados de superar.

Salir de la maraña de problemas que conlleva su enfermedad desde el punto de vista sanitario, psicológico, social, etc. puede depender a veces de la ayuda que encuentre en el profesional de enfermería; otras veces en unión con otros como asistente social, psicólogo a la hora de establecer programas de educación sanitaria o estrategias terapéuticas sobre el autocuidado integral, con el fin de lograr el grado de independencia que le permita al paciente llegar a un nivel óptimo de bienestar.

El presente estudio se realizó con 43 pacientes de los 48 que son tratados periódicamente en nuestra unidad de hemodiálisis.

El objetivo prioritario era analizar mediante encuestas programadas la percepción que tenían estos pacientes para cubrir sus necesidades básicas, englobando éstas para su comprobación en varias categorías: necesidades fisiológicas, necesidades sociales, necesidades psicológicas y necesidades de conocimiento de su enfermedad.

Los resultados obtenidos demostraron que tan sólo un tercio de los pacientes encuestados percibe que tiene cubiertas sus necesidades de modo satisfactorio y que no existe ningún factor que por sí sólo determine una dependencia o independencia en el autocuidado de estos pacientes, sino que todas las variables se interrelacionan para satisfacer sus necesidades.

Cualquier estrategia terapéutica encaminada a mejorar la calidad asistencial de estos pacientes debe tener en cuenta la realidad bio-psico-social de cada uno de ellos.

INTRODUCCIÓN

Cualquier persona, sana o enferma, aspira a tener cubiertas sus necesidades básicas que definimos como aquellas que se precisan para mantener la estabilidad fisiológica y psicológica.

A lo largo de la historia se han establecido muchas clasificaciones de las citadas necesidades. Así, en 1958 H. Dunn presentó una serie de categorías entre las que se encontraban la supervivencia o el

crecimiento. Más tarde, en 1970, Maslow incluyó los términos de necesidad fisiológica y psicológica, agrupándolas en una pirámide, que Kalish adaptó en 1977 al incluir otras necesidades básicas de los seres humanos.

En este estudio hemos valorado las características especiales de un enfermo con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento con hemodiálisis, englobando sus necesidades básicas en las siguientes categorías:

- Necesidades fisiológicas.
- Necesidades sociales.
- Necesidades psicológicas.
- Necesidades del conocimiento de su enfermedad.

Respecto al primer grupo, definimos las necesidades fisiológicas como aquellos requerimientos básicos de supervivencia para mantener la estabilidad y la vida.

En las psicológicas incluimos conceptos como la autoestima, la capacidad para decidir sobre su

vida o para solucionar problemas cotidianos.

En cuanto a las necesidades sociales, valoramos principalmente la disposición de estas personas para establecer relaciones interpersonales con sus familiares, amigos, el personal de la unidad, etc...

Definimos el término dependencia como la necesidad de ser ayudado por alguien, para realizar las actividades de la vida cotidiana. En la medida en que el enfermo con IRC es capaz de cubrir sus necesidades básicas por sí mismo resultará una persona independiente o dependiente de las personas que le atiendan.

La función del personal de enfermería en el autocuidado, según el modelo conceptual de D. Orem, es proporcionarle la ayuda necesaria para mantener un control individual sobre su propio patrón de vida, tanto en individuos enfermos como en sanos.

OBJETIVOS

— Valorar la autonomía que perciben los pacientes en tratamiento con hemodiálisis, para cubrir sus necesidades básicas, desde un punto de vista integral como ser bio-psico-social.

— Determinar la influencia de diferentes factores en su grado de dependencia.

— En función de los resultados obtenidos, considerar qué enfermos podrían ser subsidiarios de ayuda en su autocuidado.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo puntual en el tiempo durante los meses de Abril y Mayo de 1996, con 48 pacientes con IRC en tratamiento con hemodiálisis periódica en ese momento.

Fueron excluidas cinco personas del total de pacientes, de los cuáles, dos no dieron consen-

timiento para ser encuestados y dos más quedaron al margen del estudio, por llevar en diálisis menos de un mes, y una última persona por considerarla incapaz para una comunicación efectiva paciente-personal de enfermería.

De los 43 pacientes estudiados, 28 eran varones y 15 hembras. La edad media era de $57,18 \pm 14,70$ años (rango 21-80 años).

Su tiempo medio de estancia en hemodiálisis era de $52,84 \pm 43,36$ meses (rango 2-186 meses).

El estado civil de los pacientes encuestados fue 30 casados, 11 solteros, 2 viudos y ningún separado.

La media del número de hijos fue $1,69 \pm 1,6$ (rango 0-5 hijos).

La distribución de la población fue similar en la valoración de su hábitat (rural, urbano), 21 pacientes residían en zonas rurales y 22 en ciudad.

La metodología utilizada en el estudio fue la siguiente:

1.— Se elaboró un cuestionario de preguntas con tres respuestas posibles: SI-NO-CON AYUDA. (fig.1).

2.— El personal de enfermería se reunió previamente para unificar criterios y disminuir posibles errores derivados de la variabilidad individual al realizar las encuestas.

3.— Las cuestiones relativas a las necesidades básicas de cada paciente fueron agrupadas en cuatro categorías:

- Fisiológicas.
- Sociales
- Psicológicas.
- Conocimiento de su enfermedad.

Las preguntas fueron simplificadas al máximo, para lograr el entendimiento de todas las personas encuestadas.

4.— Además de los datos subjetivos derivados de las respuestas de los pacientes a nuestro cuestionario, se incluyeron datos

objetivos, recogidos de la historia clínica de cada persona.

5.— A cada premisa de la encuesta se le asignó una puntuación (3,1,2) de acuerdo con la contestación expresada:

- 3 para las respuestas positivas.
- 1 para las respuestas negativas.
- 2 para las respuestas con ayuda.

6.— Se definió la dependencia o independencia de cada paciente según los criterios expuestos en la tabla 1.

7.— Para la asignación de los pacientes como dependientes o independientes analizamos los resultados obtenidos en la valoración global de las necesidades. Les consideramos dependientes cuando tienen:

- Dos o más respuestas malas.
- Tres o más respuestas regulares.
- Dos respuestas regulares y una mala.

Los resultados se expresaron como media \pm desviación estándar. El estudio estadístico se realizó aplicando los tests de la Chi cuadrado y la T de Student, con el programa R-sigma de Horus Hardware.

RESULTADOS

Las necesidades fisiológicas estaban cubiertas de manera satisfactoria en un 37,20% de los pacientes, de forma regular en un 34,88% y no estaban cubiertas en un 27,90% (fig. 2).

En cuanto a las necesidades sociales, la percepción era buena en un 34,88%, regular en un 53,48% y mala en un 11,62% (fig. 3).

Un 41,86% cree tener cubiertas sus necesidades psicológicas, idéntico porcentaje de forma regular, y el 16,27% mal (fig. 4)

Por último, un 62,79% percibe un buen conocimiento de su enfermedad, un 30,23% cumplen

ENCUESTA SOBRE NECESIDADES BÁSICAS

NOMBRE DEL ENFERMO:

MUJER-HOMBRE:

EDAD:

CASADO: SOLTERO:

HJOS SI: NO:

Nº DE HIJOS:

TIEMPO EN DIÁLISIS:

VIVE EN MEDIO RURAL: URBANO:

1.— NECESIDADES FISIOLÓGICAS: SI NO CON AYUDA

1.1.— ALIMENTACIÓN:

— ¿Puede comer solo? SI NO CON AYUDA
 — ¿Puede masticar y tragar? SI NO CON AYUDA
 — ¿Utiliza los cubiertos sin dificultad? SI NO CON AYUDA
 — ¿Es capaz de comprar y cocinar? SI NO CON AYUDA
 — ¿Sigue el régimen de alimentación? SI NO CON AYUDA

1.2.— HIGIENE PERSONAL

— ¿Se viste y se desnuda solo? SI NO CON AYUDA
 — ¿Se ducha y/o se lava solo? SI NO CON AYUDA
 — ¿Puede lavarse los dientes? SI NO CON AYUDA
 — ¿Puede proporcionarse los utensilios? SI NO CON AYUDA

1.3.— ELIMINACIÓN:

— ¿Puede ir al aseo? SI NO CON AYUDA
 — ¿Tiene dificultad para la defecación? SI NO CON AYUDA
 — ¿Orina? SI NO CON AYUDA

1.4.— MOVILIDAD FÍSICA:

— ¿Puede andar solo? SI NO CON AYUDA
 — ¿Tiene fuerza en los brazos? SI NO CON AYUDA
 — ¿Tiene fuerza en las piernas? SI NO CON AYUDA
 — ¿Sale fuera de su casa solo? SI NO CON AYUDA
 — ¿Pasea por su barrio solo? SI NO CON AYUDA
 — ¿Le gusta andar? SI NO CON AYUDA

1.5.— SUEÑO-DESCANSO:

— ¿Duerme bien? SI NO CON AYUDA
 — ¿Cuántas horas duerme? SI NO CON AYUDA
 — ¿Suele tener insomnio? SI NO CON AYUDA
 — ¿Necesita tomar algo para dormir? SI NO CON AYUDA

2.— NECESIDADES SOCIALES

— ¿Con quién vive? SOLO FAMILIA RESIDENCIA
 — ¿Se relaciona con su familia? SI NO

+ 1 vez por semana
 - 1 vez por semana
 - 1 vez por mes.

— ¿Tiene los mismos amigos que antes de padecer la enfermedad? SI NO

— ¿Le apetece salir con sus amigos? SI NO

— ¿Sale tan amenudo como antes de padecer la enfermedad? SI NO

— ¿Qué estudios tiene? SI NO

— Analfabeto (preguntar leer y escribir).

— Analfabeto

— Primarios.

— Secundarios.

— Universitarios.

— ¿Trabaja? SI NO

— Si es NO, ¿Desearía volver a trabajar? SI NO

— ¿Tiene algún tipo de afición? SI NO

— ¿Qué tal se lleva con los otros enfermos de HD? BIEN MAL INDIF.

— ¿Qué tal se lleva con el personal de la Unidad? BIEN MAL INDIF.

3.— NECESIDADES PSICOLÓGICAS

— ¿Ha ido a la consulta del psicólogo o psiquiatra? SI NO

— ¿Toma alguna pastilla mandada por él? SI NO

— ¿Se encuentra solo? SI NO

— ¿Vive bien desde que está enfermo? SI NO

— ¿Se encuentra deprimido? SI NO

— ¿Le cuesta mucho venir a HD? SI NO

4.— NECESIDAD DE CONOCIMIENTO DE SU ENFERMEDAD

— ¿Sabe cuál es su peso? SI NO

— ¿Lo vigila? SI NO

— ¿Conoce su medicación? SI NO

— ¿Sabe por qué toma cada cosa? SI NO

— ¿Cumple el tratamiento médico? SI NO

— ¿Conoce el régimen de alimentación adecuado? SI NO

— ¿Lo cumple? SI NO

ALGUNAS

FIG. 1

NECESIDADES FISIOLÓGICAS

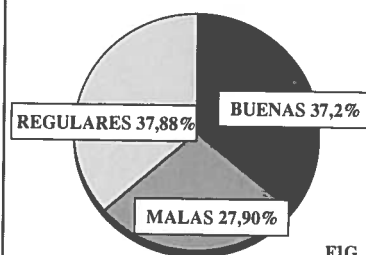


FIG. 2

NECESIDADES SOCIALES

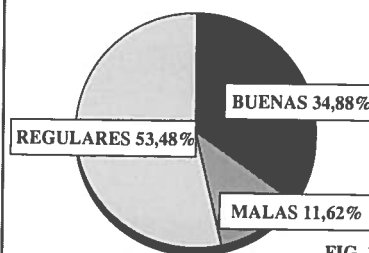


FIG. 3

NECESIDADES PSICOLÓGICAS

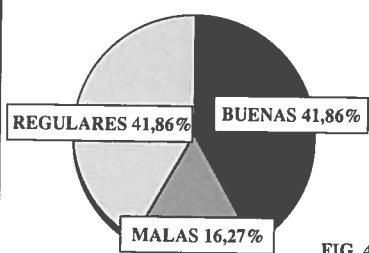


FIG. 4

CONOCIMIENTO ENFERMEDAD

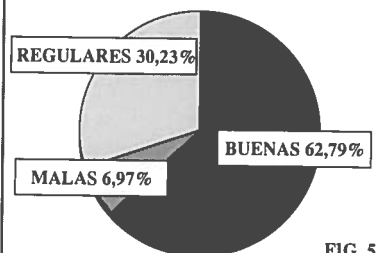


FIG. 5

de manera regular esta necesidad, y un 6,97% consideran hacerlo mal (fig. 5).

Según los criterios establecidos previamente de los 43 pacientes, 24 son independientes y 19 dependientes.

Haciendo una valoración de las necesidades, la edad de los pacientes tuvo influencia en la percepción de las áreas social y psicológica (Tabla 2).

TABLA 1: VALORACIÓN DE NECESIDADES

	BUENA	REGULAR	MALA
FISIOLÓGICAS	>65	60-65	<60
SOCIALES	>19	15-19	<15
PSICOLÓGICAS	>16	14-16	<14
C. ENFERMEDAD	>17	15-17	<15

TABLA 2: VALORACIÓN DE NECESIDADES SEGÚN LA EDAD

	BUENA	REGULAR	MALA
FISIOLÓGICAS	56,1 ± 16	57,5 ± 13	58,2 ± 16
SOCIALES	50,3 ± 16	59,8 ± 14	67,4 ± 3**
PSICOLÓGICAS	53,8 ± 18	57,4 ± 13	65,1 ± 7*
C. ENFERMEDAD	57,1 ± 15	56,8 ± 16	60,2 ± 7

*p>0,05 **p<0,01 vs Buena

TABLA 3: VALORACIÓN DE NECESIDADES SEGÚN TIEMPO DE ESTANCIA EN DIÁLISIS

	BUENA	REGULAR-MALA
FISIOLÓGICAS	56,8 ± 45	41,1 ± 38
SOCIALES	48,4 ± 38	55,0 ± 46
PSICOLÓGICAS	59,3 ± 44	48,2 ± 43
C. ENFERMEDAD	58,3 ± 47	43,7 ± 35

Los pacientes con buena percepción de sus necesidades psicológicas tenían un menor tiempo de estancia en hemodiálisis (Tabla 3).

No encontramos diferencia al valorar las variables del sexo, número de hijos, estado civil, nivel de estudios, tipo de convivencia ni relación con los amigos.

Al agrupar a los pacientes como dependientes o independientes, encontramos que el número de hijos era mayor en los considerados como dependientes ($2,2 \pm 1,7$ frente a $1,3 \pm 1,5$ hijos) aunque no de manera significativa.

DISCUSIÓN

Aunque cada vez se están realizando más estudios sobre la calidad de vida en los pacientes en hemodiálisis, no hemos encontrado ninguno que analice la percepción de los pacientes sobre su realidad bio-psico-social.

Nuestro estudio analiza la percepción de los pacientes tratados con hemodiálisis para cubrir sus necesidades básicas en varios aspectos que creemos fundamentales.

