



nº 17 • Revista de Auxiliares de Enfermería

- *Auxiliares de Enfermería en Bosnia*
- *Entrevista con el Dr. Simón Viñals*
- *IX Congreso Nacional de F.A.E.*

# Las células del cordón umbilical; *una esperanza*

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



A todos los

Auxiliares de  
Enfermería

**S.A.E.**

SINDICATO DE AUXILIARES DE ENFERMERIA



**CAUDAL**

**PREGUNTE A  
SU DELEGADO  
ÉL LE INFORMARÁ**

**Exclusivo para afiliados S.A.E.  
y sus FAMILIARES:**

Las tarifas más competitivas, con precios aún más bajos.

Avalados con la garantía y solvencia de pertenecer al GRUPO ZURICH.

**Y ahora, por el mismo precio,  
Coberturas más amplias...**



**Su coche más  
seguro durante los  
dos primeros años**

Indemnización del 100% de valor de nuevo durante los dos primeros años de matriculación en caso de Siniestro Total o Robo.

**Ampliación del  
Servicio de Grúa**

Dentro de la garantía de Asistencia en Viaje, en caso de avería o accidente, podrá elegir el taller o concesionario oficial donde reparar su vehículo, dentro de su provincia o provincias limítrofes en que se encuentre el mismo.

**Agilidad**

- Rapidez y agilidad en la recepción de declaraciones de accidentes a través de teléfono, fax o correo.
- Una extensa red de oficinas por todo el territorio nacional.
- Peritación inmediata en el taller que usted elija o en nuestras oficinas.

**Comodidad**

- El Departamento de Atención al Cliente podrá atenderle de cuantas consultas desee realizar con línea gratuita de teléfono:

**900 - 13 14 15**

**AHORA, si solicita una  
oferta (sin compromiso)  
para el seguro  
de su coche**



**En el caso de  
Ampliación a un  
Segundo Conductor**

Si tiene un hijo menor de 25 años y con menos de 2 años de carnet y ocasionalmente conduce su vehículo, le incluiremos como Segundo Conductor en su póliza, con un mínimo coste, siempre pensando en su seguridad.

**Insolvencia del  
contrario**

Insolvencia del contrario (declarada en sentencia firme), cobertura de hasta 200.000 ptas. cuando nuestro conductor no sea responsable del siniestro



**Nuestro  
Departamento  
de Atención al  
Cliente podrá  
informarle de  
cuantas consultas  
desea realizar**

**CAUDAL le**

**regala**

**este práctico**

**MAPA DE**

**CARRETERAS**

**de España y**

**Portugal**

OFERTA VALIDA HASTA FIN DE EXISTENCIAS





## 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 Arístu  
Pilar Lozano  
María José Ruiz  
Carmen Padilla  
Celia Mora

**Colaborador fotográfico**  
Gaby Moya

**Edita**  
F.A.E. (Fundación para la  
Formación y Avance de  
la Enfermería)

**Administración,  
redacción y  
servicios comerciales**  
Valverde, 1, 9.º Dcha.  
28004 Madrid  
Tel. 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



### CONGRESOS

EL IX CONGRESO NACIONAL DE AUXILIARES DE ENFERMERÍA REUNIÓ A UN CENTENAR DE AUXILIARES PARA DEBATIR LOS CUIDADOS INTEGRALES MATERNO-INFANTILES.

## 6

### CÉLULAS DEL CORDÓN UMBILICAL

LA DONACIÓN DE CÉLULAS DEL CORDÓN UMBILICAL ABRE UNA PUERTA A LA ESPERANZA DE LOS TRANSPLANTES DE MÉDULA ÓSEA Y OTRAS ENFERMEDADES.



## 11

### COMITÉ CIENTÍFICO DE F.A.E.

CINCO PROFESIONALES DE RECONOCIDO PRESTIGIO INTEGRAN EL COMITÉ CIENTÍFICO DE F.A.E. PARA FOMENTAR LA INVESTIGACIÓN Y LA REDACCIÓN CIENTÍFICA ENTRE LOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA.

### ADELA

LA ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA ES UNA GRAVE ENFERMEDAD QUE INVADIRÍA EL CUERPO DE LOS AFECTADOS A TRAVÉS DE UNA PROGRESIVA DEGENERACIÓN NEUROLÓGICA QUE TRAE CONSIGO UNA CONTINUA PÉRDIDA DE FUERZA Y COORDINACIÓN.

## 37



### UN AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN BOSNIA

LA SOLIDARIDAD LLEVÓ A UN AUXILIAR DE ENFERMERÍA CEUTÍ A COLABORAR EN BOSNIA CON LOS MÁS NECESITADOS.

## 39

## 46

### ENTREVISTA

EL DOCTOR SIMÓN VINALS, CONCEJAL DELEGADO DEL ÁREA DE SALUD Y CONSUMO DEL AYUNTAMIENTO DE MADRID, NOS CUENTA SU OPINIÓN SOBRE LOS PROFESIONALES AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y EL PAPEL QUE DESEMPEÑAN EN LA SANIDAD ESPAÑOLA.



### ASISTENCIA SANITARIA MUNICIPAL

EL SERVICIO DE ASISTENCIA MUNICIPAL DE URGENCIA Y RESCATE (SAMUR) SE DEDICA A PRESTAR ASISTENCIA SANITARIA Y A RESOLVER RÁPIDA Y EFICAZMENTE TODAS AQUELLAS EMERGENCIAS Y SITUACIONES DE CATÁSTROFE QUE TIENEN LUGAR DIARIAMENTE EN LA CIUDAD DE MADRID.

## 49





# Editorial

# R



Recogemos en este número de NOSOCOMIO la experiencia y la vivencia de un Auxiliar de Enfermería ceutí que renunció a un mes de sus vacaciones, de su rutina y de sus experiencias habituales para colaborar desinteresadamente con los demás. Sin embargo, somos conscientes de que éste no es el único profesional Auxiliar de Enfermería que ha colaborado en proyectos humanitarios, aunque no podemos recoger el testimonio de todos ellos y rendirles nuestro pequeño pero sincero homenaje. Muchos de ellos, ante la imposibilidad real de desplazarse a las zonas conflictivas y necesitadas, han dado su muestra de solidaridad en donaciones y colaboraciones cada vez que, desgraciadamente, se necesitaban.

La del Auxiliar de Enfermería es una profesión que se caracteriza por la entrega a los demás. Éstos, probablemente más que ningún profesional sanitario, son conscientes de que la calidad asistencial que se presta debe abarcar todos los aspectos del ser humano, tanto el alivio y curación del mal puramente físico como el apoyo psicológico que, en muchas ocasiones es causa y consecuencia de los males físicos. Esta doble vertiente de entrega física y moral, donde más se materializa es en aquellas zonas donde la desgracia y la desolación han dejado su huella. La única sonrisa que pueden recibir es la de quienes se han desplazado centenares de kilómetros para dar el apoyo moral, solidario y humano que una catástrofe, una guerra o un problema endémico está arrebatando por minuto a millones de personas en todo el mundo.

La entrega de los Auxiliares de Enfermería y de todos los profesionales sanitarios fue percibida incluso por el Ministerio de Sanidad, que ante la catástrofe provocada recientemente en Centroamérica por el huracán Mitch puso en marcha un programa de reclutamiento de profesionales sanitarios para que, en el caso de que fuera solicitado por estos países, se desplazaran a Honduras, Nicaragua, El Salvador y Guatemala, y que pudieran o quisieran desprenderse de su rutina durante un periodo de entre uno y tres meses. Al cierre de esta edición de NOSOCOMIO no tenemos los datos oficiales sobre el número de profesionales que atendieron la llamada, pero sí una confirmación ministerial de que la respuesta de éstos fue masiva; tal y como corresponde a profesionales entregados y solidarios.



# BUZÓN de

# SUGERENCIAS



En su afán por mantener una relación estrecha y fluida con sus lectores, NOSOCOMIO inaugura en este número una nueva sección para dar cabida a cuantas sugerencias tengan a bien realizarnos nuestros lectores. En este Buzón de Sugerencias aparecerán aquellas misivas enviadas a la redacción de NOSOCOMIO con las aportaciones de nuestros lectores. Como ocurre en cualquier publicación, las cartas destinadas a esta sección deben ajustarse a unas normas concretas: los textos no deben exceder de 30 líneas mecanografiadas. Es imprescindible que estén firmados y que consten el domicilio, el teléfono y el número del D.N.I. o pasaporte de sus autores. NOSOCOMIO se reserva el derecho de publicar tales colaboraciones, así como de resumirlas o extractarlas cuando lo considere oportuno. No se devolverán los originales ni se facilitará información postal o telefónica sobre ellos.

## QUEREMOS OPINAR

Muy Sres. míos:

Considero que las aportaciones que se realizan en esta revista son muy valiosas para todos los Auxiliares de Enfermería. Aunque sé que no es una excusa válida, personalmente me resulta difícil realizar un trabajo de investigación por falta de tiempo; no obstante, me gustaría tener la oportunidad de hacer algunas aportaciones, sugerencias o matizar algunas cuestiones que aparecen en la revista. Por eso sugiero la posibilidad de abrir una sección de cartas en las que los lectores podamos hacer nuestras aportaciones sin necesidad de elaborar un riguroso estudio. Sin otro particular, salvo mi felicitación por su revista, y esperando tengan a bien esta consideración, les saluda cordialmente:

*Nieves Casado  
Auxiliar de Enfermería  
Sevilla*

## UNA IMAGEN VALE MÁS QUE MIL PALABRAS

Muy Sres. míos:

Considero que NOSOCOMIO es una publicación básica no sólo para los Auxiliares de Enfermería sino para el resto de los profesionales sanitarios. Creo que la calidad de los trabajos presentados es un elemento básico en nuestra formación. Sin embargo, echo en falta en la presentación de éstos la publicación de gráficos o fotografías específicas e informativas sobre las cuestiones que se están presentando.

Si una imagen vale más que mil palabras, como suele decirse, en el caso de los trabajos científicos la presentación de imágenes suele ser una necesidad básica. Por eso rogaría a los Auxiliares de Enfermería, autores de trabajos para esta separata, que adjuntaran fotografías o gráficos.

*David Vázquez  
Auxiliar de Enfermería  
Madrid*

## UNA GRAN REVISTA

Estimados señores:

Me permito dirigirles esta carta para darles la enhorabuena por la revista NOSOCOMIO. Considero que ya era hora de que existiera una revista de estas características para los Auxiliares de Enfermería que nos diera la oportunidad de poder publicar los trabajos que realizamos y que, hasta ahora, nadie tenía en consideración. Éramos los hermanos pequeños de la sanidad y parecía que nuestras aportaciones no interesaban a nadie, por lo que la aparición de una revista de estas características supuso en su momento un gran aliciente para toda la profesión. El motivo de esta carta no es otro que felicitarles por la revista conseguida, que me parece estupenda en cuanto a los temas y presentación.

*Luisa Estébanez  
Auxiliar de Enfermería  
Jaén*





## En el IX Congreso Nacional de Auxiliares de Enfermería celebrado en Cáceres

Montse García

**L**a ciudad de Cáceres, patrimonio de la humanidad, fue el lugar elegido para celebrar el IX Congreso Nacional de Auxiliares de Enfermería, al que acudieron cerca de 400 Auxiliares de Enfermería para debatir la problemática y las experiencias de los Auxiliares en los Cuidados Integrales Materno Infantiles.

A la inauguración acudieron las principales autoridades autonómicas y locales, representadas las primeras por el consejero de Bienestar Social de la Junta de Extremadura, Guillermo Fernández Vara, por el subdirector territorial del Insalud, José María Rivera Porras, y por Adela Sánchez, de la Diputación Provincial de Cáceres. Las autoridades locales estuvieron representadas, por su parte, por la máxima autoridad del consistorio, el alcalde José María Saponi.

En la presentación del acto, que corrió a cargo de María Luisa Barrantes Viega, presidenta del Comité Organizador, ésta afirmó que el objetivo fundamental de este congreso es

potenciar la calidad asistencial en las unidades materno infantiles “unificando criterios de actuación profesional, coordinando el apoyo socio-sanitario en la atención al niño y cuidando la educación sanitaria tanto de las madres como de la población infantil”.

Por su parte, Pilar Lozano, patrona de la F.A.E., expuso “la necesidad de que los Auxiliares de Enfermería participen en estos actos científicos, ya que supone una gran oportunidad para ampliar conocimientos y actualizar los existentes. La formación continuada, explicó, es una responsabilidad personal de los profesionales sanitarios obligados a estar permanentemente informados ante los nuevos avances y técnicas”.

Francisco Javier Alonso de la Torre Núñez, psicólogo del Centro de Salud Mental de Cáceres, fue el encargado de abrir las sesiones con la ponencia titulada *Cuidado Integral a la madre joven. Una perspectiva psicológica*, en la que abordó las especiales características que rodean

este tipo de maternidad. Para Francisco Javier Alonso hay que ofrecer, por parte de los profesionales que la atienden, un apoyo psicológico “para que la joven madre pueda superar las inseguridades y problemas emocionales que pudieran presentarse y obtener así la mejor adaptación posible en la salud psicosocial de la madre y del hijo”.

Ana Isabel Angosto, Raquel Jarabo, Teresa Leal y Dolores Palacios, Auxiliares de Enfermería del Hospital General de Getafe, abordaron el tema de *Los cuidados del recién nacido con síndrome de abstinencia*, destacando que son fácilmente detectables por sus síntomas generales: irritabilidad, temblores, alteraciones del sueño, llanto agudo y persistente, hipertonia, hiperreflexia, reflejo del moro de bajo umbral, alteraciones de la succión y convulsiones, entre otras, “siendo necesario —según las autoras— ofrecerles una serie de cuidados especiales y afectuosos que aceleren su recuperación para que puedan ser dados de alta cuanto antes”.





## PREMIO A LA MEJOR COMUNICACIÓN

Patricia Regules, Auxiliar de Enfermería del Hospital Comarcal de Ondarribia (Guipúzcoa), fue la galardonada por el Comité Científico de este IX Congreso Nacional con el primer premio a la mejor comunicación, titulada *Observaciones pediátricas de un Auxiliar de Enfermería*. Esta Auxiliar afirma en su trabajo que, si bien tiene gran relevancia el oportuno diagnóstico por parte del pediatra, no lo es menos la atención que presta el personal de enfermería en todo el proceso, desde el ingreso del niño hasta su alta, encargándose en el primer caso del contacto diario y directo tanto con el paciente como con sus familiares.

Para Patricia Regules "es fundamental el trabajo en equipo, la colaboración entre los distintos estamentos médicos, de enfermería, también, no sanitaria, ya que de ello depende no sólo un buen tratamiento en cuanto a diagnóstico, sino conseguir una estancia amable para el paciente y más soportable para sus acompañantes".

Resulta imposible citar en estas páginas todas las comunicaciones y ponencias que se presentaron, puesto que fueron muchos los profesionales Auxiliares de Enfermería que participaron activamente en este Congreso con la presentación de ponencias y comunicaciones, que todos coincidieron en calificar de un alto nivel científico y de gran interés para todos los asistentes, dado que contribuyen a la formación ampliando sus conocimientos o actualizando los ya existentes. Algunas de ellas se irán publicando progresivamente en la separata central de nuestra

*Las autoridades locales inaguran el IX Congreso Nacional de Auxiliares de Enfermería*



*El acto congregó a 400 Auxiliares de Enfermería para debatir los aspectos planteados*



*Dolores Martínez, presidenta de F.A.E. hace entrega del premio a la mejor comunicación a Patricia Regules*



revista habida cuenta del interés de las aportaciones realizadas en las mismas.

En este sentido, la conclusión más relevante de este IX Congreso Nacional fue la innegable relevancia del papel que desempeña el Auxiliar de Enfermería en la atención a estos pacientes, ya sea a las madres o a sus hijos, y en la prestación de los cuidados que se ofrecen incluso desde antes del nacimiento del bebé y que continúa en los primeros años de vida de éste. Asimismo, se destacó la profesionalidad,

responsabilidad y sensibilidad que caracteriza al colectivo de Auxiliares de Enfermería de las inquietudes que se plantea como estamento profesional, destacando el interés por la labor en equipo, colaborando en todos los campos de la sanidad.

En el acto de clausura se anunció la sede del que será el X Congreso Nacional de Auxiliares de Enfermería, que se celebrará en Alicante del 9 al 11 de junio de 1999 bajo el epígrafe general de *Comunicación y Relaciones Humanas en el medio sanitario*.