Aunque la percepción subjetiva de una situación debe contrastarse con la realidad personal, cualquier estrategia terapéutica encaminada a mejorar la calidad asistencial debe tener en cuenta estos factores subjetivos.

Aproximadamente solo un tercio de los pacientes percibe que tiene cubiertas las necesidades fisiológicas, psicológicas y sociales de un modo satisfactorio.

Estos resultados, aunque incipientes, pueden indicar que nuestros pacientes son un grupo prioritario en cuanto al establecimiento de estrategias terapéuticas que involucren a otros profesionales como asistentes sociales o psicólogos.

Llama la atención que a pesar de tener nuestra serie un porcentaje elevado de personas solteras y viudas, la percepción global del grupo sobre necesidades psicológicas y sociales es mala en un porcentaje relativamente reducido de casos, al contrario de como sucede en la población general.

La percepción alterada en estos dos aspectos fue peor en los pacientes de mayor edad, llamando de nuevo la atención el hecho de que la edad no influyó en la percepción de las necesidades fisiológicas.

Todas las variables estudiadas nos parecen representativas a la hora de valorar el grado de autocuidado. Creemos importante una valoración periódica de la dependencia de los pacientes, ya sea mediante encuestas subjetivas o desde el punto de vista objetivo de su estado general.

Al ser un estudio realizado en un momento puntual, no tenemos anteriores valoraciones para poder establecer una comparación, por lo que nos parece adecuado el trabajo realizado para identificar a los pacientes subsidiarios de nuestra ayuda, en la consecución de su independencia, es decir, un nivel óptimo de bienestar.

CONCLUSIONES

Aunque es una realidad que los pacientes estudiados no son personas totalmente autónomas, muchos de ellos se creen independientes en el autocuidado porque se han adaptado favorablemente a sus limitaciones.

No existe ningún factor que por sí solo determine una dependencia o independencia en el autocuidado de estos pacientes, sino que todas las variables se relacionan conjuntamente para lograr la satisfacción de sus necesidades.

El papel de los profesionales de enfermería es importante a la hora de realizar programas de educación sanitaria centrados en el autocuidado integral de los pacientes con IRC, para lograr un grado de independencia del enfermo, valorando todas sus características individuales.

BIBLIOGRAFÍA

1.— DUNN, H.H.: "What high level wellness means", *Canadian Journal of Public Health*, 50, 447-57, 1958.

2.— MASLOW, A.H.: *Towards a psychology of being*, 2ª ed. N.Y. Van Nostrand Reinhold, 1968.

3.— KALISH R.A.: *The psychology of human behaviour*, 4ª ed. Belmont, Calif.: Wadsworth publishing Co., 1977.

4.— OREM D.E.: *Nursing: Concepts of practice*, 2ª ed. N.Y. Mac Graw-Hill Book Co., 1980.

5.— HEIERLE C.: *Indicadores de calidad de vida*, Rol 150: 13-17, 1987.

6.— ROY, C.: *Introduction to nursing: An adaptation model*, Englewood Cliffs, N.Y. Prentice-Hall, 1976.

7.— SELYE, H.: *The stress of life*, Rev. ed. N.Y. Mac Graw-Hill Book Co.

8.— LLACH y VALDERRÁBANO: *Insuficiencia Renal Crónica*, 46, 1064-1068, Ed. Norma, 1990.

CUIDADOS BÁSICOS DE TRAUMATISMOS CRANEOENCEFÁLICOS

Pilar Martínez Atienza

Auxiliar de Enfermería del Hospital Infanta Cristina de Badajoz

Se debe entender como traumatismo craneoencefálico aquella situación en que por la acción de un agente mecánico externo se produce una alteración de las estructuras craneales e intracraneales.

En la práctica clínica y salvo excepciones esto se traduce en pérdida de conciencia de mayor o menor duración.

La pérdida de conciencia independientemente de su duración es el hecho definitorio de TCE. Las lesiones del cuero cabelludo (contusiones, erosiones y heridas) que no se acompañan de pérdida de conciencia en algún momento, de sintomatología neurológica, o de lesión de los huesos del cráneo no se deben conceptualizar como TCE.

Las lesiones encefálicas aunque raramente puedan causar sin manifestaciones neurológica se traduce en síntomas de disfunción global.

La manifestación más importante de la disyunción global encefálica es la pérdida de conciencia.

Es importante diferenciar la amnesia postraumática (pérdida de conciencia recuperada) con la disfunción global encefálica (pérdida de conciencia).

La pérdida de conciencia instaurada es lo que se denomina "coma".

LA ESCALA DE COMA DE GLASGOW

La escala de coma de Glasgow en un sencillo modo de valorar la severidad de los TCE. Aunque no tiene en cuenta aspectos de la exploración neurológica tradicionalmente considerados de gran importancia (pupilas, respiración, existencia de localidades, motilidad extraocular, etc..) tiene el gran valor de que es fácilmente aplicable por todo tipo de personal sanitario con poca variabilidad interobservador, y lo más importante, se ha demostrado que tiene un gran valor pronóstico en los TCE.

Se valoran tres tipos de respuestas:

- 1) Apertura de ojos.
- 2) Mejor respuesta motora.
- 3) Respuesta verbal.

Apertura de ojos (O)

Espontánea	4
A la palabra	3
Al dolor	2
No apertura	1

Mejor respuesta motora (M)

Obedece	6
Localiza dolor	5
Retirada al dolor	4
Flexión anormal	3
Extensión	2
No movimientos	1

Respuesta verbal (V)

Orientada	5
Confusa	4
Palabras inapropiadas	3
Sonidos incomprensibles	2
No respuesta verbal	1

Puntuación = (M+V+O) = De 3 a 15 puntos

¿QUÉ SE ENTIENDE POR TCE GRAVE?

Es difícil clasificar los TCE en una escala de gravedad ya que los parámetros para determinar esta gravedad son múltiples.

Definimos como TCE graves aquel que se sigue de al menos seis (6) horas de "coma", bien inmediatamente después del traumatismo o después de un intervalo de lucidez completa o relativa.

No se pretende decir que seis (6) horas represente un intervalo de significado biológico importante, sino que es el intervalo durante el cual se han podido llevar a cabo las medidas de resucitación iniciales.

CLASIFICACIÓN DE LOS TCE

GRADO 0 (CGS IS)

- No pérdida de conciencia.
- No alteraciones radiológicas.
- No síntomas neurológicos.

Estos pacientes serán enviados a casa con unas recomendaciones genéricas sobre los cuidados que deben observar.

Introducción

Todo paciente que ha sufrido un traumatismo craneal debe ser observado durante las siguientes 24 o 48 horas, valorando su situación general.

Signos de alerta

- Vómitos frecuentes.
- Tamaño desigual de las pupilas.
- Pérdida de visión.
- Convulsiones.
- Dolor de cabeza importante.
- Mareos.
- Disminución importante de fuerza en alguna extremidad.
- Sangrado por nariz u oídos.
- Salida de líquido claro por nariz.
- Disminución del nivel de conciencia.

Recomendaciones

- No tomar bebidas alcohólicas ni fumar.
- No realizar esfuerzos físicos importantes.
- Hacer reposo mental (no leer, no televisión).
- Hacer en las primeras 12-24 horas dieta exclusivamente líquida.

— Despertar al menos dos (2) veces al paciente en la noche siguiente al traumatismo y hacerle preguntas sencillas (nombre, domicilio, etc.), para conocer su nivel de conciencia.

GRADO-1 (CGS 14-15) (Conciencia normal)

- Pérdida transitoria de conciencia.
- Consciente, orientado y sin focalidades en urgencias.
- Cefalea, nauseas o vómitos.

Estos pacientes por regla general serán ingresados para observación en el área de observación de urgencias o en una planta de hospitalización.

Todos ellos serán sometidos a una vigilancia neurológica consistente en la valoración del estado de conciencia, estado de las pupilas y función motora. Ante cualquier deterioro clínico se avisará al Neurocirujano.

Una alternativa al ingreso de estos pacientes es hacer un TAC urgente y si éste es normal y no hay fractura de cráneo, puede ser enviado a casa con las mismas recomendaciones citadas en el TCE-0. Si aparecen nuevos síntomas se recomienda volver al hospital.

GRADO II (CGS 9-13) (Conciencia alterada)

- Disminución de conciencia, pero obedece órdenes sencillas.
- Puede estar alerta pero presenta déficit focal.

Estos pacientes tienen una lesión encefálica grave y deben ser ingresados en la unidad de Neurocirugía. Se debe obtener un TAC dentro de las primeras horas de evolución.

GRADO-III (CGS 9) (Comatoso)

— Incapaz de obedecer órdenes.

— Puede emitir palabras pero son inapropiadas.

— La mejor respuesta motora es localizadora.

Estos pacientes han sufrido una lesión encefálica de gran severidad y requieren:

— Intubación y ventilación mecánica inmediatas.

— Realizar TAC con carácter urgente.

Independientemente de que existan lesiones susceptibles de tratamiento quirúrgico o no, a todos ellos se les ingresará en UCI.

CUIDADOS DEL TCE GRAVE EN EL ÁREA DE URGENCIAS

Ante un paciente con TCE en grado-III (comatoso) en el área de urgencias se deben seguir una serie de pasos:

1) Inspeccionar la vía aérea y mantenerla permeable

Para lo anteriormente expuesto la A.E. debe tener preparado el material para intubación endotraqueal. El cual consta de:

— Laringoscopio.

— Tubo endotraqueal de diversos números para utilizar el adecuado.

— Revisado previamente el respirador automático.

— Venda de gasa para fijar el tubo.

— Guantes estériles.

— Medicación necesaria para estos casos (Pavulón, Valium), la

cual se encuentra en la sala de parada.

2) Control circulatorio

Colocar una vía venosa del mayor calibre posible y preferiblemente central. Para ello la A.E. tendrá preparados:

— Catéteres venosos periféricos (Abocath de diferentes calibres y catéteres centrales tipo Drum o subclavia), en este caso se necesitaban gasas estériles, antisépticos, jeringas, esparadrapos, apósitos, campo estéril y seda. Para fijar el catéter de subclavia.

— Sueros y sistema de goteros.

— Tubos necesarios para analítica urgente (Hemograma, Bioquímica, pruebas de coagulación, y gasometría).

Se monitorizará al paciente y la A.E. tendrá preparado el monitor cardíaco y los electrodos.

Simultáneamente a lo anterior se controlarán las constantes vitales, en este momento la A.E. deberá tomar la temperatura.

3) El paciente debe ser desnudado y lavado para una inspección posterior por parte del Facultativo para buscar otras lesiones asociadas

4) Se colocarán las sondas necesarias SNG y VESICAL

SNG

La A.E. tendrá preparada:

— SNG de diversos calibres.

— Guantes.

— Gasas.

— Lubricante.

— Esparadrapos.

— Jeringas de 50 cc. (cono ancho).

— Bolsa.

— Ganchos para sujetar bolsas.

Una vez realizada la técnica la bolsa deberá colocarse en un nivel inferior al paciente.

Como aclaración conviene añadir que el SNG está contraindicado en los TCE con traumatismo facial y con salida de LCR (Liquorra) por nariz, porque puede haber ruptura de etmoide y riesgo de introducir la SNG en cavidad craneal.

Sondaje VESICAL

Material necesario:

— Sondas uretrales de diferentes números.

— Paño estéril.

— Guantes estériles.

— Gasas estériles.

— Antisépticos.

— Lubricante urológico.

— Bolsa de orina.

— Jeringas con 10 cc., de suero fisiológico.

— Gancho para sujetar bolsa.

Una vez realizadas estas maniobras el paciente será trasladado al servicio de radiología para practicarle TAC.

Previamente la A.E. deberá tener preparado el respirador portátil.

Una vez realizado el TAC el paciente será trasladado a UCI.

CUIDADOS DEL PACIENTE CON TCE EN UCI

Se entiende por lo expuesto anteriormente que estos pacientes llegarán a la UCI entubados con SNG y sonda uretral.

Por sus condiciones, estos pacientes requieren unos cuidados que por ellos mismos no pueden realizar.

Los pacientes serán colocados en la cama en posición supina con el tronco elevado a 30º y la cabeza en posición neutra.

Se procederá a su aseo personal

— Se limpiará la cara con agua y sin utilizar jabón.

— Se procederá a limpiarles los ojos con suero fisiológico y gasas estériles.

— Se limpiará la boca utilizando una solución de oraldine.

— Se lubricarán los labios para evitar la formación de costras.

— Se limpiarán los oídos.

— Posteriormente lavaremos la zona superior del cuerpo, a continuación la parte inferior.

— Y, por último, los genitales con otra esponja diferente a la utilizada anteriormente.

— Para proceder a la limpieza de la sonda uretral utilizaremos una solución de armil para evitar posibles infecciones, las cuáles constituyen uno de los factores negativos más importantes en la evolución de los pacientes con un TCE grave.

— Se efectuarán cambios posturales cada dos (2) horas para evitar el desarrollo de úlceras por decúbito.

— Se protegerán los talones, previamente se hidratarán con aceite de almendra.

— Se procederá al mantenimiento del aspirador asegurándonos de su limpieza y vacío de secreciones. Es importante aclarar que las maniobras de aspiración al paciente se realicen de forma que éste no tosa o haga movimiento de lucha, que harían aumentar la P.I.C.

Vigilancia de los signos vitales

— Control de diuresis horaria: esto es sumamente importante,

pues el paciente puede hacer una DIABETES INSÍPIDA (Poliuria que excede a los ingresos en 250 cc. durante dos (2) horas seguidas o 1000 cc., en cuatro (4) horas).

— Control de balance hídrico.

— Control de temperatura: la realización de este control es sumamente importante. Se considera desfavorable un ascenso rápido de temperatura corporal, ya que la hipertermia hace que aumenten las necesidades metabólicas del encéfalo. Por tal motivo es importante conservar dicha temperatura por debajo de 38º.

— Taquicardia e hipotensión arterial pueden indicar hemorragias en otras zonas del cuerpo. Los signos de hipertensión intracraneal abarcan bradicardia, y presión sistólica creciente.

— Si la compresión encefálica hace que disminuya la circulación cerebral tiende a haber reversión de los signos vitales, es decir, taquicardias, taquipnea e hipotensión arterial.

— Si el paciente evoluciona favorablemente se procederá a la extubación. Cuando ya no requiera ventilación mecánica asistida se procederá a su traslado a la unidad de hospitalización especializada, es decir al servicio de Neurocirugía.

CUIDADOS DEL PACIENTE CON TCE EN NEUROCIRUGÍA

Logro y conservación del libre flujo de aire por vías respiratorias

— Con ventilación y oxigenación cerebral adecuada para ello.

Es muy importante que el paciente esté colocado en la cama con posición decúbito abdominal, con la cabecera de la cama elevada unos 30º para disminuir la PIC.

— Establecer técnicas eficaces de aspiración, pues las secreciones pulmonares ocasionan tos y maniobra de valsalva que aumenta la PIC.

Logro del equilibrio hidroelectrolítico

La lesión cerebral puede producir disfunciones metabólicas y hormonales.