# Una VIDA que viene con ESPERANZA

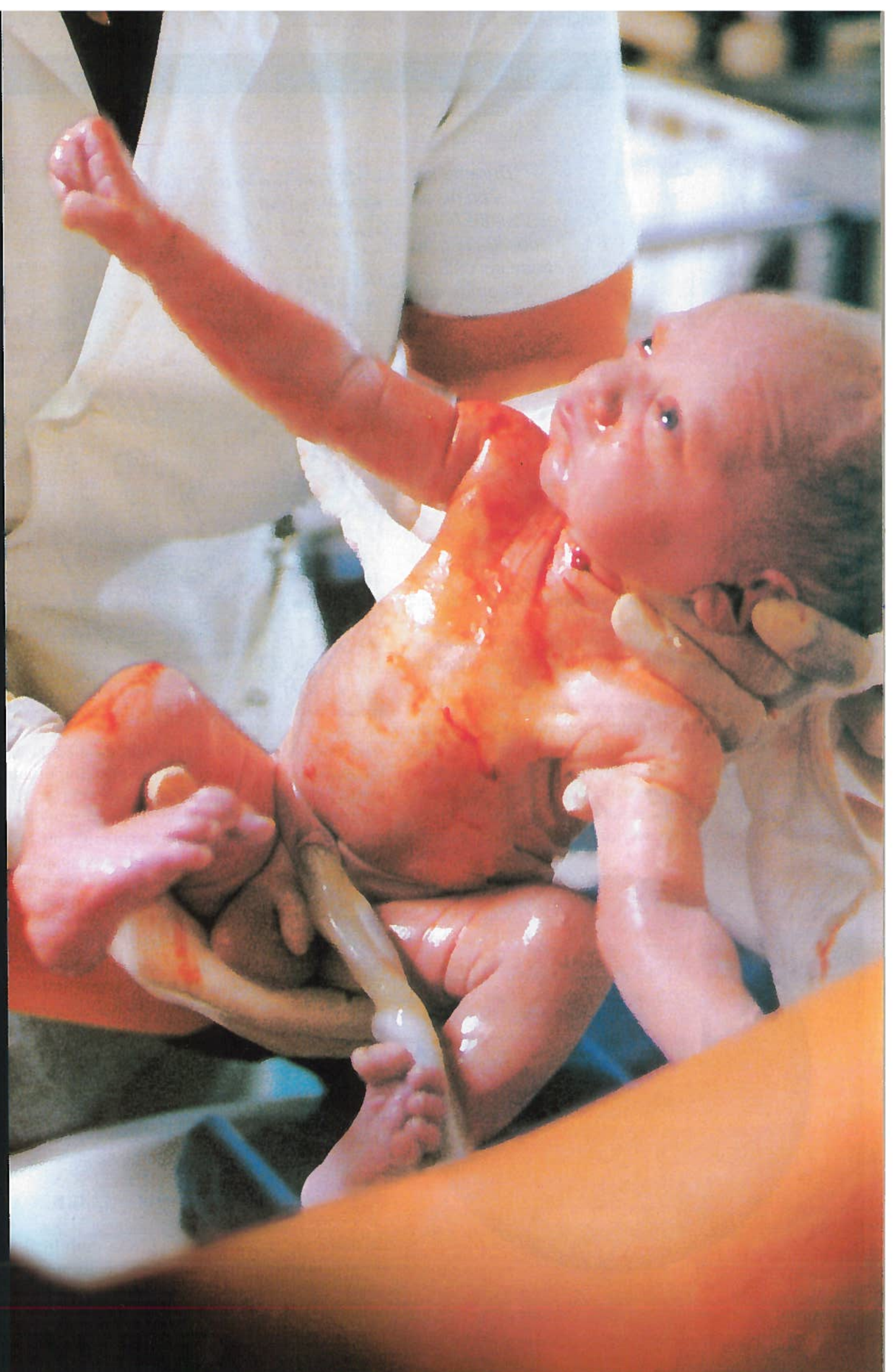
Montse García

La llegada de un niño es siempre motivo de alegría y esperanza. En los últimos años la ciencia ha permitido que ahora, además, esta esperanza sea doble.

Las células del cordón umbilical que le han unido a la vida en los meses de su gestación pueden salvar la vida de otras personas.

Después del nacimiento, el cordón umbilical y la sangre que contiene son desechados. Sin embargo, esta sangre contiene gran cantidad de células especializadas en la renovación permanente de las células de la sangre, que trasplantadas a pacientes, generalmente niños cuya médula ósea no funciona, permite obtener éxitos terapéuticos prometedores.









*Durante las primeras veinticuatro horas de vida el niño tiene las células denominadas Progenitores Hematopoyéticos en la sangre periférica*



**T**odos los años miles de personas desarrollan una enfermedad grave de la médula ósea o nacen con alteraciones genéticas de la misma que comprometen su capacidad de vida. Para ellos, la única vía de curación pasa por un trasplante de médula ósea. La tasa máxima de éxito se produce cuando el donante de médula ósea es compatible con el paciente. Ese donante se busca habitualmente entre los hermanos del paciente o a partir de una lista de donantes voluntarios, pero lamentablemente, sólo un 30 por ciento de los casos encuentra un donante compatible.

La realización de un trasplante de médula ósea incompatible comporta riesgos muy importantes para el paciente. Sin embargo, las células de la sangre del cordón umbilical, dada su inmadurez, permiten la realización de trasplantes no totalmente compatibles con menor riesgo para el paciente. Todo ello facilita que un mayor número de pacientes se beneficien de la posibilidad de un trasplante.

Durante el desarrollo del feto, éste desarrolla las células denominadas Progenitores Hematopoyéticos en la médula ósea. Tras varias investigaciones se ha descubierto que, durante las primeras veinticuatro horas de vida, el niño tiene esas células también en la sangre periférica, por lo que se ha comenzado a investigar la posibilidad de recoger esas células en el cordón umbilical, lo que ha supuesto un gran avance en el campo de las donaciones.

#### PROCEDIMIENTO DE LA DONACIÓN DE LA SANGRE DEL CORDÓN UMBILICAL

La donación de sangre de cordón umbilical es, como cualquier donación, totalmente anónima

**A 31 de diciembre de 1996 en España había 867 unidades de cordón umbilical disponibles, y entonces únicamente funcionaba el banco de sangre de cordón umbilical en tres hospitales**





*En 1997 se realizaron en España trece trasplantes de pacientes no emparentados. Siete de ellos procedían de Nueva York, tres de Barcelona, dos de Alemania y uno de Milán. Desde España se enviaron a un país extranjero cinco unidades de cordón umbilical*

y, por supuesto, gratuita. Si una gestante quiere realizar esta donación debe ponerse en contacto con un banco de sangre umbilical, donde tras firmar el consentimiento informado se le realizan unas pruebas previas que resultan imprescindibles:

1. Una historia clínica detallada de la madre acerca de las posibles enfermedades infecciosas o de cualquier otro tipo que contraindique el empleo de la sangre del cordón.
2. La realización a la madre en el momento del parto, y opcionalmente después de los tres meses, de un análisis de sangre para descartar cualquier proceso infeccioso que pudiera ser transmisible a la sangre del cordón, en especial el test de la hepatitis B y C y el test del VIH del SIDA.
3. Un examen clínico al bebé en el momento del nacimiento, y opcionalmente después de los tres meses, por un pediatra.

Cualquier resultado patológico que resulte en los estudios realizados a la madre o al recién nacido con motivo de la donación de la sangre de cordón será necesariamente comunicado a la madre por el médico responsable.

La técnica para la extracción de la sangre del cordón umbilical es sencilla y carente de riesgos tanto para la madre como para el niño. La sangre se recoge después del nacimiento del niño y tras la sección del cordón umbilical. Para ello, y mientras que la placenta está todavía en el útero, se canaliza la vena

umbilical y se extraen 100 centímetros cúbicos de sangre del cordón.

Los trasplantes de sangre de cordón umbilical permiten tres posibilidades: las donaciones que se realizan entre pacientes no emparentados, es decir, aquéllos en los que una madre dona su sangre para cualquier donante; entre pacientes emparentados, que se dan en aquellos casos en los que la madre dona su sangre si tiene un hijo con cualquier enfermedad hematológica que lo pudiera requerir o para otros hijos, y las donaciones de alogénicos no emparentados.

Esta técnica empezó a desarrollarse en 1996. La más utilizada es aquella que se realiza entre pacientes emparentados, que se practica en multitud de hospitales. La donación entre pacientes no emparentados se lleva a cabo en varios centros en España: Hospital 12 de Octubre, Centro de Transfusiones de la Comunidad de Madrid, Centro Regional de Transfusión Sanguínea de Málaga, Institut de Recerca Oncològica (IRO) en Barcelona, Centro de Transfusiones de Galicia, Hospital Universitario de Canarias y Centro de Transfusión del Principado de Asturias. Asimismo, está prevista la próxima apertura de un centro de estas características en la Comunidad Valenciana.

La doctora Mayte Naya, médica adjunta de la Organización Nacional de Trasplantes, explica que "una vez realizado todo el proceso de donación y extracción de las células de la sangre, ésta se lleva al Banco de Sangre de Cordón Umbilical, donde se almacena (a una temperatura de  $-190^{\circ}\text{C}$ ) y se hace el correspondiente tipaje. Posteriormente los datos de esta muestra se trasladan al REDMO (Registro Español de Donantes de Médula Ósea) de la Fundación Carreras. En este centro se realiza la búsqueda







de donantes de médula ósea a nivel mundial y de muestras de sangre. Cuando un paciente necesita una donación se pone en contacto con el REDMO y se inicia todo el proceso.