Logro del estado nutricional adecuado

Las lesiones craneoencefálicas ocasionan cambios metabólicos que incrementan el consumo de calorías. Tan pronto se establece el cuadro clínico se ha de iniciar la alimentación nasogástrica.

Las medidas para evitar distensión, regurgitación y broncoaspiración están en la elevación de la cabecera de la cama y aspiración de la SNG antes de introducir los alimentos. Para regular la alimentación puede utilizarse una bomba de perfusión.

Las sondas suelen dejarse hasta que reaparece el reflejo de deglución.

Vistos estos cuidados básicos pasaremos a la labor de la A.E.

CUIDADOS DE LA A.E. ANTE UN PACIENTE CON TCE

— Ante la llegada de un paciente a la unidad de Neuro-

cirugía, la A.E. acompañará al mismo a su habitación y permanecerá con él hasta la llegada de los familiares.

— Comunicará al celador que coloque unas barandillas de seguridad hacia ambos lados de la cama con el fin de evitar que el paciente se caiga. Estas barandillas se acojinan con almohadones para que el paciente no se autolesione y no se produzca un desacodamiento de las ondas.

— Conviene no utilizar dispositivos de sujeción a menos que resulte indispensable, ya que el forcejeo contra ellos puede aumentar la PIC.

— La A.E. procurará que los estímulos ambientales se lleven a cabo al mínimo, para lo cual hay que conservar la estancia tranquila, limitar el número de visitantes, hablar con voz tranquila y orientar con frecuencia al enfermo señalándole el sitio en que está y las actividades que se les realiza en todo momento.

— La iluminación adecuada de la habitación puede prevenir alucinaciones visuales. No debe interrumpirse el ciclo del sueño y vigilia del enfermo.

— Ante la llegada de los familiares la A.E. tomará el primer contacto con ellos. Es primordial que el encuentro sea muy agradable, pues esa primera impresión quedará siempre en sus recuerdos. Se identificará ante ellos, les informará donde está el timbre para llamar y donde pueden depositar sus cosas. Les hará entrega de un manual informativo de las normas a seguir durante su estancia en esta unidad.

— Colaborará con el ATS en la apertura de una historia de ingreso del paciente en esta unidad.

— Ante un paciente con TCE y Traqueotomía deberá tener dispuesto una batea con:

- Sondas de aspiración.
- Guantes.
- Cánulas de un solo uso.
- Jeringas.
- Gasas estériles.
- Una ampolla de fluimucil.
- Paños verdes.

— Tendrá dispuesto un aspirador.

— Colocará un caudalímetro y gafas nasales.

— Procederá a la toma de temperatura y diuresis.

— Anotará al paciente en el libro de control de ingresos.

En definitiva, los cuidados del paciente con TCE grave en el servicio de Neurocirugía son los mismos llevados a cabo en UCI tanto en su higiene personal, como cambios posturales, etc...

**TRATO HUMANITARIO
DE LA A.E.
CON RESPECTO
AL ENFERMO
Y FAMILIARES**

Las lesiones craneoencefálicas graves producen un enorme estrés en la familia por los déficits físicos y emocionales que sufre el paciente de forma impredecible, y la altera-

ción de las relaciones interfamiliares.

Estos pacientes suelen plantear problemas para enfrentar los cambios de estado de ánimo, conducta y personalidad del enfermo.

Estas modificaciones se acompañan de desintegración de los vínculos familiares, pérdida de capacitación de trabajo, aislamiento social y sensación en la persona que atiende al enfermo de que está sujeta a las necesidades de éste.

Es factible que los familiares experimenten sentimientos como la ira, la pena, la vergüenza y la negación de forma repetitiva.

Debemos interrogarle sobre los cambios en la conducta y personalidad del paciente.

¿Cuál es el aspecto más difícil para sobrellevar o solucionar la situación?

Entre las intervenciones, se cuentan el aporte de información precisa y sincera a los miembros del grupo familiar, así como instarlos para que se centren en la búsqueda de metas bien definidas mutuas a corto plazo.

La orientación a los familiares les ayuda a superar sentimientos abrumadores de pérdida e impotencia, además de facilitarles el enfrentamiento a conductas inapropiadas.

Son diversos los grupos de apoyo en los que se pueden compartir estos problemas, lograr la mayor comprensión de sí mismo y obtener información sobre los recursos adicionales e institucionales de auxilio disponibles, además de ayudas para poder conservar expectativas y esperanzas realistas.

Al llevar a cabo todo esto habremos alcanzado nuestros objetivos.

PROCESO PSICOLÓGICO DEL PACIENTE RENAL EN DIÁLISIS

Isabel Montesinos Marisánchez
Auxiliar de Enfermería
Hospital General Universitario Guadalajara

Se han estudiado poco los aspectos psicológicos y vitales de los enfermos en general y en particular los tratados con Hemodiálisis. Los estudios suelen ser transversales y su información es solo puntual, siendo el carácter evolutivo el más interesante de estos estudios.

El objetivo de este trabajo fue analizar los períodos que siguen los enfermos renales a partir de su entrada en la Unidad de diálisis. Para ello me he basado en la observación directa de todos los pacientes que han pasado por esta Unidad a lo largo de 10 años. Este estudio puede ser utilizado también como una especie de ayuda del personal, para saber comportarnos ante estas situaciones que se van presentando, e intentar hacerles frente.

INTRODUCCIÓN

Este trabajo es un estudio intermedio, entre el enfermo renal como paciente externo, que no ha llegado a un fracaso renal total, y que dentro de unos límites, (dieta, consultas periódicas), hace una vida normal, y el restablecimiento y vuelta a la normalidad mediante el trasplante.

Es un estudio psicológico desde el punto de vista de aquellas personas que estamos en contacto con este tipo de enfermos, y que por medio de nuestra observación y experiencia vamos viendo el proceso de cambios experimentados en su comportamiento.

No es un estudio teórico en una Unidad de Diálisis. Es un trabajo

*Mi
PERSONALIDAD
es además de todo lo
que soy, todo aquello
que me pertenece.
Es todo lo que soy
hoy, con mi
conciencia y mi
cuerpo, es también lo
que fui ayer con mi
pasado y mis
recuerdos, es,
incluso, lo que quiero
ser mañana, con mi
futuro y mis
proyectos.*

basado en la observación al enfermo y su forma de reaccionar ante lo desconocido de algo en lo que "ÉL" se encuentra inmerso, y no puede eludir este protagonismo que además, ha de enfrentar en soledad.

No pretendo tampoco encasillar a todos los enfermos en las fases o períodos que voy a describir pues, como se puede comprender, su comportamiento ante el personal de la unidad, no será en ningún caso, demostración exacta de su sentimiento interno. Sólo saldrá a la luz una pequeña parte de lo que está pasando dentro de él.

Este estudio puede ser utilizado también como una especie de ayuda del personal, para saber comportarnos ante estas situaciones que se van presentando, e intentar hacerles frente.

Antes de introducirme en las fases, haré un poco de historia de como ha llegado el paciente hasta las sesiones de diálisis.

Después de una temporada (en algunos casos años, en otros meses, en otros días), de ser tratado en la Consulta Externa de Nefrología, con sus respectivos controles de analítica, dietas, etc., el enfermo va entrando en una fase terminal en la que se le va preparando para su entrada en diálisis.

En un principio, se le va informando del proceso progresivo de su enfermedad, para más tarde, prepararle físicamente, para lo que ya es inevitable: LA FÍSTULA. Naturalmente, ésta se hace con unos meses de antelación para que cuando sea necesaria su utilización, esté en perfectas condiciones.

Es ahora, cuando el paciente toma tímidamente contacto con el espacio físico de una Unidad de Diálisis, frecuenta las instalaciones para curarse la fístula, va conociendo algunos miembros del personal y ahora, aunque de una manera muy superficial, se va integrando en este mundo tan desconocido para él. Comienzan las primeras preguntas, aunque sin querer tomar conciencia que detrás de esa puerta, están los riñones artificiales y, porque no decirlo, su cama y su máquina, a la espera de su llegada.

Tenemos pues al paciente preparado para su pronta iniciación en el programa de diálisis, que será más o menos inminente a la vista de los informes analíticos.

OBJETIVOS

Describiré lo mas esquemáticamente posible las fases que

siguen los enfermos renales a partir de su entrada en la Unidad de Diálisis.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio basado en la observación directa de todos los pacientes que han pasado por esta Unidad de Diálisis a lo largo de 10 años.

FASES

- A. ¡SOLO MIEDO! → INFORMACIÓN
- B. ESTOY EN TUS MANOS → CONFIANZA
- C. ACEPTACIÓN RELATIVA → REALIDAD
- D. DESCONFIANZA → COMPRENSIÓN Y APOYO
- E. DESESPERACIÓN → PACIENCIA Y ESCUCHA
- F. ACEPTACIÓN AMARGA

DISCUSIÓN

A. SÓLO MIEDO

En esta primera fase, nos encontramos con el paciente al que le ha llegado la hora de enfrentarse a ese mundo que, aunque tenía un ligero conocimiento de él en forma abstracta, se le ha acercado inexorablemente, y se encuentra a las puertas de la Unidad, preparado... ¿para qué?

Es una fase de miedo en el amplio sentido de la palabra, su mente no alcanza más allá de esta sensación.

Es el momento de traspasar esa puerta tan temida, para dar paso a lo desconocido y, que a partir de ahora estará tan íntimamente ligado a su existencia.

La familia queda en esa línea imaginaria, y él entra recibiendo las muestras de afecto de otros pacientes.

Tanto ellos como el personal de diálisis, intentan la comunicación, pero éste no percibe nada, ya que sus ojos están puestos en esas máquinas llenas de cables, con unas luces intermitentes, que a saber qué querrán decir.

Los pinchazos, lo único que ya conocía con anterioridad, serán difíciles de superar en un primer momento, debido a que pocas veces ha visto unas agujas de ese calibre.

Es ahora cuando lo que necesita nuestro nuevo paciente son unas pequeñas nociones de información, de lo que significa tener "el riñón, fuera del cuerpo". Sin sobrecargarle con palabras complicadas, se le van dando unas pequeñas nociones del significado de todo lo que le rodea más directamente, así como de advertirle de los posibles contratiempos que puedan surgir a lo largo de la sesión de diálisis.

A partir de los siguientes días, esta primera fase se enlaza con la siguiente, que se hará de una forma paulatina, es decir, a base de pequeñas informaciones y de vernos actuar con él y con el resto de los pacientes. Poco a poco va dejando ese miedo paralizante, para dar paso a:

B. ESTOY EN TUS MANOS

Ya conoce lo que pasa y lo que le hacen, (no era para tanto). Pasado el primer momento de los pinchazos, después, todos duermen, leen, miran la televisión, se relajan; y él, que sigue el funcionamiento de la Unidad, va dándose cuenta que todos intentan esperar que pasen las horas lo más tranqui-

lamente posible y lo más rápidamente para él.

Esta es una fase en la que la información y su propia observación, van dejando de lado su miedo para ir dando paso a su relajamiento, en base a la confianza que el personal debe ir transmitiéndole.

Este es un período más o menos corto, dependiendo de cómo le vayan sus sesiones de diálisis, su observación, y acontecimientos de otros pacientes, en una palabra, de que todo esté tranquilo.

De esta segunda fase, pasamos a una tercera que puede ser la más larga, pues es de espera y rutina.

C. ACEPTACIÓN RELATIVA

Esta aceptación es sinónimo de rutina; ya no tiene miedo de cómo es una sesión de diálisis, los pinchazos le duelen, pero nota como esa zona se le va endureciendo; comprueba que puede dormirse un rato, y que incluso, aunque parte de su sangre está fuera de su cuerpo, se puede comer tranquilamente un "preciado" bocadillo de jamón, y sobre todo, su estado general va mejorando.

Es una fase de optimismo por su parte. Según pasa el tiempo va tomando contacto con su realidad.

Este período es el mejor para el paciente pues, partiendo de su estado físico que va mejorando, su vida se ha organizado en base a esos días que ha de venir a las sesiones de diálisis, su dieta se ha normalizado, ya sabe lo que puede y no puede comer, lo que le hace coger más o menos peso, y los contratiempos que puedan surgir tanto fuera como dentro de diálisis.

Es ahora cuando va recogiendo información de otros pacientes, se interesa de todo lo relacionado con sus compañeros en lo referente a su enfermedad, ya es capaz de curiosear en la vida privada de los demás: de dónde vienen, si trabajan, familia, etc. También va conociendo los nombres del personal y sus funciones.

Ahora es cuando unos y otros se van conociendo y evaluando mutuamente. Y sobre todo el paciente, mediante su observación, va recogiendo datos sobre el personal, y ya es capaz de sentir preferencias hacia unos u otros.

A partir de este momento, el paciente se encuentra preparado para pasar a la siguiente fase que desgraciadamente no será tan buena como las anteriores.

Estos nuevos períodos serán de un progresivo deterioro físico y sobre todo psíquico, que se irán desarrollando según pasa el tiempo.

D. DESCONFIANZA

Lo más significativo de esta nueva fase, es que el paciente se encuentra estabilizado físicamente e incluso, experimenta un retroceso. Las sesiones de diálisis le aburren, los días en los que ha de dializarse le parecen una carga, los días en los que no se dializa no hace más que pensar en que al día siguiente tiene que volver, la dieta cada vez es más odiosa.

Es pues, un sentimiento que, según va pasando el tiempo, le va minando ese conformismo que en un principio era casi relajante. En las sesiones, se encuentra inmerso en el funcionamiento de la Unidad. Ya conoce todo y a todos. Se vuelve egoísta, lo suyo es lo que cuenta, se hace más crí-

tico, conoce todo lo que le rodea. Es esa rutina la que le va introduciendo un sentimiento de desconfianza hacia el personal que le lleva la diálisis.

Lo mismos "trucos" que él emplea para "engañar" al peso o al personal, son los mismos "trucos" que él no aguanta en los demás.

Comienza a discutir criterios y ya no ve al personal como al profesional que sabe lo que hace, que le ayuda, que le cuida, etc. Ahora cuestiona su trabajo, él sabe más que nadie de su propia enfermedad, y sus opiniones son cada vez más directas y en algunos casos hirientes.

Esta fase es la más delicada de todas, pues según se desenvuelva en ella, el paso a la siguiente será más o menos amarga. Es el momento de hacerle ver como vivir con esta enfermedad: ya conoce todo lo que ella conlleva, es ahora cuando nuestra comprensión y apoyo debe ser más notable porque, en el fondo, él necesita que alguien se ponga en "su lugar", y vea desde su punto de vista el callejón sin salida en el que está inmerso, y quién mejor que nosotros para ayudarlo.

Se puede decir que el paso de esta fase a la siguiente es el menos apreciable, porque es esa creciente inquietud, junto con ciertos grados de amargura, la que le lleva a algo que le desborda poco a poco, la desesperación.

E. DESESPERACIÓN

Pasamos a este período con todas las cargas de los anteriores y vamos añadiendo la de los demás fracasos:

— La cama vacía del compañero de al lado y, que no se atreve a preguntar....

— El rechazo de ese trasplante del compañero, que hace unos días le hizo sentir envidia....

— Su esperado trasplante que no llega....

A la vista de todo esto, ya no ve el trasplante como la solución al problema, tiene dudas, sopesa estar así, o arriesgarse al trasplante, y aunque ya con cierto temor, piensa que él tendrá más suerte.

Esta pérdida de esperanzas da paso a la desesperación más angustiada.

Es la etapa más triste de todas. El paciente se encierra más en sí mismo, y la comunicación con el resto se hace más difícil, porque ya no necesita que nadie se ponga en su lugar, él es el que quiere salir como sea de ese lugar, del que no ve escapatoria, pues la salida que hace un tiempo se le presentaba como la liberación más absoluta (trasplante), ahora la ve como algo no tan maravilloso y con complicaciones.

Tal vez nuestra respuesta sea la más difícil de todas las fases, —porque al igual que en la primera fase el paciente no recibe nada debido a ese miedo cegador, ahora esa desesperación cierra todas las puertas para acceder a su razón— será una respuesta de paciencia y diálogo para la contención de sus miedos y temores.

Pasamos ya al último período de este estudio. El salto al mismo se hará cuando su propio sentimiento de cierta rebeldía, dé paso, a una aceptación única y exclusivamente de espera.

F. ACEPTACIÓN AMARGA

Si la suerte no lo remedia, es la fase más larga de todo el proceso, ya que su única expectativa es el

trasplante, y simplemente se ha mentalizado a esperar para cuando llegue, intentará dejar pasar el tiempo. Será una espera no ya de animación y alegría, sino de la única forma de salir de esta larga pesadilla.

Se va desequilibrando físicamente: el régimen de comidas ya no lo lleva tan estrictamente, la ingesta de líquidos está más descontrolada. La diálisis ocupa su vida en su totalidad: hoy voy, después me quedan “equis” horas para volver. A nivel familiar ya no es tratado como un enfermo, se han acostumbrado a esta forma de vida, ya no se le tiene lástima. Se le exige que participe a nivel familiar como un integrante “normal” de su entorno.

Es, en definitiva, una forma de pasar los días sin que estos cuenten en su vida. Sólo cuenta lo que venga después.

No hace planes para el futuro mientras esté en esta situación. Sí los hace para después del trasplante, ya que mientras esté así, el futuro no cuenta para él.

Nuestra respuesta en esta fase es un cúmulo de todas las respuestas que teníamos en las otras fases: información, confianza, comprensión, apoyo, paciencia, etc. Y junto con él, esperar que llegue cuanto antes ¡el ansiado trasplante!.

CONCLUSIONES

De carácter general para el mejor entendimiento de lo expuesto anteriormente:

— No todos los pacientes que se encuentran en sesiones de diálisis realizan todo el proceso descrito.

— Todas las fases a las que nos referimos, están directamente relacionadas con la edad de los

pacientes, es decir, cuanto más joven sea el paciente, más definidos serán los períodos.

— Los pacientes de más edad, debido a múltiples problemas: comprensión, cultura, senilidad, etc., no se ajustan en casi ningún caso a las referidas clases del estudio.

— El personal de una Unidad de Diálisis, es una parte importante de ayuda psicológica hacia esos pacientes, que por medio de nuestras respuestas, procuramos aplacar en parte todas esas sensaciones que son tanto o más preocupantes que sus propios problemas físicos.

BIBLIOGRAFÍA

— ELDUARA BELLO-MERAYO y otros: *Importancia de la información al nuevo paciente en la Unidad de Diálisis*. XIV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Nefrología, Hospital Cíes, Vigo, Ed. Hospal, S.A., 1989.

— CODINA MASSACHS, Cecilia: *Psicología del enfermo renal*, XIV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Nefrología, Hospital Cíes: Vigo, Ed. Hospal, S.A., 1989.

— PÉREZ, M^a Dolores y otras: *Aspectos psicológicos de los enfermos en diálisis*. XVI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Nefrología, Hospital de Guadalajara, Ed. Hospal, S.A., 1991.

— POLETTI, Rosette: *Aspectos Psiquiátricos de los cuidados de enfermería*, Ed. Rol, S.A.

MAPA DE RIESGOS

**M^a José Rupérez
Conchi Gómez
Mariví Garmendia
Patricina Regules**

**Auxiliares de Enfermería
en el Hospital Comarcal
del Bidasoa**

*El presente trabajo,
trata de definir un
Mapa de Riesgos en
la 4^a Unidad del
Hospital Comarcal
del Bidasoa, con
especial incidencia
en la Unidad de
Traumatología y la
Unidad de
Esterilización.*

MAPA DE RIESGOS DEL ÁREA DE TRABAJO

En primer lugar vamos a definir lo que entendemos como área de trabajo, y que son, todas aquellas zonas de la Unidad en donde se trabaja:

- Sala de estar.
- Farmacia.
- Sala de curas.
- Almacén.
- Control.
- Habitaciones.
- Pasillos.

Tal como hemos indicado, nos vamos a remitir en el presente trabajo, sobre todo al área de la 4^a Unidad del Hospital Comarcal del Bidasoa, la cual está integrada por los siguientes servicios:

- Oftalmología.
- Urología.
- Pediatría.

- Ginecología.
- Otorrinolaringología.

En invierno, la temperatura está bastante bien programada, manteniendo una temperatura adecuada durante todo el día, entre 20º y 22º.

Ambiente Acústico

● El hospital está situado en un entorno silencioso y relajante, con una atmósfera no contaminada y alejado de industrias.

● Bajo el área de trabajo, están situados los motores de ventilación y la sala de rayos, por lo que en algunas habitaciones se producen ciertas vibraciones que provocan situaciones y ruidos molestos.

Exposición Agentes Biológicos

● Principalmente existen riesgos de pinchazos, proyecciones y salpicaduras.

- Se toman medidas preventivas universales con utilización de elementos barrera, como guantes, mascarillas, gafas etc.

- El ciclo de esterilización dura aproximadamente cuatro horas y media y, una vez finalizado, el personal se pone una mascarilla especial y unos guantes y se procede a sacar el instrumental del autoclave. También se utilizan unas pinzas largas para sacar el instrumental de poco tamaño que se haya quedado en el fondo del autoclave.

- El instrumental se somete al aireador durante un período de doce horas.

Riesgo eléctrico

- El cuadro eléctrico no tiene riesgo de contacto de partes activas con los dedos.

- Las bases de los enchufes están, en general, en buenas condiciones y no manipuladas, sin riesgo de contacto con dedos en partes activas.

- Tampoco están expuestas a salpicaduras ni a humedades, sin sobrecarga de elementos, con toma de tierra y bien fijadas.

- Las clavijas están en buenas condiciones, sin empalmes.

- Los prolongadores sólo se utilizan con carácter esporádico y cuando no es posible disponer de instalación fija.

- La valoración global del riesgo eléctrico en este área de trabajo la catalogamos como media a mínima.

MAPAS DE RIESGO EN PUESTOS DE TRABAJO

Vamos a analizar este capítulo, dividiéndolo en dos apartados diferenciados:

Carga física

La actividad física hay que catalogarla según las situaciones de cada unidad, teniendo especial incidencia la relativa al "Manejo de Cargas" que trata de:

- Movilizaciones para levantamiento o cambio de objetos y cuerpos.

- Algunas tareas, por su continuidad o repetitividad, originan que determinados miembros y músculos del personal se vean solicitados y tensionados excesivamente.

- Es frecuente el levantamiento de objetos desde el nivel del suelo hasta la altura de los hombros.

- La forma y el volumen de determinados objetos, de manejo frecuente, exigen posturas y gestos forzados, fundamentalmente en las plantas de hospitalización y en especial en las unidades de traumatología.

- En contrapartida y en la unidad de traumatología (1ª Unidad), se dispone de grúas especiales para movilizar a los enfermos.

- El nivel de dedicación, caracterizado por la duración de la atención y la precisión del trabajo, origina una excesiva fatiga nerviosa.

- La fatiga nerviosa está asimismo ligada con otros aspectos de este trabajo, como son, lo repetitivo del mismo y el trabajo en cadena.

- La actividad con ciclo corto en la Unidad significa una gran repetición de secuencias de gesto, siempre idénticas. Esto supone para el personal un automatismo de ejecución gestual, que provoca fatiga y sentimiento de monotonía en el trabajo.

NOTA

Las personas que hemos confeccionado el presente informe somos conscientes de que, para una correcta elaboración del mismo, habría sido necesario una previa toma de datos y constatación de hechos, que nos habría llevado a unos datos estadísticos que confirmaran lo en él expuesto.

No obstante, el mismo se basa en la observación de los hechos diarios, el conocimiento y la experiencia de cuatro Auxiliares de Enfermería, cuya actividad se desarrolla en el ámbito sobre el que trata este informe.

Valoración del ANCIANO ANÉMICO

M^ª Olvido Ayala Martínez
Auxiliar de Enfermería
Área de Consultas Externas
Hospital General de Elda

IMPORTANCIA ACTUAL DE LA GERIATRÍA

En la actualidad se plantea un dilema al exigirse una mejor capacidad técnica curativa y a la vez, una labor de divulgación y promoción-prevención de la salud, todo ello junto con la exigencia político-social de un menor gasto, con lo que se provoca que el profesional sanitario esté atrapado como en un cascanueces, entre su deber y la economía de la sociedad. Hemos pasado de la definición utópica de la OMS de la salud como el estado de bienestar mental, físico y social, al concepto de salud como derecho fundamental humano, donde se integran los factores social y económico y se implica la reconducción de los profesionales hacia la citada promoción del conocimiento sanitario entre la población.

El aumento de la expectativa de vida hace diferentes las enfermedades a tratar, siendo más frecuentes las patologías crónicas, que requieren a veces grandes inversiones económicas en aparataje, estructuras hospitalarias y personal sanitario. En España la esperanza de vida ha pasado de

una media de 50 años, a principios de siglo, a una supervivencia de 73,5 años en varones y 79,5 años en las mujeres, condicionando un gran envejecimiento de la población española y demandando unas prestaciones sociales que los gobiernos no parecen querer soportar.

Tras esta introducción, pasaré a concretar mi trabajo en un estudio sobre el anciano anémico.

INTRODUCCIÓN

- Un 20% de ancianos son anémicos, sobre todo por dietas vegetarianas pobres en vitamina B12 y hierro.

- *Dato social:* sólo tienen anemia el 6% de los que viven en su domicilio y el 40% de los que viven en asilos. Hay mayor anemia a menor nivel económico.

CAUSAS

- *Déficit por alimentación:* muchos vegetales y dietas poco variadas, a veces por causa económica.

- *Déficit de absorción de hierro por enfermedades digestivas:*

hernia de hiato, úlcera, tumores en el colon, divertículos en el intestino, lesiones de esófago...

- *Interferencia de absorción por medicamentos:* antiinflamatorios, analgésicos, psicofármacos, citostáticos...

SÍNTOMAS

- Astenia, anorexia, debilidad muscular.
- Piel y mucosas pálidas, escorior, petequias.
- Vértigo, inestabilidad a la deambulación.
- Cefaleas, bajo nivel de conciencia, confusión mental.
- Disnea (dificultad respiratoria), tos, palpitaciones.
- Pérdida de peso.
- Mayor sudoración.
- Mayor riesgo de infecciones.
- Uñas y pelo frágiles, quebradizas, con estrías.

NECESIDADES DE HIERRO

- 1 miligramo/día de hierro.
- Hay 5 miligramos de hierro en una dieta variada de 1.000 calorías.

ANALÍTICA I

- ↓ Índice hematocrito (normal: 40-45%).
- ↓ Hemoglobina en 1 o 2 gramos/litro (normal: 13-15 gr./l.).
- ↓ Hematíes (normal: 4-5 millones/mm³).
- ↑ Volumen Corpuscular Medio (VCM) (normal: 82-92 μ).

ANALÍTICA II

- ↓ Número total de leucocitos (normal: 5-10.000 mm³).
- ↓ Número de linfocitos (normal: 14-34 %).
- ↑ Monocitos (normal: 1-6%)
- y ↓ Neutrófilos (normal: 45-65%).
- ↓ Movilidad de leucocitos.
- ↓ Fabricación de enzimas contra la infección.

ANALÍTICA III

- ↓ Número de plaquetas (normal: 250.000-300.000 mm³).
- Sangran más y peor coagulación por:
 - Tomar medicamentos.
 - Tóxicos (alcohol, tabaco...).
 - Enfermedades del hígado (vitamina K) y digestivas (úlceras, hernia...).
 - Tienen más caídas y traumatismos (hematomas).
 - Tienen más frágil la pared capilar.

OBJETIVO DEL TRABAJO

Una de las causas de anemia aguda en el anciano es la frecuente fractura de cadera. Nuestro propósito será averiguar si es o no importante y significativa la influencia sobre determinadas variables analíticas en sangre, de estas fracturas a los siete días desde el traumatismo.

ESTUDIO CLÍNICO: VALORACIÓN DE CIFRAS NORMALES EN SANGRE DEL ANCIANO Y EFECTOS EN ELLAS TRAS FRACTURAS DE CADERA

MATERIAL Y MÉTODOS (I)

- 17 casos con fracturas de cadera.
 - *Tipo de fractura:*
 - Perrocantéreas = 9 casos (53%).
 - Subcapitales = 8 casos (47%).
 - *Sexo:*
 - Varones: 2 casos (11,8%).
 - Mujeres: 15 casos (88,2%).

MATERIAL Y MÉTODOS (II)

- Se recogieron en las analíticas urgentes tras la fractura las cifras de: hematíes, índice hematocrito, hemoglobina, volumen corpuscular medio (V.C.M.) y proteínas y se compararon con los mismos datos analíticos a la semana de la fractura.
 - *Métodos:* Test de Student y estudio de correlación con ordenador personal.
 - *Objetivo:* Averiguar los valores normales en los ancianos y los efectos en sangre producidos por la fractura.

RESULTADOS (I)

Edad: 78'6 ± 1,8 años
(rango = 68-93)

Valores medios analíticos en analítica urgente

- Hematíes: 4,21 ± 0,1 millones/mm (rango = 3,5 - 5,1).
- Índice Hematocrito: 38,2 ± 0,9 % (rango = 31,6 - 44,3%).
- Hemoglobina: 12,6 ± 0,4 gr/dl. (rango = 10 - 14,6).
- Volumen Corpuscular Medio (V.C.M.): 90,3 ± 1,3 μ (rango = 76,8 - 98,5 μ).

RESULTADOS (II)

Proteínas: 6,3 ± 0,2 gr/dl.
(rango = 5,4 - 7,1)

Valores medios analíticos a la semana

- Hematíes: 3,4 ± 0,1 millones/mm³ (rango = 3,03 - 4,71).
- Índice Hematocrito: 31,2 ± 0,9% (rango = 24,7 - 37,2%).
- Hemoglobina: 10,7 ± 0,3 gr/dl. (rango = 8,6 - 13,4).
- Volumen Corpuscular Medio (V.C.M.): 88,7 ± 1,8 μ (rango = 74,3 - 98,6 μ).