La doctora Naya explica que este sistema de donación presenta múltiples ventajas. “Además de que las posibilidades de donación son plenas, esta técnica permite la fácil recogida de la muestra y la ausencia total de efectos secundarios; por otro lado, una vez almacenada, la sangre está dispuesta en cualquier momento. Asimismo, y a diferencia de lo que ocurre con el trasplante de médula ósea, en

el que debe existir una compatibilidad total, la sangre del cordón umbilical no necesita una identidad extrema. Por último, este sistema ha abierto las posibilidades de donación a algunas minorías étnicas, para quienes podrían existir más dificultades a la hora de encontrar un donante idóneo”.

No obstante, como cualquier técnica, no está exenta de inconvenientes: “el número de células concentradas en la sangre del cordón umbilical es muy reducido, por lo que la mayoría de los trasplantes se han de realizar en niños ante la imposibilidad de acumular las células necesarias para un adulto, porque aunque si bien es cierto que la identidad puede no ser plena, cuanto mayor sea ésta mayores posibilidades de éxito tiene el trasplante”.

NOMBRE DEL CENTRO	DIRECCIÓN	TEL.	RESPONSABLE
Centro Regional de Transfusión Sanguínea de Málaga	Avda. Sr. Galvéz Guinachero, s/n 29009 Málaga	952 30 64 58	Dr. S. Isidro Prat Arrojo Dra. D <sup>a</sup> Carmen Hernández
Centro Transfusional del Principado de Asturias	C/ Emilio Rodríguez Vigil, s/n Apdo de Correos 1444 33006 Oviedo	985 23 24 26	Dr. D. Francisco García
Hospital Universitario de Canarias	C/ Ofra, s/n 38320 La Laguna Santa Cruz de Tenerife	922 67 80 00	Dr. D. Miguel Teodoro Hernández
Fundació Privada Institut de Recerca Oncològica I.R.O	Avda. de Castelldefels, km 2,7 08907 L'Hospitalet de Llobregat Barcelona	93 260 77 75	Dr. D. Joan García López
Centro de Transfusión de Galicia	Avda. Monte de la Condesa, s/n 15706 Santiago de Compostela La Coruña	981 59 44 22	Dr. D. Roberto García de Villaescusa
Centro Transfusional de la Comunidad de Madrid	Avda. Menéndez Pelayo, 65 28009 Madrid	91 538 31 00	Dr. D. José Luis Vicario
Hospital 12 de Octubre	Crta. de Andalucía, km 5,400 28041 Madrid	91 390 80 00	Dr. D. Rafael Bornstein Sánchez Dra. D. <sup>a</sup> Florinda Gilsanz





## CINCO PROFESIONALES EN EL COMITÉ CIENTÍFICO DE NOSOCOMIO

Cuando la Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería (F.A.E.) puso en marcha la revista NOSOCOMIO, uno de sus objetivos iniciales era servir de apoyo en la formación de los Auxiliares de Enfermería a través de la publicación de los trabajos científicos y divulgativos elaborados por estos profesionales. Ahora, sin perder de vista este objetivo fundamental para nuestra revista —y consideramos que para todos los profesionales sanitarios—, queremos empezar una nueva etapa en la que la característica fundamental de esta publicación sea un mayor rigor científico de los trabajos que se vayan a publicar. Con tal motivo, el patronato de la fundación ha nombrado un Comité Científico integrado por profesionales de reconocido prestigio y dilatada experiencia, no sólo en la sanidad sino también en la docencia, que supervisará los escritos enviados para su publicación en la revista. Asimismo, es objetivo del patronato estrechar la relación entre los Auxiliares de Enfermería, autores de los trabajos, y el Comité Científico. Por tal motivo, cuando se reciba un trabajo en la redacción de NOSOCOMIO, se comunicará a los autores la recepción del mismo. Con el mismo espíritu de estrechar la relación entre ambos, el Comité Científico remitirá los trabajos inicialmente rechazados con las sugerencias que considere oportunas dando opción a los autores a enviarlos nuevamente. El patronato de la Fundación agradece a estos profesionales su dedicación y esfuerzo para conseguir que la única revista de Auxiliares de Enfermería existente sirva de referente indiscutible en las publicaciones científicas de los profesionales de enfermería.

Presentamos a continuación a los integrantes de este Comité Científico.

**TERESA SOY  
ANDRADE**



En 1976 se incorpora como enfermera a las áreas asistenciales de Medicina Interna y Cuidados Intensivos del Hospital 12 de Octubre. No obstante, sus comienzos profesionales fueron como Auxiliar de Enfermería. Desde 1983 hasta la actualidad ocupa el puesto de supervisora de la unidad de Consultas Externas de la Residencia General del mismo Hospital.

En 1981 inicia su experiencia formadora como enfermera docente de Cuidados Intensivos, puesto de nueva creación vinculado directamente al departamento de Formación Continuada



de Enfermería, y su trabajo era hacerse cargo de la preparación teórica y práctica del personal de nuevo ingreso en la unidad: enfermeras, Auxiliares de Enfermería, alumnos de enfermería... En 1982 ejerce de profesora en los cursos de Formación Profesional para Auxiliares de Enfermería que se programaron en el Hospital.

A partir de 1992 entra en contacto con la Escuela de Ciencias de la Salud, vinculada a la Universidad Complutense de Madrid, participando como colaboradora en los temarios y como profesora de sus programas formativos dedicados a la formación continuada y oposiciones de enfermeras y Auxiliares de Enfermería impartidos en Madrid y a nivel nacional. En 1995 comienza su labor docente con el Sindicato de Auxiliares de Enfermería (S.A.E.) y más tarde pasa a formar parte de la Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería, que la contrata como profesora en sus programas docentes.

Ha participado en numerosos congresos nacionales e internacionales y es autora de varios capítulos editoriales y libros. Por su libro *La Enfermería en la Consulta Externa Hospitalaria* le fue concedido en 1992 el I Premio Científico de Enfermería del Hospital 12 de Octubre. En 1994 edita *Cuidados Intensivos*, dirigido a ser guía práctica del Auxiliar de Enfermería en esta unidad.

Reconoce que ser miembro del Comité Científico de la revista NOSOCOMIO le supone gran emoción y compromiso, pues con ello puede seguir rindiendo un activo tributo a sus raíces profesionales. Opina que el Auxiliar de Enfermería es un colectivo

que empuja muy fuerte hacia una meta profesional que debe ser más reconocida ministerial, social y retributivamente.

En la selección de artículos a publicar, coincide con el resto de sus compañeros del Comité y con la propia dirección de la revista, que la calidad de los mismos dibuja también la calidad del Auxiliar de Enfermería, a quienes anima a continuando sólidos pasos como cuidadores e investigadores hacia el futuro que nos espera.

### MARIA ÁNGELES GÓMEZ



Auxiliar de Enfermería con más de 30 años de experiencia laboral. Actualmente desempeña su labor en el Hospital Severo Ochoa de Leganés (Madrid) en las consultas de Endocrinología, pero ha tenido experiencia profesional en las consultas de otros centros sanitarios.

Es coautora de varios libros especializados en dietética y nutrición editados por el Servicio de Nutrición del Hospital Severo Ochoa. Entre ellos destacamos: *Manual de alimentación*

*normal y terapéutica* (1987), *Vademecum de nutrición artificial* (1988), *Las dietas hospitalarias. Un arma terapéutica desconocida* (1990), *Manual de alimentación y nutrición para educadores* (1993), *Consumo de alimentos y estado nutricional de la población escolar de la Comunidad de Madrid* (1994), *Folleto divulgativo para la sociedad española de arterioesclerosis* (1988), *Alimentación y nutrición. Manual teórico-práctico* (1988).

Asimismo, ha publicado varios trabajos en revistas científicas y ha presentado ponencias en una veintena de congresos y simposios de ámbito nacional, todos ellos dedicados al mundo de la nutrición y la dietética. Formó parte del Comité Científico del II Certamen del Premio F.A.E.

Ha sido docente en distintos cursos, como "Metodología educativa en diabetes. Enseñar o aprender", que se impartió en varios centros de trabajo a lo largo de 1997, y en las jornadas "Guía de la buena mesa. Principios de la alimentación saludable", celebradas en el Hospital Severo Ochoa en 1988.

Aunque su especialidad profesional siempre se ha encaminado al mundo de la nutrición, en los últimos años ha adquirido profundos conocimientos y experiencia en el campo del masaje, quiromasaje, y considera que el paciente es un todo al que hay que tratar no sólo físicamente; debería recibir igualmente apoyo psicológico, y en este sentido los Auxiliares de Enfermería juegan un papel fundamental.

En cuanto a su participación en el Comité Científico de F.A.E. considera que el Auxiliar de



Enfermería tiene que ser consciente de que la formación es una responsabilidad personal de cada uno. Es fundamental la preparación y realización de proyectos que le permitan ascender profesionalmente. En este sentido, considera fundamental la labor que está desarrollando la Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería por ser la única entidad que cubre de forma eficaz las necesidades formativas de los Auxiliares de Enfermería.