CONCLUSIONES

Hubo pérdida muy significativa ($t < 0,001$) entre las cifras de hematíes, índice hematocrito y hemoglobina en la analítica urgente y la de los siete días, pero no la hubo entre los volúmenes corpusculares medios.

La edad no influyó en las cifras de hematíes, índice hematocrito o hemoglobina y sí influyó en el volumen corpuscular medio (coeficiente de correlación $r = 0,4$, $p < 0,05$) y en la cifra de proteínas ($r = -0,5$, $p < 0,05$).

BIBLIOGRAFÍA

- 1.— FARRERAS: *Medicina Interna*, Editorial Doyma, 1992.
- 2.— HARRISON: *Principios de Medicina Interna*, Editorial Interamericana Mc Graw-Hill, 1994.
- 3.— KALACHE: *Más salud mejor vida. Para promocionar la salud de los mayores*, Viure en Salut, 1981.
- 4.— PONT RIBAS, A. y GRANOLLERS MERCADER, S.: "Calidad de vida en los ancianos", *Revista ROL de Enfermería* nº 165, págs. 21-26, 1991.

IMPORTANCIA del AISLAMIENTO AÉREO en la TUBERCULOSIS en el MEDIO HOSPITALARIO

Carmen Canal
Mercedes Ibiricu
Alicia Felgueroso
Cristina González
M^{ra} José García
Magdalena Fernández
Pablo Rivas

Hospital Valle del Nalón
Asturias

La tuberculosis es una enfermedad transmisible que se conoce desde hace muchos años, a menudo de larga duración, producida por especies del género: *Mucobacterium*.

El bacilo de la tuberculosis es expelido al exterior en un aerosol de gotitas de secreciones respiratorias al hablar, cantar, reír o estornudar, pero sobre todo al toser.

Estas gotitas de Flügge permanecen un cierto tiempo en el aire y luego caen al suelo o sobre ropas u objetos próximos. La mayor parte de contagiosidad de la tos, se explica porque la mitad aproximadamente de las gotitas expulsadas con ella permanecen suspendidas en el aire como núcleos goticulares durante más de treinta minutos. En cambio, sólo el 6% de éstas que se proyectan al hablar, flotan en el aire durante mucho tiempo; muchos de los bacilos que caen al suelo o quedan en los objetos, mueren enseguida por desecación o por la acción de la luz solar. Así pues, la transmisión de la tuberculosis es directa y el peligro de contagio a través de las ropas, objetos personales y cubiertos de los pacientes es deleznable.

La infección se transmite la mayor parte de las veces por vía respiratoria, y aunque puede localizarse en cualquier órgano o sistema, la forma más frecuente es la pulmonar.

Esta enfermedad puede afectar a cualquier grupo de población, edad, raza, etc. La situación actual de la tuberculosis en España se conoce sólo de forma aproximada, aunque los casos de tuberculosis pulmonar declarados han aumentado progresivamente.

Ajustándonos a las limitaciones que nos impone nuestro medio, vamos a dar una serie de medidas generales de aislamiento para minimizar el riesgo de transmisión de tuberculosis al personal sanitario y resto de pacientes hospitalizados.

NORMAS DE AISLAMIENTO

1) Hay que instituir el aislamiento en el momento del ingreso o tan pronto se sospeche de la enfermedad contagiosa, sin esperar la confirmación del diagnóstico.

2) Se debe explicar al enfermo el porqué de un aislamiento.

3) Reducir al mínimo las visitas e instruir también a éstas de la importancia de las técnicas de aislamiento.

4) Aislamiento del enfermo en una habitación individual.

5) Ventilar y airear la habitación convenientemente, permaneciendo la puerta siempre cerrada.

6) Uso de mascarilla adaptada a la cara:

a) Para el personal expuesto:

Si no se dispone de un correcto sistema de ventilación y los síntomas y signos del paciente sugieren un alto potencial infectante:

- En caso de tos y expectoración abundante en enfermos con certeza o sospecha de esputos productivos.

- En pacientes con tos productiva incapaces de cubrirse al toser.

b) Para el enfermo tuberculoso:

- En casos de traslados intrahospitalarios (Rayos X, fibrobroncoscopia...).

- Cuando la mascarilla se humedece, deja de ser efectiva y debe quitarse (más o menos 20 minutos) y colocarse una nueva.

- No debe bajar la mascarilla alrededor del cuello, ni subirla

sobre la frente para luego volver a utilizarla.

En general, las mascarillas se utilizan sólo una vez y después se eliminarán en un cubo o bolsa de basura.

7) Insistir al enfermo a expectorar en pañuelos o gasas desechables.

8) Las secreciones y restos desechables deben ser tirados en una bolsa de plástico debidamente protegida y etiquetada. Antes de sacarla de la habitación, ésta debe de colocarse dentro de otra bolsa situada a la entrada.

Las cantidades grandes de drenajes infectados se eliminan en el lavabo, lavadero o lavacañas, teniendo cuidado de no salpicar con el material infectado.

INTERRUPCIÓN DEL AISLAMIENTO

- Colocar a un enfermo tuberculoso en una habitación con otros pacientes no es aconsejable hasta que el esputo esté libre de bacilos, demostrado en tres días consecutivos (Tres BK en tres días negativos).

- Si se trata de otra enfermedad subsidiaria de aislamiento aéreo, no es aconsejable la interrupción de dicho aislamiento hasta que los síntomas y signos del enfermo revelen clara mejoría.

DATOS REGISTRADOS EN EL HOSPITAL VALLE DEL NALÓN

AÑO 92: 24 CASOS

AÑO 93: 40 CASOS

AÑO 94: 47 CASOS

DEL ZUECO AL ZAPATO



¿ UN BUEN PASO PARA LA SALUD LABORAL ?

Fernando Martín Pies

Experto en biomecánica y ortopodología de la marcha humana por la Facultad de Medicina de la Universidad de Alcalá

El calzado es un factor muy a tener en cuenta respecto a la salud general y específicamente en la salud de los pies. Teniendo en cuenta que el trabajo que desarrolla la enfermería lo hace fundamentalmente en bipedestación, y que por término medio pasamos 1.500 horas al año de pie en nuestro centro sanitario, lo que me ha llevado a plantear si la utilización del calzado laboral que empleamos en nuestro trabajo es el adecuado, cómo actúa sobre nuestra salud, y cuáles pueden ser sus repercusiones sobre nuestro rendimiento. Al mismo tiempo, aprovechando el cambio de calzado que el hospital lleva a cabo en estos momentos, estudiar las posibles ventajas e inconvenientes, para ateniéndonos a las leyes de la biomecánica y morfología propia del pie, llegar a dar con el ¿ideal? de calzado fisiológico, que nos permita desarrollar ese trabajo en las mejores condiciones para nuestros pies. Si bien es verdad que partimos de la base de que la evolución histórica del calzado

siempre ha violado todas las leyes de la fisiología del pie y del equilibrio. Recordando la teoría de la evolución humana que nos dice que el pie fue una mano y por tanto, tuvo un primer dedo separado de los otros cuatro, con una función prensil.

Este estudio está dirigido a todo el colectivo de la enfermería con la intención de poder extraer alguna aplicación en la prestación de cuidados, para unos profesionales que tienen como fin cuidar a sus semejantes en las mejores condiciones de autocuidados. Para ello he contado con la colaboración del personal de enfermería que desarrolla su trabajo en el Hospital Central de Asturias.

A pesar de la gran importancia que representa hoy en día el calzado en la actividad laboral que desarrollamos, es difícil encontrar algún tipo de bibliografía al respecto, por lo que he tenido que basarme para el desarrollo de este estudio en conceptos de Biomecánica y experiencia de los propios profesionales de enfermería.

El calzado que recordamos de siempre en los hospitales es el zueco, en concreto en este centro su uso data de 25 años. Estudiaremos el zueco como calzado más utilizado. Partiendo de las bases ideales que deberíamos concurrir en cualquier tipo de zapato que se precie. Estudiando la morfología de los pies y la aplicación de la Biomecánica, ciencia que estudia los movimientos de los seres vivos, cuyo mayor exponente es el ser humano. Se puede indicar que un zapato debería tener en cuenta respecto a su estructura los siguientes componentes:

SUELA: es la base inferior del calzado que va en contacto directo con el suelo, se compone de tres partes, anterior, media o enfranque, la cual no debe estar en contacto con el suelo, y finalmente otra posterior que se llama tacón.

PALMILLA: es la base que va en contacto con la planta del pie, por lo tanto zona muy importante ya que nos hará sentir las múlti-

ples sensaciones que experimenta el pie en contacto con el zapato y a su vez éste con el suelo.

Entre la suela y la palmilla se suele superponer la **ENTRESUELA**, que sirve para dar más grosor a la suela.

En la parte media del zapato tenemos otra pieza de máxima importancia que se llama **CAMBRILLÓN**: suele ser una pieza de material rígido que se coloca en el enfranque, y que se utiliza para evitar que el calzado se hunda o se deforme.

VIRA: es una tira que rodea todo el perímetro del calzado y le da mayor estabilidad.

PALA: es la parte delantera superior que envuelve a los dedos del pie. En algunos casos es importante que termine en un refuerzo en la puntera, es la llamada **PUNTA FUERTE**, sirve de protección (en calzado de uso laboral).

TACÓN: sirve para elevar la parte posterior del calzado, suele tener varias tapas, la que está en contacto con el suelo se llama **TAPA FIRME**, suele ser de material resistente al desgaste.

CONTRAFUERTE: parte posterior del corte del calzado que tiene la función de mantener el equilibrio del talón para evitar que éste se mueva dentro del zapato, es fundamental que no sea excesivamente rígido para no traumatizar el tendón de Aquiles.

A estas partes fundamentales podríamos añadir los elementos de adaptación y cierre que actúan para adaptar el calzado al pie y puedan estar formados por, cordones, velcros, lengüetas, etc.

COMPONENTES MORFOLÓGICOS DEL ZUECO

Entre los zuecos que utiliza el personal del hospital, generalmente de madera y corcho, reseñamos las siguientes características:

SUELA: a nivel del tacón tienen una altura de 4 cm, 2 cm, en el franque y 0,5 cm en la planta. Este tipo de zuecos suelen tener una suela bastante rígida a modo de bloque generalmente compacto.

PALMILLA: se encuentran zuecos con palmilla de madera, sobre todo en personal de quirófano y en personas que se acostumbran a su uso por hábito. La palmilla del zueco de madera es muy plana, esto repercute negativamente en el pie, porque no sustenta las estructuras del pie, produce microtraumatismos en los metatarsianos y suele resbalar. El peso de un zueco de madera llega a ser de 250 gr lo que los convierte en pesados.

En el zueco de corcho el peso es de 230 gr, es más ligero. La palmilla sigue siendo plana, es algo menos rígida pero al estar forrada de cartón, la sudoración del pie la deforma. Este es el tipo de zueco más frecuentemente utilizado, ya que en el momento que comenzó este estudio, era el zueco que el hospital proporcionaba al personal.

Encontré un alto porcentaje de zuecos con derivados del caucho en su palmilla, los llamados "zuecos de farmacia o de ortopedia". Estos son de uso frecuente entre el personal por ser relativamente más cómodos, menos pesados, y la sensación de amortiguación es grande, debido a la

base de forma que poseen. Su palmilla no es tan plana y se adaptan mejor a las estructuras del pie. Tienen en su contra la hiperhidrosis.

VIRA: se encuentra en los zuecos de corcho, su principal ventaja es que da amplitud al calzado en sí. Los de madera y algunos especiales no la suelen llevar.

CAMBRILLÓN: ningún zueco lo lleva, ya que el enfranque y el tacón están unidos formando una sola pieza que continua hacia la planta constituyendo un todo de material generalmente rígido.

PALA: suele ser de piel, frecuentemente con rejilla y unida a la palmilla y en algunos casos con grapas.

TACÓN: tiene una altura considerable, en los de madera mide 5 cm, en los de corcho la medida es de 4,5 cm, bajando en altura en el resto. Su excesiva altura aumenta su peso y provoca traumatismo en el contorno del talón, generalmente induce al aplastamiento del tejido adiposo del talón por lo que provoca sequedad y grietas. Este último hecho es muy frecuente en el personal hospitalario.

ELEMENTOS DE ADAPTACIÓN Y CIERRE: el zueco de corcho es el único que incorpora una tira que abraza el zueco al talón para sujetarlo, siendo insignificante el número de personas que la utilizan, quizás sea por la incomodidad de calzarlos-descalzarlos.

CONTRAFUERTE: el zueco no lo posee, y observando que los elementos de cierre o no los

tiene o no se usan, es lo que hace del zueco un calzado cojo en su morfología, ya que de esta ausencia se derivan muchos de los inconvenientes para su uso. No sujetan el retropié, no lo recogen, por este motivo tendemos a desequilibrarnos, no tanto en estática como en dinámica, pero es evidente que se tiende a perder el zueco a cada paso, por lo que provocamos una dorsiflexión de los dedos para intentar sujetarlos. Este hecho provocará una garra aumentada de los dedos en las personas que utilizan zuecos. En los talones se producen microtraumatismos continuados como consecuencia del traqueteo continuo. En el dorso del pie se sufre a nivel de las cuñas-cuboides, es frecuente encontrar bursitis a estos niveles como consecuencia del roce y presión excesivos. La ausencia de contrafuerte y la suela rígida que impiden desarrollar las fases de la marcha en toda su extensión, son algunos de los condicionamientos morfológicos que hacen del zueco un calzado incompleto.

EL PESO DE UN CALZADO

Ateniéndonos al estudio de la marcha humana, se define al paso como la distancia que separa dos apoyos sucesivos del mismo pie en el suelo. Se mide de talón a talón. Obviamente no todo el mundo tiene igual longitud de paso, pero sirvanos como referencia entre 50-75 cm dado que es la longitud de paso más común.

Una de las partes de la marcha humana que nos interesa para este estudio, es la que se denomina fase de oscilación, aquel momento en que uno de los pies

no se encuentra en contacto con el suelo, ya que se está trasladando para iniciar el siguiente paso. Esta fase es sumamente importante y su relación con el peso del calzado va íntimamente ligada al esfuerzo que desarrollamos, dependiendo de la distancia que recorramos y el peso que levantemos a cada paso.

Para valorar la importancia del peso en el calzado, he dispuesto de una balanza de precisión y de un podómetro, con el que he podido contabilizar el número de pasos que se realizan en distintos servicios hospitalarios, y como consecuencia la distancia recorrida en una jornada normal de 7 horas de trabajo. No se ha buscado quien más andase, se ha pretendido hacer un seguimiento libre de algunos servicios, siempre utilizando a personal que calzase zuecos. El número de calzado más frecuente en la muestra de personas que se utilizó para este estudio es el 36/37. Para la realización del mismo, parto de que el peso que tiene el zueco que asigna el hospital es de 220 gr. El zueco es de corcho. Se calculó una longitud de paso de 60 cm como término medio. Se realiza el estudio muestreo a personal de los servicios: laboratorios-quirófanos-plantas-urgencias. Dicho estudio se desarrolla siempre en el turno de tarde.