En cuanto a los trabajos de Auxiliares de Enfermería que ha leído hasta el momento, considera que son una prueba irrefutable de que el colectivo profesional ha dado un salto cualitativo y de que se están realizando avances novedosos en el campo de la investigación de los Auxiliares de Enfermería.

## BÁRBARA PILAR GARCÍA



Es funcionaria de carrera por oposición a la Diputación de Alicante y ejerce como Auxiliar de Enfermería desde 1991 en el

Hospital Universitario San Juan de Alicante.

Ha realizado numerosos cursos como Auxiliar de Enfermería para su formación y tiene un extenso *currículum* como docente y ponente en congresos y jornadas. Su labor investigadora la ha dedicado fundamentalmente al campo de la aplicación del método científico como herramienta de un método de trabajo por considerar que éste supone un paso fundamental en la mejora de la calidad asistencial que el Auxiliar de Enfermería, profesional de enfermería, ofrece a diario.

Asimismo, ha difundido varios de sus trabajos en distintas publicaciones, entre las que se encuentra NOSOCOMIO.

Bárbara Pilar García afirma que integrar el Comité Científico de NOSOCOMIO supone un gran logro personal y profesional. Considera que se puede transmitir mucho a través de las comunicaciones escritas porque éstas sirven de vehículo a la formación de los profesionales, y por tanto para aumentar la calidad asistencial que éstos ofrecen.

Personalmente le satisface su trabajo y le gusta transmitirlo de la mejor manera posible, de forma que tenga una utilidad para el resto de sus compañeros de profesión.

En cuanto a la evolución que han experimentado los trabajos de los Auxiliares de Enfermería, afirma que éstos han ido aumentando su nivel y calidad, aunque adolecen de una guía y una metodología de trabajo.

Destacamos su participación en los siguientes actos científicos y el título de las ponencias presentadas:

- I Jornadas en Investigación en Enfermería. Hospital Universitario San Juan (Alicante 1993).

Material y métodos de un trabajo científico.

- II Congreso de la Red Multinacional de Investigación en Enfermería basada en la práctica cotidiana (1993). Creación de un grupo de trabajo de enfermería para la divulgación de un método científico como herramienta de un método de trabajo cotidiano.
- II Jornadas de Investigación de Enfermería (1994). La buena práctica clínica.
- III Jornadas de Enfermería. La divulgación del método científico como estrategia para aumentar la calidad.
- VII Congreso Nacional de Auxiliares de Enfermería (Murcia 1996). El ingreso de la persona politraumatizada en el hospital desde el punto de vista del Auxiliar de Enfermería.
- Jornadas estatales de Auxiliares de Enfermería (Vigo 1998). La motivación, la formación y el método científico. Posibilidades desde mi experiencia que nos permiten a los Auxiliares de Enfermería llegar a investigar.
- IX Congreso Nacional de Auxiliares de Enfermería (Cáceres 1998). Formación ante el proceso de hospitalización.
- I Jornadas Andaluzas Hospital de Cabra (Córdoba 1998). El Auxiliar de Enfermería y la investigación en el equipo de enfermería.
- Profesora en los cursos: Primer Curso de Método Científico en Enfermería impartido en el Hospital Universitario San Juan (Alicante 1994); Curso de Metodología de los Cuidados de Enfermería; Cuidados Básicos de Enfermería; Introducción a la Investigación en Enfermería; Curso de Formación de Formadores, impartido por el Centro de desarrollo turístico de Benidorm (1996).



## JOSE ÁNGEL PEÑA



Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad Complutense de Madrid (U.C.M.).

Master en Gestión Hospitalaria por la E.A.R.A. (Escuela de Alta Dirección y Administración de Barcelona).

Programa de Desarrollo Directivo por el Instituto de Estudios Superiores de Empresa.

Experto en drogodependencias por la U.C.M.

Mantiene una extensa actividad formativa con distintas entidades formativas y fundaciones, tales como la Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería, entidad en la que imparte cursos, la mayoría de ellos dedicados a los riesgos laborales en el medio sanitario y la repercusión que éstos tienen para el personal del mismo.

Ha participado igualmente en la redacción de distintos libros editados por F.A.E. para la preparación de oposiciones y en el *Manual de Riesgos Laborales*.

José Ángel Peña manifiesta que su integración en el Comité Científico supone la realización de un deseo personal que le enorgullece sobremanera. “Profesionalmente —dice— es una gran satisfacción

participar en todo lo que tenga que ver con las actividades formativas del Auxiliar de Enfermería”.

Afirma que la calidad científica de los trabajos que ha leído hasta el momento es muy buena y que debe darse a conocer el potencial investigador de los Auxiliares de Enfermería a través de la publicación de sus trabajos en revistas de la calidad de NOSOCOMIO.

## CECILIA DOU MARCOS



Actualmente la actividad de Cecilia Dou se enmarca dentro de las actividades de la Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería, de la que es patrona desde 1997, siendo responsable de la difusión y distribución de la revista NOSOCOMIO. En este sentido, manifiesta sentirse plenamente satisfecha al comprobar que el programa de docencia propuesto hace cuatro años por F.A.E. está dando excelentes resultados entre los Auxiliares de Enfermería, habida cuenta del número de alumnos que realizan estos cursos. Otra vertiente en la que

ha observado esta influencia de los cursos de formación es en los trabajos que los Auxiliares de Enfermería realizan y presentan, no sólo para su publicación en NOSOCOMIO, sino en congresos y jornadas; en ellos se observa una mayor profundidad de los temas planteados y una mejor exposición y redacción de los mismos.

Asimismo, considera que es un honor personal y profesional formar parte del Comité Científico de la Fundación y tener la oportunidad de compartir su experiencia con los profesionales que integran el mencionado comité.

Auxiliar de Enfermería desde 1978, ha pasado por varios servicios sanitarios, como Psiquiatría, Tocología y Neurocirugía, y en la actualidad forma parte de la plantilla del Hospital Xeral-Cies de Vigo. Ha colaborado en las comisiones de docencia del Hospital y ha participado en multitud de cursos centrados en distintas cuestiones (Trasplante Renal, Nutrición y Dietética, Comunicación y Relaciones Humanas, Atención Primaria y Salud Pública, Esterilización, Paciente Oncológico), especialmente los relacionados con la prevención de Riesgos Laborales.

**F.A.E.**  
FUNDACION PARA LA FORMACION  
Y AVANCE DE LA ENFERMERIA





FUNDACION PARA LA FORMACION  
Y AVANCE DE LA ENFERMERIA

## III PREMIO F.A.E. BASES DEL CERTAMEN

- 1** EL PREMIO F.A.E. consta de un primer premio de 200.000 pesetas y un accésit que consta de 25.000 pesetas y una inscripción al congreso anual de F.A.E. (sujetos a las retenciones legalmente establecidas). Está dirigido a los profesionales de la enfermería, Auxiliares de Enfermería, tanto a los que desarrollan activamente su labor profesional en cualquiera de los ámbitos de la sanidad, como a los que, encontrándose en posesión de la titulación requerida para el ejercicio de dicha profesión, no la ejercen en la actualidad.
- 2** Entrarán a concurso todos aquellos trabajos remitidos a la sede de F.A.E. (C/ Valverde nº1, 9º Dcha. 28004 Madrid), requiriéndose que sean originales, novedosos, inéditos, relacionados con la temática propia de la sanidad o la salud. Quedarán fuera de concurso los temas premiados en el año anterior (Alzheimer y Úlceras por presión).
- 3** Se valorarán los aspectos científicos y técnicos de los trabajos, así como su interés social y profesional, y la labor investigadora desarrollada en el mismo.
- 4** Los trabajos deberán presentarse en tamaño DIN-A4 en una cara, mecanografiados a doble espacio, en castellano y con margen lateral, superior e inferior, debiendo las páginas ir numeradas. Irán precedidas de un resumen de no más de quince líneas en el que se exponga el planteamiento general del trabajo. La bibliografía debe incluir invariablemente el nombre del autor, título del libro, editorial, fecha y lugar de publicación. Se podrán presentar los trabajos acompañados de soporte documental, fotografías, diapositivas y vídeos que realcen la presentación.
- 5** El premio tendrá periodicidad anual y ámbito nacional. La fecha límite de presentación de trabajos será el 31 de marzo de 1999.
- 6** El tribunal estará compuesto por cinco miembros, dos destacados profesionales del mundo sanitario, dos miembros de F.A.E. y un representante nombrado por el patrocinador.
- 7** El premio se entregará el 12 de mayo, coincidiendo con el Día Internacional de la Enfermería, siendo inapelable la decisión del tribunal, que puede declarar desierto el premio. Su adjudicación se comunicará directamente a los interesados, haciéndose público a través de los medios de comunicación que F.A.E. considere oportunos.
- 8** Los trabajos remitidos no serán devueltos y pasarán a ser propiedad de F.A.E., quien se reserva el derecho a su inserción en las publicaciones que estime convenientes, respetando la autoría de los mismos.
- 9** La participación en el premio supone la aceptación de las presentes bases.



Los trabajos que se envíen para ser publicados en NOSOCOMIO deberán ajustarse 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.
- Los trabajos no admitidos para su publicación se devolverán a los autores en la mayor brevedad.



## 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, anual, (incluidos gastos de envío)

AFILIADOS 1.400 pta.. NO AFILIADOS 2.200 pta.

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

NOSOCOMIO C/ Valverde nº 1, 9º-Dcha. 28004 Madrid.

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

Talón bancario  Domiciliación  Cheque bancario (nominativo) adjunto nº ..... Banco/Caja .....

NOSOCOMIO C/ Valverde nº 1, 9º-Dcha. 28004 Madrid.

- NO AFILIADOS
- AFILIADOS



# DIABETES

EXPERIENCIA DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA

DENTRO DE UN PROGRAMA DE

**Mercedes Gómez Serrano**

**Sira Llanos Sánchez**

**Raquel Llanos Sánchez**

Auxiliares de Enfermería

Hospital Príncipe de Asturias de Madrid

EDUCACIÓN A NIÑOS

DIABÉTICOS



“Soy  
diabético  
y soy feliz”



En los ocho años que lleva abierta la Unidad de Pediatría del Hospital Príncipe de Asturias se han atendido un total de 68 niños, de los cuales:

El 46% tenían edades comprendidas entre los 12-14 años.

El 38% tenían edades comprendidas entre los 7-11 años.

El 16% tenían edades comprendidas entre los 2-6 años.

Nuestro trabajo se centra en:

— Explicación y elaboración de dietas.

— Higiene y cuidados de la piel.

— Medición de glucosuria y cetonuria.

— Participación activa dentro del equipo de Enfermería en la educación diabetológica del niño y su familia.

Para llevar a cabo todos estos cuidados debemos obtener la suficiente información sobre el niño y la familia desde un punto de vista "integral", y establecer un entorno de confianza entre el niño y la familia con el equipo de Enfermería.

## EXPLICACIÓN Y ELABORACIÓN DE DIETAS

La palabra dieta en nuestra sociedad y cultura está asociada a restricciones. Su sola mención provoca rechazos y frustraciones.

El control nutricional es una de las piedras angulares del control de la diabetes y, frecuentemente, es el aspecto de tratamiento más difícil de integrar en la vida diaria del niño diabético y su familia.

Los objetivos que la dieta del niño diabético debe cumplir son:

— Suministrar una dieta equilibrada que cubra sus necesidades dietéticas y asegure su crecimiento y desarrollo normal.

— Conseguir un equilibrio para evitar las oscilaciones glucémicas.

— Proporcionar un bienestar físico y emocional.

— Ser aceptada por todos los componentes de la familia, siendo primordial adaptar sus preferencias alimenticias.

— Estar basada en alimentos naturales.

**CONCLUSIÓN:** Es importante que coma lo que le guste, todo consiste en mantener al mismo tiempo los objetivos, sin olvidarse de ninguno.

En nuestra unidad, el Auxiliar de Enfermería se encarga de explicar cómo elaborar la dieta por raciones según el menú diario del hospital.

Es positivo que los padres y niños tengan confianza en sí mismos, por eso dejamos a la familia elaborar la dieta durante el tiempo de hospitalización pues, posteriormente, se supervisará para corregir y explicar los posibles errores.



## SUPUESTO PRÁCTICO

**Varón de tres años y medio con 19 kg dieta prescrita con un total de 18 raciones.**

DESAYUNO 3R  
1R leche 250 cc  
2R galletas (6 unidades)

MEDIA MAÑANA 3R  
2R pan 30 gr  
1/2 R yogur (1 unidad)  
1/2 R pera 50 gr

COMIDA 4R  
1R de lentejas 50 gr cocidas  
2R pan 30 gr  
1R manzana 80 gr  
Pollo a la plancha 80 gr (libres)

MERIENDA 2R  
2R de pan 30 gr  
Queso fresco (libre)

CENA 4R  
2R sopa de pescado 100 gr  
1R de pan 15 gr  
1R de pera 100 gr  
Pescado a la plancha (libre)

MEDIA NOCHE 2R  
1R de leche 250 cc  
1R de galletas (3 unidades)



## HIGIENE

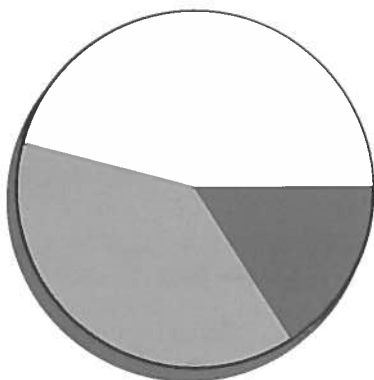
En el niño diabético, al igual que en el resto de los niños, ha de crearse un hábito higiénico saludable, haciendo hincapié en aquellos puntos que por su patología pueden dar lugar a complicaciones a largo plazo. Se cepillarán los dientes después de cada comida con una pasta fluorada. Les aconsejamos utilizar zapatos cómodos con calcetines de algodón, las uñas de los pies se cortarán de manera recta.

## EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA

El objetivo del autocontrol es implicar al paciente y a su familia como participantes activos en el manejo de su tratamiento y comprobar si se ha conseguido la meta terapéutica acordada.

La clave del éxito radica en la planificación cuidadosa del programa. Los fines deben ser perfectamente claros.

## CASOS DE DIABETES



— No dar información contradictoria: no hay nada más negativo para la confianza del niño y su familia que recibir consejos contradictorios.

— La sencillez es la clave del éxito. Se empleará un lenguaje sencillo que pueda ser entendido fácilmente por el niño y su familia.

Nuestra experiencia nos ha llevado a elaborar un plan de educación de forma individualizada para cada niño y su familia, dependiendo del estado madurativo del niño y del entorno sociocultural de la familia.

En los primeros días de evolución, el niño diabético debutante y su familia se sienten desbordados por la densidad de información que reciben y la cantidad de consejos que les dan, pudiendo llegar a deprimirse o a angustiarse ante un aparente “fracaso”.

Ante estas situaciones hay que cambiar los métodos de enseñanza y ver las posibilidades de comunicación que podemos tener con cada niño y familia; como, por ejemplo, uno de los casos que hubo en nuestra unidad: una niña diabética debutante con alteraciones neurológicas cuya madre no sabía leer ni escribir. Frente a este problema, para el aprendizaje se elaboró toda la información de manera audiovisual.

A continuación vamos a desarrollar algunos puntos importantes para el buen control de la diabetes infantil:

*Participación familiar:* es indispensable que el papá y la mamá estén incluidos en el programa, de tal forma que puedan convertirse en sus cuidadores. En el caso de que el debutante sea un adolescente, la educación siempre será simultánea con los padres.

*Motivación del niño y su familia:* la falta de motivación anula el programa educativo y el trabajo que realizamos. Donde no hay motivación no hay intención de aprendizaje.

“Educar al niño a vivir con su diabetes y no para su diabetes”

¿Qué es necesario para una buena motivación? Que el niño y su familia tengan confianza en sí mismos. Esto lo conseguimos enseñando técnicas de control, como por ejemplo:

- Saber interpretar las tiras reactivas de orina.
- Elaboración de dietas.
- Ejercicio e higiene.

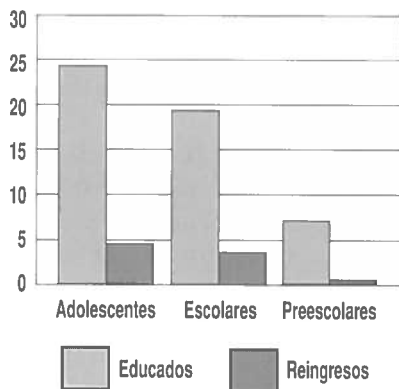


En nuestra unidad utilizamos como apoyo de la educación el manual del Ministerio de Sanidad *Todo lo que usted debe saber sobre la diabetes infantil*.

*Constancia del equipo de Enfermería:* la confianza entre el equipo de enfermería y el niño/adolescente es fundamental. El Auxiliar de Enfermería intentará conocer y comprender al niño/adolescente.

## REINGRESOS

Eficacia de la educación individualizada



El diálogo será particularmente receptivo y delicado, teniendo en cuenta la edad y el estado madurativo del niño/adolescente. "Que sepan que tanto el niño/adolescente como su familia tienen una activa participación en el tratamiento".

*Autoestima:* educar y explicar al niño/adolescente y a su familia

que un diabético es igual que cualquier persona, siguiendo los autocuidados necesarios.

## EJERCICIO FÍSICO

Hoy por hoy, los deportes están al alcance de cualquiera, pero hay que tener en cuenta los efectos negativos que puede causar al niño diabético la práctica de algunos deportes.