Se observaron las siguientes mediciones:

La persona que más distancia recorrió pertenecía al servicio de urgencias, recorrió 3 km 580 m calzaba un nº 36 que pesaba 220 gr, dio 4.777 pasos. Si tenemos en cuenta que de esos 4.777 pasos, la fase de oscilación entre paso y paso, es cuando levanta el zueco, la realidad es que levantó un peso de 220 gr, unas 2.388

veces, lo que representa una carga de 549 kg en una tarde.

Si el zueco hubiera pesado 155 gr, como algunos de lo que se encuentran en el mercado, esta persona habría levantado 370 kg, 179 kg menos, cifra más elocuente.

En el laboratorio de urgencias se recorren distancias de 3 km, 300 m, se levantan 483 kg.

En una planta de cirugía se obtiene cifras de 1 km 892 m 2.522 pasos, 252 kg.

Llama la atención la valoración del personal de quirófano para el cual algunas teorías defienden el uso del zueco, debido a permanecer largo tiempo en estática. Pues bien, el podómetro dio los siguientes resultados para un zueco de madera de 250 gr de peso, ha sido de los pocos lugares donde se ha encontrado este tipo de zuecos en el personal. La distancia recorrida fue 1 km, 416 m, se contabilizaron 1889 pasos y una carga de 236 kg.

Otras cifras obtenidas se recabaron en personal de quirófano que se traslada de uno a otro situados en distintas plantas, en este caso se recorrió 2 km, 165 m.

Como dato anecdótico la persona que menos distancia recorrió pertenecía a un puesto muy concreto del servicio de urgencias llamado C.A.M de 215 m, 285 pasos. Como dato a tener en cuenta esta persona no salió de su habitáculo de 10 m² donde desarrolla su trabajo.

Uno de los resultados de este estudio, es la comprobación de que las distancias que se recorren dentro del centro hospitalario, son verdaderamente significativas; de ahí que la relación entre el peso de un zueco y la distancia recorrida con él sea determinante en el gasto de energía de quién lo lleva.

Esta valoración se ha de tener en cuenta sobre todo si como hemos observado, el peso de algunos calzados de uso hospitalario no llega a los 160 gr.

El parámetro de la comodidad de un zueco está entre la inminente sensación de descanso que proporciona una vez puesto, sobre todo en estática, y la sensación contraria después de varias horas de marcha, así como sus consecuencias a través del tiempo de su utilización.

REPERCUSIONES DEL ZUECO EN EL PIE

Para poder analizar las repercusiones del zueco en el pie por el uso continuado del mismo, he realizado un cuestionario entre 250 personas trabajadoras del Hospital Central de Asturias. Este cuestionario ha tenido en cuenta: el número de calzado, la utilización de zuecos, grado de comodidad, tipo de pie ateniéndonos a su forma digital, cuestiones como ¿tiene helomas en el dorso de los dedos, planta de los pies, en talones? Se pregunta a los encuestados por la existencia de dedos en garra, puesto que es una de las afectaciones que se le suponen a los zuecos. Igualmente se les preguntó, si sufrían de los pies, y se recogieron opiniones en un apartado de observaciones. Los números de calzado que hemos encontrado van del 33 al 38, cuyos porcentajes más significativos de utilización son los siguientes:

- El número 33 es utilizado por el 3% del personal encuestado.
- El número 34 es utilizado por el 5% del personal encuestado.
- El número 35 es utilizado por el 24% del personal encuestado.

- El número 36 es utilizado por el 31% del personal encuestado.
- El número 37 es utilizado por el 29% del personal encuestado.
- El número 38 es utilizado por el 8% del personal encuestado.

Ante estos datos, observamos que el número de calzado más utilizado es el 36. Utilizaban zuecos el 68% de los encuestados. Otro tipo de calzado el 32% de encuestados, este 32% no utilizaba el zueco que le ofrece el hospital.

Entre las personas que utilizan zuecos, un 33% dice no encontrar comodidad con ellos. Las respuestas más frecuentes sobre este comentario han sido del tipo de: los pierdo al correr, me suda mucho el pie, son incómodos para bajar y subir escaleras, me producen durezas en el pie. Un alto porcentaje, casi un 67% de las personas que utilizan zueco presentan grietas en los talones.

En cuanto a la FÓRMULA DIGITAL que más nos hemos encontrado, su distribución fue la siguiente:

PIE EGIPCIO: se corresponde con el primer dedo más largo. Se observó a un 28% de los encuestados.

PIE GRIEGO: se corresponde con el segundo dedo más largo; es un tipo de pie a tener en cuenta en la adaptación del zapato. Se observó en un 32%.

PIE CUADRADO: cuando hay la misma longitud en los dedos, en progresión descendente. Se observó en el 40%.

La existencia de helomas dorsales e hiperqueratosis es

frecuente. Esta patología es más habitual a nivel del quinto dedo, llamada heloma del quinto dedo.

Encontré un porcentaje alto de dedos en garra, hasta un 42% de los pies observados tenían garra o predisposición a ella, esto es probable como consecuencia de intentar sujetar el zueco con los dedos en la marcha.

En el apartado de observaciones que incluía la encuesta, una opinión generalizada ha sido la de que el zueco no es un calzado ideal.

Como dato significativo encontré a personas que referían haber pasado períodos de baja laboral como consecuencia de esguinces, caídas y fracturas de tobillo, que fueron achacadas al uso del zueco.

LA ALTERNATIVA

El calzado que ofrece el hospital actualmente es de tipo zapato. Morfológicamente tiene un peso inferior al zueco, es de 217 gr. Posee una altura de tacón de 3,5 cm. Incorpora una suela muy fina, inferior a 3 mm en la planta. La palmilla es rígida. Tiene una pala excesivamente baja. Y la horma es aproximadora, es decir, que la línea media del pie no pasa por el segundo dedo, por lo que provoca abducción hacia el eje medio del cuerpo. La horma es estrecha y apiña los dedos causando molestias a nivel de la apófisis estiloides del quinto metatarsiano. Posee un contrafuerte excesivamente rígido que puede causar bursitis a nivel del tendón de Aquiles. El foro interno no es de cuero, lo que dificulta la transpiración. En cuanto a la fabricación de la suela se encontraron deficiencias importantes, pues con un

uso relativamente corto se detectaron fallos en el pegado de la suela; así como deficiencias en el enfranque. Tiene costuras internas. En relación con los elementos de cierre diremos que la utilización de cordones lo hace adecuado.

Sobre una encuesta preliminar realizada a 50 personas que ya disponían de este calzado, el resultado fue el siguiente: solamente en ese momento un 5% llevaban el zapato. El motivo de queja fundamental era el exceso de sudoración.

Para el tipo de pie griego va mal, porque tiene una pala muy baja y una horma poca recta.

No protegen como calzado de amortiguación, debido a que la suela es muy fina. Se comenta que aprieta. Son respuestas subjetivas y de escasa valoración debido al poco tiempo que este zapato se lleva utilizando en el hospital.

En principio este zapato cumple pocas de las recomendaciones para ser utilizado en el ámbito laboral de la enfermería, si nos basamos en los reglamentos recomendados por los institutos biomecánicos.

Aunque también hay que decir que una de sus ventajas se encuentra en la sujeción del pie y en los elementos de cierre.

ACERCÁNDONOS A UN CALZADO IDEAL

Digo acercándonos a un calzado ideal porque es prácticamente imposible realizar un zapato ideal estandarizado. Realmente para acercarnos al ideal, sería casi imprescindible confeccionar un zapato a la medida de cada pie. Pero como el fin último de este trabajo, es dar unas generalidades para el personal de

enfermería, en cuanto al calzado con el cual poder desarrollar en mejores condiciones su trabajo a continuación expongo unos mínimos exigibles que debe reunir el calzado a utilizar por el enfermería:

- como norma fundamental, al probar unos zapatos se debería hacer esto siempre de pie y nunca sentado, ya que en bipedestación el pie se aplanan y se alarga casi 1 cm.
- debemos elegir el calzado de talla justa; más pequeños dificultan la circulación y más grandes producen rozaduras.

CALZADO FISIOLÓGICO

Su eje longitudinal pasará siempre por la línea media del pie que está situada en el segundo dedo. De esta forma no nos provocará ni aducción, ni abducción.

La puntera debería ser lo menos estrecha que se pueda, y que por su lado interno sea más recta que por el lado externo.

El tacón tendrá una altura que puede oscilar entre 3 cm y 5 cm, pero siempre con una buena base de sustentación.

La pala será holgada, así recogerá bien a los dedos.

Los contrafuertes serán resistentes para sujetar el calcáneo, pero no excesivamente rígidos pues provocarían bursitis.

La suela será antideslizante para dar seguridad al andar.

COMPOSICIÓN SEGÚN MATERIALES

Para la entresuela se debe utilizar el corcho, y el caucho microcelular para la suela, con materiales tipo EVA (Etil-Vinil-

Acetato). La característica principal de estos materiales es, para el primero (corcho) la absorción del sudor, y para el segundo (EVA) el efecto de amortiguación, antioxidante e impermeabilidad que conllevan, permitiendo excelentes sensaciones en la marcha.

Serán flexibles y tendrán pieles naturales, su forro interno será en flor de cerdo o piel ovina. Y como elementos de cierre llevarán cordones o velcros.

CARACTERÍSTICAS DE LOS MATERIALES DERIVADOS DE VULCANIZADO DEL CAUCHO TIPO EVA (etil-vinil-acetato)

Su poder de exudación como antioxidante es muy alto. Son materiales elásticos. Resistentes mecánicamente y a la vez muy ligeros. Tienen buena estética. Poseen un coste económico bajo. Posee gran índice de plasticidad y son fáciles de mantener.

CONCLUSIONES

Como en un principio se intuía, la comodidad y prevención del pie dentro del zueco ha quedado en entredicho. Y asimismo, la alternativa al zueco a través del uso de un zapato, sería la correcta. Pero he aquí, que está por diseñarse un zapato, que no pretendiendo sirva a todo el mundo, sí que pueda ser admitido por la mayoría. Para ello sería imprescindible contar con la colaboración del personal al que se destina el zapato, así como el asesoramiento concreto de expertos en biomecánica de la marcha humana.

EL QUE HOY NO ES VIEJO LO SERÁ MAÑANA

Montse García

**ANCIANOS:
UN ASUNTO
DE TODOS**



Entre el 14 y el 15% de la población española tiene más de 65 años, lo que supone un total de entre cinco millones y medio a seis millones de personas. Más de un millón tiene más de 80 años y la tendencia es a seguir aumentando. De hecho, la esperanza de vida en España se ha duplicado a lo largo del siglo: en 1900 la esperanza de vida de una mujer era de 36 años y para un hombre de 34, en la actualidad ésta se sitúa en torno a los 81 y los 75 años, respectivamente. El aumento del nivel de vida, en general, y la universalización de la Seguridad Social ha permitido una mejora de la atención a estas personas. Sin embargo, viven discriminadas por la Administración y por la propia sociedad que, a menudo, se refiere a ellos de forma despectiva.



La Sociedad Española de Geriatria y Gerontología cumple en 1998 su 50 aniversario. Hace medio siglo los problemas de las personas mayores empezaron a ser preocupantes para la sociedad y para la medicina. El aumento del nivel de vida y la universalización de la Seguridad Social han contribuido no sólo al aumento de la esperanza de vida, sino a que las personas cada vez lleguen a más mayores y lo hagan en mejor estado físico y mental, con una mayor conciencia de sus derechos y sus posibilidades de reivindicación.

Para el doctor Ribera Casado, presidente de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología “el anciano está maltratado y discriminado tanto en la sociedad en general como en la medicina. La sociedad no está preparada arquitectónicamente para las personas mayores, la figura del mayor no resulta atractiva y la palabra viejo se utiliza habitualmente como un insulto”.

“Esta situación se reproduce en el ámbito sanitario donde el anciano es referencia para hablar del

gasto. El anciano es discriminado a la hora de hacer programas de educación de enfermedades, de salud pública y a la hora de aplicar políticas que les afecta directamente como en el caso de la exclusión de medicamentos de la Seguridad Social, *medicamento*, o la carencia de unidades de geriatría, entre otras.”

El doctor Ribera considera que “esta discriminación sanitaria que sufre el anciano le afecta incluso a la hora de decidir su ingreso en los hospitales o en unidades especiales y que incluso los profe-

“La sociedad debe respetar a la persona mayor, tenerla en cuenta a la hora de legislar y convivir a diario”

sionales sienten cierto rechazo cuando ingresa un anciano, porque su atención supone una mayor dosis de carga de trabajo y la comunicación suele ser más complicada”. “En este sentido, opina que es indispensable que todos los profesionales realicen un esfuerzo para evitar estas situaciones discriminatorias. Por su parte, los Auxiliares de Enfermería tienen un papel muy importante: deben ser conscientes que son también educadores sanitarios y que por su contacto más directo con los pacientes han de involucrarse en programas de educación sanitaria y transmitir a los ancianos los mensajes fundamentales, como la importancia de la actividad física, de la alimentación y el sueño y los factores



de riesgo que pese a la edad deben seguir evitando. No obstante, es evidente que se necesitan mayores dotaciones de personal y que los profesionales han de tener la preparación adecuada.

Por otra parte, debería generalizarse la atención especializada para los ancianos. En este sentido, conviene destacar que el número de ancianos que viven en residencias es muy bajo, entre el 2,4% y el 2,6% del total de personas mayores de 65 años, siendo, no sólo, una de las proporciones más bajas de Europa sino muy por debajo de las recomendaciones de la Unión Europea que están entre 4 y 6 camas por 100 personas mayores de 65 años. Por otro lado, en los países en los que la proporción es más baja aumentan mucho los servicios sociales y la atención a domicilio, donde los profesionales sanitarios también cumplen un destacado papel.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA

En 1948 el aumento de la esperanza de vida y los problemas de las personas mayores empezaban a ser preocupantes tanto para la sociedad en general como para los facultativos, por lo que ilustres personalidades de la medicina como el doctor Marañón, Beltrán Báguena, Vega Díaz o Grande Cobián, entre otros, fundan en Madrid la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología.

Junto a las razones demográficas se produjo una eclosión y preocupación científica por el tema de los mayores en diferentes sitios. Así, a finales de los años 30 en el Reino Unido se habían demostrado las ventajas de una atención especializada al viejo y se comprobó como en ciertos programas de rehabilitación cuando a las personas mayores se les aplicaban programas como si fueran más jóvenes la capacidad de respuesta de los enfermos era muchísimo mayor en términos de recuperación, mortalidad, etc. Esto provoca que se pongan en marcha en el Reino Unido durante los años 40 programas de atención y asistencia geriátrica en general que han servido de modelo en muchos países.

En Estados Unidos y de forma paralela se estaban desarrollando estudios sobre las causas y consecuencias del proceso de envejecimiento. Se estaba estudiando lo que llamamos hoy en día gerontología.