Es frecuente que a los niños/adolescentes se les prohíba el deporte por temor a las hipoglucemias y esto repercute de manera desfavorable en su desarrollo integral. Por tanto, en vez de prohibir, se debe educar:

— Controlarse (orina, hipoglucemia...).

— Aprender qué deportes son los más adecuados y convenientes para su tabla de gasto calórico.

— Saber regular la práctica del deporte:

- Deporte adecuado y moderado.
- Deporte que no requiera un gran esfuerzo a corto plazo.
- Deportes que no sean agresivos.

La elección del ejercicio físico dependerá de la condición del niño y sus preferencias.

## CONCLUSIÓN

Cada niño y familia tienen una educación individualizada, basándonos en los pocos reingresos que hemos tenido.

— De 26 adolescentes han precisado reingreso 6.

— De 21 escolares han precisado reingreso 5, realizándose 3 de estos reingresos cuando habían entrado en edades adolescentes.

— De 9 preescolares no han precisado reingreso ninguno.

Hemos llegado a la conclusión de que el sistema de educación utilizado en nuestra unidad es eficaz, sin olvidar en ningún momento el apoyo-control extrahospitalario que reciben estos niños/adolescentes en la consulta diabetológica del área de Salud.



## BIBLIOGRAFÍA

- *Todo lo que usted debe saber sobre la diabetes infantil*. Edit. Ministerio de Sanidad.
- *El diabético tratado con insulina y la buena mesa*. Edit. Unidad de diabetes Bayer.
- *Controlando su diabetes*. Edit. Federación de diabéticos españoles.
- *The teaching letter*. Edit. Diabetes education study, group of the European Association for the study of diabetes.



# LA MOTIVACIÓN, LA FORMACIÓN Y EL MÉTODO CIENTÍFICO

**Bárbara Pilar García Giner**

Auxiliar de Enfermería  
UCI Hospital Clínico  
Universitario de San Juan

Posibilidades, desde  
mi experiencia, que  
nos permiten a los  
Auxiliares de  
Enfermería llegar  
a investigar

Cualquier profesional que esté motivado por su trabajo, detecta fenómenos y problemas que nacen de la observación en la ejecución de las tareas en su práctica diaria. No es extraño que, en ocasiones, la inquietud por lo observado le permita fluir ideas y formularse preguntas como: ¿qué solución podría aportar para minimizar esos problemas o erradicarlos? Para conocer la respuesta a un problema precisamos de la observación para investigar, del conocimiento y manejo del Método Científico (MC). En definitiva, de una específica formación que nos permitirá ejecutar nuestras tareas de un turno de trabajo con criterio regular, sistemático y ordenado o, lo que es lo mismo, basado en un método de trabajo. Y, ¿por qué precisamos de un método de trabajo, de la motivación y de una formación específica para llegar a la investigación? Según definen Politt y Hungler, el MC es un enfoque sistemático para la resolución de problemas y la expresión del conocimiento, el cual permite que el profesional o el investigador avance de una manera lógica a través de una serie de pasos. Este enfoque sistemático lo precisa conocer y manejar todo profesional interesado por la investigación. Para conocer el MC necesitamos conocimientos, ciencia y, para manejarlo, formación. En esta exposición compartiré con ustedes mi experiencia en el inicio de mi formación sobre el MC en una unidad de investigación. Y, posteriormente, explicaré cómo la motivación por la formación me permitió recorrer el camino hasta llegar a la investigación.

## OBJETIVO

El objetivo de esta comunicación no es más que sensibilizar al colectivo de Auxiliares de Enfermería de que la formación sobre el MC será la única posibilidad que nos permitirá llegar a la investigación y formación que hemos de recibir en las unidades de investigación de nuestros hospitales.

## MATERIAL Y MÉTODOS

El Hospital Universitario de San Juan creó su Unidad de Investigación en el año 1992 con el objetivo general de la divulgación del MC como herramienta de trabajo cotidiano.

Con este fin, creó un grupo de trabajo de enfermería para que, tras su formación sobre el MC

formara una masa crítica de profesionales y que éstos sirvieran de líderes para transmitir y divulgar entre sus colegas el entusiasmo por la ciencia y el MC y, de este modo, favorecer la investigación.

La formación de esa masa crítica se llevó a cabo bajo los criterios de inclusión de la dirección de Enfermería y el coordinador



de la Unidad. Se seleccionaron 13 enfermeras y dos Auxiliares de Enfermería pertenecientes a la población de dicho hospital, y así fue como se llevó a cabo la composición del grupo de trabajo de la Unidad de Investigación.

Sin saber aún bien cómo, me encontré formando parte de ese grupo, y en el inicio y andadura del que sería, hasta hoy, el largo camino de mi formación.

Antes de iniciar la formación sobre el primer curso de MC tuve que someterme a un análisis previo y a la evaluación de estas áreas cognitivas: documentación, método, comunicación, liderazgo, madurez, motivación y participación.

Tras la evaluación, comenzó la formación del primer curso sobre MC con la definición de los siguientes conceptos:

— *Investigación*. La investigación no es más que transformar las ideas en proyectos concretos.

— *Ciencia*. Ciencia son los conocimientos que adquirimos en un MC.

— *Estadística*. Estadística es la ciencia que analiza y agrupa los datos.

— *Empirismo*. Es la observación nacida de las actividades diarias que no se pueden demostrar.

— *Método*. Un método es un procedimiento para tratar un conjunto de problemas. Es un modo de actuar sistemático, a través de una serie de pasos.

Tras el conocimiento de estos conceptos, continuó la formación con la secuencia de los pasos que componen el enfoque sistemático.

Estos pasos son:

— *La idea*. Del fluir de las ideas nace todo proyecto de investigación. La idea refleja la inquietud de un profesional por conocer la respuesta de un problema planteado en su área de conocimientos.

— *La pregunta*. La pregunta de un estudio de investigación es la respuesta a una idea concreta

y permite dar un enfoque al problema detectado.

— *Hipótesis*. La hipótesis es la interpretación de la pregunta a investigar. Es una presunción que el investigador debe corroborar o descartar.

— *Objetivo*. El objetivo es definir un logro concreto, que ha de ir alcanzándose en el desarrollo del plan de trabajo.

— *Cronograma*. El cronograma es un calendario de trabajo que se establece para determinar el período de tiempo en el que se ha de realizar el trabajo del estudio.

— *Diseño*. El diseño es una labor conceptual, en el se explica la metodología que emplea el investigador y permite realizar e interpretar las observaciones en forma de conclusiones.

— *Material y métodos*. El apartado material y métodos describe los sujetos del estudio, instrumentos, procedimiento, recogida de datos y métodos estadísticos empleados.

— *Población*. La población define hacia qué sujetos va dirigido el estudio.

— *Muestra*. La muestra es un número representativo de la población que participa en el estudio de investigación.

— *Variables*. Las variables son unas características de interés. Se denomina como variables cualquier cosa que sea medida o manipulada en el estudio.

— *Plan de trabajo*. El plan de trabajo ha de ser elaborado bajo la perspectiva de los recursos reales disponibles. Se elabora basándose en argumentaciones, y precisa de una comunicación fluida y constante, y de una interrelación entre todos y cada uno de los miembros que van a llevar a cabo el trabajo de estudio de investigación.

— *Recogida de datos*. Para recoger los datos de los sujetos sometidos a estudio es necesario diseñar una hoja donde éstos queden reflejados con la edad, el sexo, etc.

— *Análisis de los datos*. Los datos, una vez recogidos, se han de organizar, manipular e interpretar. Estos datos siempre estarán relacionados con la pregunta que se quiere contestar y permiten conocer el test estadístico a emplear.

— *Resultados*. Los resultados describen los datos más generales del estudio. Se han de expresar de forma clara, precisa y concreta, utilizando para ello las tablas y figuras que se consideren pertinentes, con el fin de aumentar su claridad.

— *Conclusiones*. Las conclusiones se realizan sobre la base del análisis de los datos. Permiten que se comparen e interpreten los resultados. Se explican de un modo organizado y hacen referencia a si se corrobora o no la hipótesis del estudio que se ha llevado a cabo.

Con las conclusiones finalizan los pasos que componen el enfoque sistemático.

La formación del primer curso sobre MC había finalizado; para transmitir los conocimientos adquiridos tuve que aprender a hacer una comunicación científica, tanto oral como escrita, y, además, conocer las técnicas de exposición.

Y así fue como en las Primeras Jornadas de Investigación en Enfermería, con el tema *Material y métodos de un trabajo científico*, divulgué los conocimientos aprendidos en aquel inicio de mi formación sobre el MC.

Tras las jornadas, tuve que volver a someterme a una evaluación sobre las áreas cognitivas.

## RESULTADOS

Los resultados de la segunda evaluación mostraron que todas mis áreas cognitivas prácticamente habían duplicado su valor.