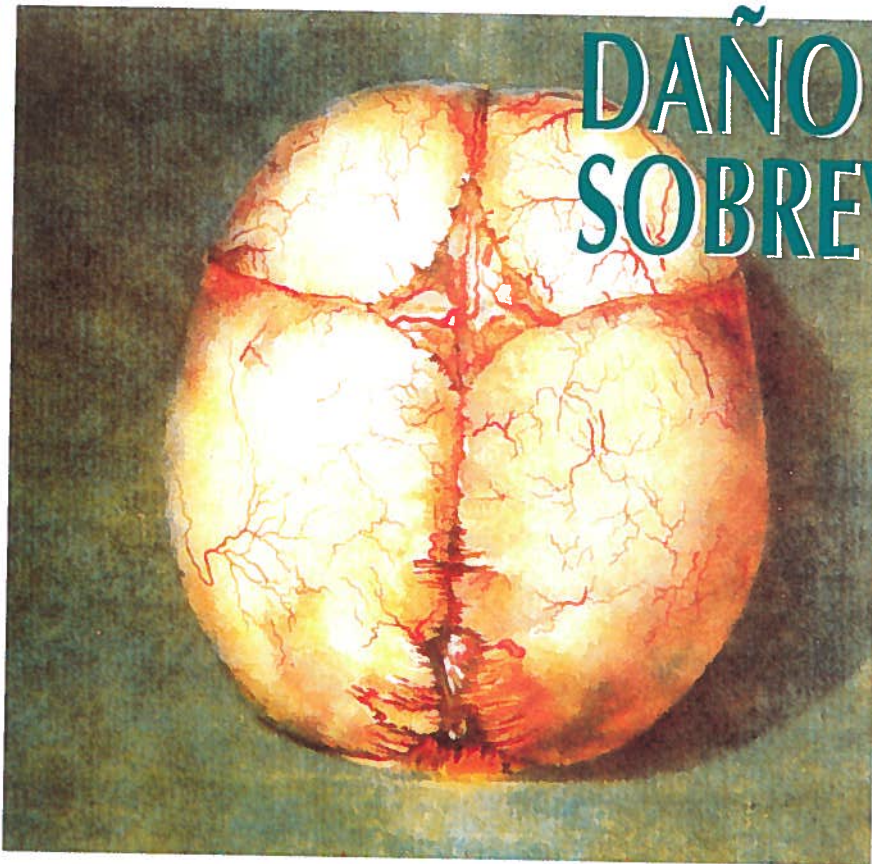
Desde el principio la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología nace como una sociedad interdisciplinar e integradora en la que existen profesionales de todas las ramas. Sus objetivos fundamentales son: favorecer la formación y las posibilidades de desarrollo de los profesionales que se dedican a la atención de la persona mayor y, por otra parte, intentar defender, desde la perspectiva de la salud, los intereses y las posibilidades de calidad de vida del colectivo de mayores.

En 1998 la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología cumple su cincuentenario por lo que se ha organizado un completo programa de actividades en el que, junto a la edición de libros, concursos infantiles sobre la figura del anciano y cursos de formación, se incluye la celebración extraordinaria del congreso anual de la Sociedad que se celebrará del 10 al 15 de junio y al que está prevista la asistencia de 2.000 congresistas. Este año el congreso contará con la presencia de los ancianos quienes participarán en él y en distintos cursos de atención sanitaria.

DAÑO CEREBRAL SOBREVENIDO

UNA VIDA
SALVADA
MERECE
SER VIVIDA

Sonia Rodríguez
Casado



En España se contabilizan cada año entre 20.000 y 30.000 traumatismos craneoencefálicos (TCE), que se han producido como consecuencia de accidentes de tráfico, laborales, deportivos, etc, según las estadísticas aportadas por la Dirección General de Tráfico. A éstos hay que añadir un número importante de personas afectadas por una u otra clase de lesión cerebral. Si consideramos también a sus familias las cifras pueden tomar proporciones de una epidemia. Muchos de estos afectados al recibir el alta médica quedan con una gran cantidad de secuelas, tanto físicas como psíquicas, y desgraciadamente éstas son de muy larga duración. No hace muchos años, estos pacientes no lograban sobrevivir, pero actualmente los avances en neurocirugía y traumatología permiten que un altísimo porcentaje de estas personas salven su vida. A pesar de los progresos científicos realizados y del alcance que éstos han tenido, la sociedad aún no ha aprendido a asumir sus consecuencias y se enfrenta a un gran reto: proporcionar a los afectados de daño cerebral una calidad de vida digna para que alcancen su máximo potencial.

El daño cerebral sobrevenido es aquella lesión que se produce en el cerebro como consecuencia de un accidente. Frecuentemente la lesión es el resultado de un golpe en la cabeza, ya sea debido a un accidente de tráfico, una caída o una agresión. También puede ocurrir debido a una falta de oxígeno (Anoxia). Los tipos más frecuentes

de daño cerebral son los traumatismos craneoencefálicos (TCE), los accidentes cerebrovasculares (ACV) y los tumores.

El traumatismo craneoencefálico es una lesión cerebral cuya causa primaria tiene origen externo. Hablamos de TCE abierto, cuando se produce una comunicación con el exterior, o TCE cerrado, cuando se produce un golpe en la

cabeza sin que exista comunicación entre la cavidad craneal y el exterior, en cuyo caso el cerebro puede desplazarse en torno a su eje. Esta lesión puede producir un estado de disminución o alteración de conciencia que provoca modificaciones en el funcionamiento cognitivo, emocional y/o físico. Una de las consecuencias más importantes es el coma o pérdida



de consciencia que se evalúa mediante la *Escala de Glasgow* (GCS).

Los accidentes cerebrovasculares (ACV) son trastornos que se producen por alteraciones en la irrigación sanguínea del cerebro y suelen adoptar dos modalidades: obstrucción del flujo sanguíneo y hemorragia. La causa más frecuente de la obstrucción de la circulación cerebral es la creación de placas arterioescleróticas en las paredes arteriales, que pueden obstruir el paso de la sangre, dando origen a una zona isquémica y a un infarto del área irrigada por la arteria correspondiente. Un accidente cerebrovascular se manifiesta, en la mayoría de las ocasiones, por aspectos que pueden pasar inadvertidos en un examen médico rutinario, como pueden ser cambios en la memoria, en la orientación espacial, el reconocimiento de figuras, etc.

En cuanto a los tumores cerebrales, una proporción importante se deriva del tejido glial, por lo que son conocidos como gliomas. En conjunto, representan aproximadamente el 50% de los tumores del sistema nervioso central. La velocidad de su crecimiento y su malignidad son muy variables. Aparte de los gliomas hay otros tipos de tumores, como los metastásicos y los meningiomas. Estos tres tipos constituyen alrededor del 75% al 80% de los tumores hallados en el encéfalo.

CONSECUENCIAS DEL DAÑO CEREBRAL SOBREVENIDO

Después de sufrir una lesión cerebral se presentan una serie de problemas físicos, emocionales, cognitivos, sensoriales, sociales y económicos, en la mayoría de los casos, que interferirán en la

rehabilitación de los afectados perturbando, en mayor o menor medida, la vida familiar, laboral, escolar y social.

La independencia del afectado queda seriamente comprometida y el peso que tiene que soportar la familia llega a ser, en la mayoría de las ocasiones, insostenible.

Las secuelas que sufren las víctimas de un daño cerebral pueden ser temporales y pasajeras o, como suele ser habitual, perdurar en el tiempo.

Desde el punto de vista mental, los problemas más frecuentes son la falta de concentración, la pérdida de memoria y de capacidad de aprendizaje. También son comunes los cambios de personalidad asociados a comportamientos socialmente inapropiados, cambios de comportamiento súbitos, sentimientos depresivos, accesos de cólera, pasividad, negativismo, desorientación y negación de los síntomas, entre otros.

Debe tenerse en cuenta que cada daño cerebral es diferente, ya que depende de las áreas afectadas del cerebro responsables de unas funciones específicas. Las lesiones en múltiples áreas pueden causar déficits e incapacidades distintas.

Las lesiones cerebrales alteran frecuentemente la capacidad de una persona para saber o entender el mundo que le rodea, es decir, experimentan dificultades para procesar la información, lo que da lugar a una reducción de su capacidad para responder adecuadamente a los acontecimientos. Hay seis áreas generales de cognición que comúnmente se deterioran después de una lesión cerebral. Éstas son: atención y concentración, procesamiento visual,

memoria, razonamiento y juicio, funciones ejecutivas y comunicación. Además, normalmente hay un ralentizamiento global en el procesamiento mental que hace que al individuo le lleve mucho más tiempo pensar y responder que antes de la lesión cerebral.

La queja más frecuente de las personas que han sufrido una lesión cerebral es la reducción en su capacidad de memoria. Los afectados pueden sufrir amnesia postraumática, cuando no son capaces de retener la información de un momento a otro, especialmente tras despertarse del coma. También puede darse la amnesia retrógrada, que se manifiesta cuando la persona es incapaz de recordar el intervalo de tiempo inmediatamente anterior al accidente. Los diferentes tipos de amnesias pueden ser experimentados por los pacientes durante muchos años después de su accidente. Las estadísticas indican que el 70% de las personas con TCE continúan experimentando dificultades de memoria un año después de la lesión.

Los problemas conductuales que se producen como consecuencia de las lesiones cerebrales son, probablemente, los más difíciles de entender y de tratar dentro del conjunto de dificultades que surgen. Hay que tener en cuenta tres factores básicos para comprender mejor el estado psicosocial de la persona con lesión cerebral: es importante conocer la personalidad del paciente antes de la lesión, conocer la localización de ésta, es decir, las partes del cerebro que han resultado dañadas y son responsables del control de determinadas conductas y, por último, considerar el ambiente familiar con el que se encuentra el paciente al abandonar el hospital. La forma en que los amigos y los parientes

responden a los cambios observados en su allegado pueden facilitar o inhibir la adaptación positiva a su nueva situación.

Hay una serie de problemas psicosociales que ocurren muy a menudo, como la conducta impulsiva, la irritabilidad, frustración, depresión, falta de ánimo e indefensión aprendida, bajo interés y escasa motivación, entre otros. Los problemas intelectuales y conductuales como consecuencia de lesiones cerebrales tienden a ser más comunes y persistentes que los problemas físicos. Por eso es necesario que estas personas reciban un tratamiento efectivo de estas áreas bajo la supervisión de un neuropsicólogo.

Los trastornos físicos son, sin lugar a dudas, una de las secuelas más importantes que padecen la mayoría de personas que han sufrido un daño cerebral. Los afectados con lesión cerebral severa sufren diferentes daños en el sistema nervioso, especialmente en las estructuras del sistema motor. Algunas de las modificaciones que puede sufrir éste son: déficits motores o alteración de la fuerza contráctil de los músculos, trastornos del tono y de los reflejos, movimientos anormales (temblores, mioclonías y discinesias) y alteraciones en el gesto o apraxias. Pueden darse también una serie de déficits como la parálisis, hemiplejía, hemiparesia, paraplejía, o paraparesia. En cuanto a los trastornos del tono y reflejos musculares se puede producir una hipertonía o una hipotonía.

RECUPERACIÓN DE UN DAÑO CEREBRAL

El proceso de recuperación de un daño cerebral es muy variable y difícil de predecir. Los patrones generales y las medias estadísticas

se conocen razonablemente bien, pero hay muchas excepciones, y estas reglas generales no son siempre útiles para predecir lo que va a ocurrir en un caso individual concreto.

La rehabilitación es el proceso que facilita desarrollar en el afectado su máximo potencial. Como norma general, la rehabilitación debe comenzar lo antes posible, una vez que el paciente se encuentre en una situación relativamente estable. La meta de la rehabilitación es reintegrar a la persona al nivel de funcionamiento más independiente que sea posible.

No existe daño cerebral demasiado leve para ser ignorado, ni demasiado severo para perder las esperanzas

La rehabilitación debe abordarse desde dos perspectivas: la neuropsicológica y la física. La terapia del habla y el lenguaje es una parte importante de este proceso, ya que la lesión cerebral casi siempre produce alteraciones en las habilidades comunicativas. Las alteraciones de la personalidad y de la conducta que siguen al daño cerebral pueden ser modificadas. Algunas de éstas parecen deberse al daño cerebral mismo, mientras que otras, al parecer, son una reacción a la experiencia traumática y a las consecuencias, tanto físicas como mentales, que conlleva el accidente.

La rehabilitación neuropsicológica está orientada a reorganizar

las facultades mentales superiores: pensamiento, solución de problemas, toma de decisiones... Actualmente, se están usando con buenos resultados los programas de modificación de conducta y la psicoterapia para la rehabilitación de los problemas psicosociales en personas con daño cerebral.

La rehabilitación cognitiva es relativamente un área nueva de tratamiento que abarca el conjunto de estrategias diseñado para remediar los trastornos de atención, procesamiento visual, memoria, etc. Los estudios realizados inicialmente ratifican el uso del tratamiento cognitivo como una efectiva herramienta de rehabilitación para personas con lesión cerebral. A medida que las habilidades de atención, funcionamiento de la memoria, y capacidad de pensamiento mejoran, las personas pueden volver, en muchos casos, a un empleo remunerado y a una vida independiente.

LA FAMILIA, EL PRINCIPAL APOYO PARA LA RECUPERACIÓN

Cuando ocurre un daño cerebral, tanto la familia como el afectado resultan traumatizados. En muchos casos, el daño cerebral es definido por la familia como algo peor que la propia muerte, ya que la familia está sometida constantemente a una tensión emocional, física e, incluso, financiera. La familia es la base de la rehabilitación del afectado, por consiguiente, es de vital importancia mantener la energía física y emocional el máximo tiempo posible.

Las personas que sufren una lesión cerebral pierden, normalmente, la capacidad para ser responsables de sus propios actos. Suelen ser entonces los encargados de su cuidado (personal sanitario,



familiares, etc.) los que asumen parte de esta responsabilidad.

Según señala la Organización Mundial de la Salud (OMS), “la verdadera rehabilitación termina cuando cada persona discapacitada alcanza su máximo potencial”, incluyendo, claro está, la oportunidad de poder trabajar y relacionarse con sus iguales.

Las familias que se enfrentan al problema de tener un ser querido con una lesión cerebral raramente tienen personas a su alrededor que se encuentren en su misma situación. Por ello, necesitan guiarse del equipo de rehabilitación, de los grupos de apoyo y de las organizaciones de personas que se han visto inmersas en la misma problemática.

APANEFA

Desde el momento en que una persona ingresa en un hospital tras sufrir un daño cerebral, independientemente del tiempo que permanezca allí, es necesario iniciar un proceso de rehabilitación psicológico y fisiológico. Los afectados y sus familiares necesitan prepararse para la nueva situación a la que se enfrentan, ya que se encuentran abrumados y perdidos.

Pero no están solos, pueden contar con APANEFA, Asociación de Pacientes y Familiares de Daño Cerebral Sobvenido, que es una Organización No Gubernamental (ONG) cuyos miembros son afectados de daño cerebral traumático. Está integrada, además, por familiares y socios colaboradores. La asociación surge en el Hospital Ramón y Cajal, en marzo de 1994, por iniciativa de Carmen Rodríguez y Paz Pernas.

“Nuestra asociación tiene como uno de sus objetivos fundamentales ofrecer al afectado y a la familia el apoyo que necesiten durante

todo el proceso hospitalario y extrahospitalario. Otro objetivo, no menos importante, es ofrecer alternativas para la readaptación social del afectado, creando y desarrollando programas de intervención social, familiar, laboral u ocupacional, para lo cual pretendemos colaborar y trabajar con las diferentes entidades y profesionales relacionados con nuestro colectivo. Asimismo, pretendemos colaborar en campañas de prevención de accidentes y de discapacidad y en programas de investigación”, explica Ana Chicharro, presidenta de Apanefa.

Apanefa pone a disposición de los asociados una serie de programas básicos de asesoramiento e información, un programa de atención a la familia y un programa de reinserción social. Según M^a Victoria Palomar Fernández, psicóloga de Apanefa, “el programa de asesoramiento supone la primera toma de contacto de la familia con nuestra asociación y sirve para orientarles sobre los profesionales que tienen que tratar a su familiar para acelerar el proceso de rehabilitación. Dentro de este programa está el proyecto de orientación y apoyo a las familias en la fase hospitalaria, en el que se realizan visitas a los hospitales en los que sabemos que hay afectados. Incluso los trabajadores sociales de los centros sanitarios nos derivan los casos que se registran desde la UVI”.

El programa de atención a la familia está integrado por tres proyectos: existe un proyecto de formación para familiares, donde se informa sobre el daño cerebral, las secuelas que se producen y cómo reorganizar el núcleo familiar ante

los problemas que surgen. Hay unos grupos de autoapoyo que mantienen contactos con periodicidad mensual, en los que el grupo resuelve los problemas que se suscitan en el seno de cada familia. El tercer proyecto consiste en una atención psicológica individual que trata de paliar los sentimientos de angustia y depresión que sienten los familiares de los afectados.

El programa de reinserción social engloba un proyecto de Terapia Ocupacional que se desarrolla en la sede de la asociación, y un programa de Ocio y Tiempo libre, que comenzó en 1996 y tiene unos excelentes resultados. El grupo de Ocio está formado por unos 15 afectados, acompañados por un grupo de “Voluntarios para el Desarrollo”.

M^a Victoria Palomar explica que, desde Apanefa, lo que se pretende básicamente “es conseguir que cada afectado recupere el 100% de lo rehabilitable. Para esto queremos lograr que la Administración Sanitaria cubra la rehabilitación de estos pacientes, porque actualmente no lo hace y los afectados necesitan rehabilitación, si no de por vida, durante un periodo muy prolongado para conseguir recuperarse”.

Apanefa cuenta en la actualidad con unas 500 familias asociadas. Sus principales fuentes de financiación son las cuotas anuales de los socios, aunque también se han puesto en marcha distintas iniciativas con el objetivo de recaudar fondos para la asociación, como la gala benéfica celebrada en el Centro Cultural de la Villa de Madrid y las I Jornadas sobre Daño Cerebral Sobvenido. “Desde 1996 contamos con una serie de pequeñas subvenciones del IMSERSO, de la Comunidad de Madrid y de la cuota de IRPF”, matiza M^a Victoria Palomar.

Del mismo modo, Apanefa tiene acuerdos de colaboración con distintas asociaciones y es miembro fundador de la Federación Española de Daño Cerebral (FEDACE), formada por un total de ocho asociaciones con sede en distintas provincias españolas: Bilbao, San Sebastián, Vitoria, Zaragoza, Pamplona, Sevilla, Valencia, Palma de Mallorca, Barcelona y Madrid.

El principal problema al que se enfrentan los afectados de daño cerebral sobrevenido es la imprecisión que muestra el Ministerio de Asuntos Sociales (IMSERSO) a la hora de reconocer a los afectados como una categoría con una discapacidad específica que necesita servicios apropiados y orientados adecuadamente. Actualmente no existe un reconocimiento claro de la situación de estos afectados, dado que se produce una confluencia de problemas físicos y psíquicos, en la mayoría de los casos. Los afectados se encuentran ante la existencia de escasos organismos o entidades sociales capaces de ofrecerles salidas para que se puedan reinsertar en el mundo laboral, una vez que estén lo más recuperados posible de su daño cerebral. Los organismos son escasos ya que la sociedad no está preparada aún para asumir las consecuencias de los daños cerebrales. Se necesita más tiempo para crear centros específicos que fomenten el máximo potencial de estas personas y consigan el desarrollo de una calidad de vida lo más digna posible.

Ana Chicharro informa que “las posibilidades de recuperación de un daño cerebral traumático son muy amplias, tanto en lo físico como en lo psíquico. La constancia es fundamental, así como la aplicación del tratamiento adecuado durante el tiempo que sea necesario, por lo que las revisiones

periódicas son imprescindibles. De ahí la necesidad de crear centros que proporcionen programas de rehabilitación intensivos que traten áreas físicas, cognitivas, emocionales, actividades de la vida diaria, ocio y formación laboral. Si esto se lleva a cabo de modo sistemático, el afectado de daño cerebral tendrá grandes posibilidades de volver a ser independiente, estudiar y encontrar un trabajo que le reintegre a la sociedad y le permita subsistir por sus propios medios. Pero siempre teniendo en cuenta que su integración social no consiste sólo en que tenga un puesto de trabajo, sino un puesto en nuestra sociedad”.

Con respecto a la actitud que muestra la Administración Sanitaria con respecto a estos afectados, M^a Victoria Palomar piensa que “es de total despreocupación, porque les salvan la vida, pero luego no saben muy bien en qué estado quedan”.

“Apanefa ha conseguido que cada vez que ocurre un accidente y hay un afectado de daño cerebral, las familias vengán antes a nuestra asociación, que no esperen a que pasen 5 años para contactar con nosotros. Los trabajadores sociales, los Auxiliares de Enfermería, los enfermeros, etc., nos derivan los casos desde UVI, en la mayoría de los hospitales de Madrid, por tanto, la rehabilitación de estas personas comienza mucho antes, con el beneficio que esto conlleva para ellos”, prosigue M^a Victoria Palomar.

“El colectivo de Auxiliares de Enfermería muestra una gran preocupación por los afectados de daño cerebral traumático y son muchos los que contactan con nosotros para ver cómo pueden ayudar a estas personas en su rehabilitación. El papel del personal de enfermería es muy importante, ya que con los médicos a veces es más difícil

contactar y que se den cuenta del problema de estos afectados”, declara M^a Victoria.

Asimismo, Apanefa está participando en un proyecto, que se pondrá en marcha hacia febrero de este año, que pretende la creación de una Mesa Nacional para informar al personal sanitario de las funciones que lleva a cabo la asociación y de la problemática con la que se encuentran los pacientes y sus familiares cuando salen de los centros hospitalarios para que puedan ayudarles a mejorar su situación. Según M^a Victoria Palomar, “este tipo de información es muy importante para el personal sanitario porque no deben limitarse a salvar las vidas de estas personas, sino intentar ofrecer a los pacientes una calidad de vida lo más óptima posible”.

FICHA TÉCNICA



NOMBRE

APANEF-A (Asociación de Pacientes y Familiares de Daño Cerebral Sobrevenido)

DIRECCIÓN

C/ Corregidor Diego de Valderrábano n^o 21, 13^o A. Madrid 28030

TELÉFONO- FAX

91 - 328 10 64

DONACIONES

CC: 2038/2442/31/6000171689

BIBLIOGRAFÍA

Dossier informativo para las familias que tienen un afectado de Daño Cerebral Sobrevenido.
M^a Victoria Palomar Fernández,
psicóloga de Apanefa.



DE LA OVEJA DOLLY A UN CLON HUMANO

Montse García

La primera vez que la opinión pública empezó a oír a hablar de clonaciones fue por culpa de los dinosaurios del Parque Jurásico de Steven Spielberg en 1994. Todavía nos parecía pura ciencia-ficción hasta que en la primavera de 1997 conocimos a la oveja Dolly y empezó un polémico debate sobre las posibilidades y la conveniencia de las clonaciones. Ahora, este debate se ha avivado con el anuncio de un científico estadounidense, Richard Seed, que informó recientemente sobre su intención de llevar a cabo clonaciones con humanos. Técnicamente podría llegar a ser viable a corto plazo.

Richard Seed, experto en problemas de fertilidad, piensa seguir la misma técnica empleada por el Instituto Roslin de Edimburgo para lograr a Dolly: extraerá a una mujer un óvulo no fertilizado, le quitará el núcleo, que es donde se guarda casi toda la información genética, y lo sustituirá por el núcleo de otra célula adulta. Entonces, y esta es la fase más delicada del proceso, engañará al óvulo para que empiece a dividirse como si hubiera sido fecundado por un espermatozoide. Pero si el óvulo no es activado de manera correcta es muy posible que el embrión no alcance la fase de implantación en el útero o puede que las células en las que se divide no tengan las proporciones adecuadas para llevar a cabo el desarrollo normal de un feto. De hecho, Dolly resultó un éxito tras 277 intentos fallidos con otras ovejas.

Seed mantiene su deseo de llevar a cabo la clonación humana para lo que necesita dos millones de dólares, unos 300 millones de pesetas. Su objetivo "es montar una clínica de clonación humana en el área de Chicago, lograr que dé beneficios y, cuando sea rentable, extenderla a 10 o 20 sitios de Estados Unidos y puede que cinco o seis fuera del país". En el caso de que Estados Unidos prohibiera este tipo de investigación, Seed ha anunciado que irá a México, donde las técnicas genéticas no están reguladas.

No podrá hacerlo en países europeos, puesto que el Consejo de Europa aprobó el pasado mes de enero el primer instrumento jurídico internacional sobre la prohibición de la clonación humana (España, que se adherirá a este protocolo, fue el primer país europeo en prohibir esta práctica en 1988). Asimismo, la Declaración Universal sobre el Genoma Humano que la Unesco aprobó el pasado 11 de noviembre establece "la prohibición de las prácticas contrarias a la dignidad humana con fines de reproducción de personas, tales como la clonación". Por su parte, la Casa Blanca ha calificado el proyecto de irresponsable y Clinton quiere que la clonación humana sea prohibida durante al menos cinco años por ley. (Aunque no ha especificado sus intenciones pasado este tiempo).

En estos momentos la Administración Clinton ha suspendido los fondos públicos para estos experimentos. Apoya la clonación del ADN de las personas y de los animales porque, según el presidente, no plantea las mismas cuestiones éticas y puede ser beneficiosa para la medicina y la agricultura; sin embargo, es contraria a la clonación de indivi-

duos en su totalidad. Por este motivo, financia algunos experimentos de clonación —entre ellos uno de monos—, pero es contrario a pasar la frontera de lo humano.

Hasta ahora nadie ha intentado la clonación con seres humanos e incluso en el resto de mamíferos, los estudios sobre clonación están en sus inicios.

Junto a los problemas éticos hay todavía cuestiones estrictamente científicas sin respuesta. Los creadores de la oveja Dolly señalaron que un clon humano no podrá jamás ser una raza superior, porque se verá afectado por un nivel inaceptable de mortalidad en el momento de nacimiento (como sucedió con los clones de ovejas), de mortalidad infantil, cáncer y probablemente de envejecimiento prematuro, ya que no se sabe todavía si el clon tiene cuando nace la edad del ser humano clonado o no.

Richard Seed es una buena noticia. Además de mostrarse contrario a la prohibición de clonación de humanos, considera que "todo lo que científicamente se pueda hacer se hará y la sociedad debe de estar influenciada filosóficamente, modulada y conformada para poder hacer clonaciones humanas sin que tenga una repercusión malévolamente sobre el ser humano". Su conclusión es tajante: "esté de acuerdo o no con la clonación, se va a hacer".

Richard Seed comenzó hace veinticinco años con las investigaciones en reproducción asistida, logrando hace décadas transferir el primer embrión humano de una mujer a otra. Por ello, considera que con la clonación pasará como con la fertilización *in vitro*. Al principio, habrá todo este clamor en contra; luego se calmarán las aguas y se verá como algo

“ Un clon humano no podrá ser jamás una raza superior, porque se verá afectado por un nivel inaceptable de mortalidad en el momento de nacimiento, cáncer y envejecimiento prematuro ”

Las reacciones en contra no se hicieron esperar y los científicos calificaron el proyecto de Seed de vanidoso, sensacionalista y bárbaro. Sin embargo, no todo han sido voces en contra el presidente de la Real Academia de las Ciencias Exactas, Físicas y Naturales, Ángel Martín Municio, confesó que desde el punto de vista científico el anuncio de

completamente asimilado por la sociedad. Opina que tendrá efectos beneficiosos no sólo para las parejas estériles, también para los casos de padres con enfermedades hereditarias que podrían evitar que se transmitieran a los hijos".

En definitiva, el tiempo confirmará la posibilidad de encontrar gemelos idénticos, sólo que una generación más jóvenes.

CITAS

- “Si los que hablan mal de mí supieran exactamente lo que yo pienso de ellos, aún hablarían peor”. **Sacha Guitry.**
- “Hay quien cruza el bosque y sólo vé leña para el fuego”. **Leo Nikolaevich.**
- “Para millones y millones de seres humanos el verdadero infierno es la Tierra”. **Arthur Schopenhauer.**
- “Es totalmente cierto que el vino gana con la edad, cuanto más viejo me voy haciendo, más me gusta”. **Anónimo.**
- “Lo que todas las personas tenemos en común no es el espíritu, sino el destino”. **Elisabeth de Austria.**
- “Nuestra envidia dura siempre más que la dicha de aquellos que envidiamos”. **François Alexandre.**
- “Seguir un consejo significa posponer la responsabilidad”. **Johannes Urzidil.**
- “Exagerar la propia fuerza significa descubrir la propia debilidad”. **Emil de Girardin.**
- “Decídate y serás libre”. **Henry Wads Worth.**
- “El carácter de una persona sólo se descubre cuando se convierte en patrón”. **Erich María Remarque.**

SOPA DE LETRAS B

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

Localiza siete músculos de la pierna.

SOPA DE LETRAS A

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

Localiza siete músculos del tronco.

SOLUCIONES

Sopa de Letras A

Sopa de Letras B

ESTOS LIBROS TE INTERESAN...



FUNDACION PARA LA FORMACION Y AVANCE DE LA ENFERMERIA

Valverde, 1 - 28004 Madrid - Tel.: 521 52 24 Fax 521 53 83

RUEGO ME ENVIE 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.)

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.)

* Todos los precios incluyen I.V.A.

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.....)

TEMARIO DEL CONCURSO OPOSICION PARA AUXILIARES DE ENFERMERIA AL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD

P.V.P. 4.490 pts. (afiliados 3.490 pts.)

CUESTIONARIO DEL CONCURSO OPOSICION PARA AUXILIARES DE ENFERMERIA AL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD

P.V.P. 3.490 pts. (afiliados 2.490 pts.)

OBRA COMPLETA (dos volúmenes)

P.V.P. 6.100 pts. (afiliados 4.900 pts.)

Nombre y apellidos.....

Afiliado a SAE: Sí No N° de afiliación

Dirección.....

Provincia.....

Población..... C. P.....

Teléfono.....