— Desde el inicio de mi formación he desarrollado un trabajo diario basándose en unos principios básicos:

— Ejecutar las tareas de un turno, basándolas en el enfoque sistemático y avanzar paso a paso.

— Darme cuenta de la importancia que tiene el intercambio de información entre colegas al inicio, durante, y al finalizar el turno de trabajo, de todo lo que ha acontecido y de aquellas tareas que han quedado pendientes de ejecutar.

— Observar el estado en el que se encuentran los pacientes y la unidad, tras la distribución de los pacientes entre los Auxiliares al inicio del turno.

— Comunicarme con la enfermera y establecer conjuntamente aquellas tareas que hay que priorizar, antes de comenzar a ejecutar.

— Ejecutar las tareas basándome en los protocolos que se hubieran establecido en la unidad, o argumentarlos, cuando fuera necesario.

— Pensar qué materiales voy a necesitar antes de ejecutar la tarea y comprender que el registro de todo lo ejecutado nos permitirá, no sólo recoger datos, sino también verificar la importancia que tiene nuestro trabajo.

— Conocer y comprender mejor qué, cómo, cuándo, por qué y para quién ejecuto cada una de las tareas. Sin duda, siempre, para el paciente.

— Analizar las situaciones acontecidas en la Unidad como resultado de haber sido más crítica y autocrítica, asumiendo las tareas delegadas y fomentando así la labor en equipo.

En definitiva, ejecutar las tareas de un turno habiendo establecido el plan de trabajo con criterio regular, sistemático y ordenado, consiguiendo con esto trabajar con menos estrés, al disminuir las

interrupciones en las tareas y los paseos innecesarios.

Los resultados de esta formación influyeron en mi experiencia laboral motivándome para que aún hoy continúe recorriendo el largo y dificultoso camino de la formación.

Como parte de esa masa crítica de la Unidad de Investigación, continúo transmitiendo el entusiasmo por la ciencia, el MC y la investigación entre mis colegas profesionales, participando en congresos y jornadas.

En ellos, además de comunicar conclusiones, estimulamos la imaginación dando lugar a nuevos proyectos para aplicar tanto en nuestro trabajo diario como en estudios de investigación, y utilizando las comunicaciones escritas, ya que éstas son el medio adecuado para compartir y transmitir nuevos conocimientos y experiencias profesionales.

En la actualidad he llevado a cabo un estudio de investigación acerca de cómo le influyen dos de nuestras tareas en su demanda de oxígeno miocárdico al paciente infartado.

## CONCLUSIONES

Basándome en mi experiencia y formación, puedo afirmar que si los Auxiliares de Enfermería en un futuro queremos llegar a investigar, precisamos en el presente de:

— *La motivación*, porque permite superar las dificultades para permanecer en continua formación. Además, nos induce a detectar fenómenos, a que fluyan las ideas y a formularnos preguntas.

— *La formación*, porque al adquirir los conocimientos sobre el enfoque sistemático nos permite establecer, junto con la enfermera, el plan de trabajo, tras ser un equipo totalmente interrelacionado.

— *La utilización del MC* porque nos permite dar las respuestas

concretas a aquellos fenómenos o problemas que cualquier profesional motivado por su trabajo detecte en su área de conocimientos.

Por eso, estimados colegas, en el presente, desde mi experiencia, les digo que esas posibilidades existen, a pesar de estar en un turno rodado y en cualquier servicio o área del hospital en el que nos encontremos destinados.

Y este esfuerzo nos puede resultar más gratificante si permanecemos unidos en este caminar.

## DESPEDIDA

*La vida es breve, la ciencia extensa, la ocasión fugaz, la experiencia insegura, el juicio difícil.*

*Es preciso no sólo hacer lo preciso uno mismo, sino, además, el enfermo, los que lo asisten y las circunstancias externas.*

HIPÓCRATES

## BIBLIOGRAFÍA

— *Primer curso sobre M.C.*

— *Primeras Jornadas de Investigación en Enfermería.*

— *Curso práctico sobre Comunicación Científica.* Unidad de Investigación, H.U. San Juan.

— *Curso de formación de formadores C.D.T.*

— García Roldán, J.L.: *Cómo elaborar un proyecto de investigación.* Ed. Universidad de Alicante.

— Politt, D. y Hungler, B.: *Investigación científica en Ciencias de la Salud.* Ed. Interamericana. Mc.GRAW-HILL.



**Silvia Susana  
Marcelino Pérez**  
(Auxiliar de Enfermería)

**Delia Alicia Marcelino  
Pérez**  
(Auxiliar de Enfermería)

**Manuela Pérez  
Domínguez**  
(Auxiliar de Enfermería)

# INTERVENCIÓN FRENTE A ÚLCERAS DE PREVENCIÓN

Las úlceras por presión son uno de los problemas más frecuentes en los ancianos que tienen limitada su movilidad, aumentan su sufrimiento, agravan su pronóstico y, en ocasiones, las complicaciones de las mismas, como son la infección local y la sepsis, unidas a otras patologías existentes (enfermedades crónicas debilitantes, problemas circulatorios, factores nutricionales...), provocan su muerte. La prevención de su aparición es responsabilidad del equipo multidisciplinar (médicos, enfermeras, Auxiliares de Enfermería, fisioterapeutas, etc.), pero es básica la labor de enfermeras y Auxiliares de Enfermería ya que, al estar en contacto más directo con el paciente, pueden valorar mejor el riesgo de aparición de las mismas, así como tratarlas cuando hacen aparición. Dado el elevado número de pacientes no válidos o con patologías inmovilizantes existentes en nuestro centro, la elaboración de un programa de intervención es básica. El cuidado de pacientes que presentan úlceras por presión es una importante actividad que implica una gran cantidad de tiempo y esfuerzo, además de generar una importante carga económica, por lo que es imprescindible un plan de profilaxis y un tratamiento lo más efectivo posible.

## INTRODUCCIÓN

A la hora de elaborar un protocolo de intervención es de vital importancia conocer:

- Su etiopatogenia.
- Factores de riesgo.
- Localizaciones más frecuentes.
- Grupos de riesgo.
- Clasificación de las úlceras.

El conocimiento de estos puntos será el que nos permitirá elaborar una estrategia de intervención eficaz.

## ETIOPATOGENIA

**1) La presión directa ejercida sobre una zona de la superficie corporal durante periodos de tiempo prolongados.** Esto provoca trastornos metabólicos locales, debidos a la hipoxia, que origina una acidosis tisular que favorece la acumulación de productos de deshecho.

**2) Las presiones tangenciales.** La fricción produce fuerzas paralelas a la superficie epidérmica, que traumatiza la piel. Si estos traumatismos son repetidos

comprometen a la circulación capilar, desencadenando la cascada isquémica necrosis y ulceración: la fricción altera la capa córnea y provoca ampollas intraepidérmicas y erosiones. Es el llamado "efecto cizalla".

Se produce al tener al enfermo incorporado en la cama en un ángulo mayor de 45° o al subirlo hacia la cabecera de la cama arrastrándolo sobre las sábanas.

En ambos casos se dan una serie de fases previas a la formación de la úlcera:

- Edema.
- Vaciamiento capilar.

- Eritema.
- Flictena (en ocasiones).
- Erosión o desepidermización.
- En los tejidos circundantes se puede notar una pérdida de consistencia a la palpación.

### 3) La humedad debida a la incontinencia fecal y/o urinaria.

Provoca la maceración de la piel y el edema. Un estudio realizado en 1993 por E. Pérez (ref. 2) demostró que la incontinencia aumenta en 5,5 veces el riesgo de aparición de úlceras por presión.

## FACTORES DE RIESGO

### 1) Pacientes con inmovilidad o encamamientos prolongados.

- Pacientes con lesiones de la médula espinal o del cerebro (paraplejía, hemiplejía) que, aunque permanezcan alerta, pueden haber perdido la sensibilidad en gran parte de su cuerpo.
- Pacientes inconscientes, en coma, o bajo el efecto de una fuerte sedación o de tranquilizantes. El movimiento mecánico está disminuido o no existe.
- Pacientes anestesiados para cirugía.
- Inmovilización post-operatoria.
- Pacientes desorientados que necesitan estar sujetos. El privarles de movilidad es algo muy discutible, ya que les hace muy susceptibles a este tipo de lesión.
- Demencia senil.

### 2) Pacientes de edad avanzada.

Guarda relación con los cambios que se producen en la piel (sequedad, pérdida de elasticidad, disminución de la grasa subcutánea), y también con el hecho de que la senilidad favorece la permanencia en cama, ya que los pacientes ancianos se fatigan con facilidad.

### 3) Pacientes con incontinencia urinaria y/o fecal.

Como ya hemos dicho provoca la maceración de la piel con el consiguiente riesgo de erosión cutánea y de infección.

### 4) Enfermedades endocrinas: obesidad, diabetes.

En el caso de la obesidad, la presión sobre las diferentes zonas debido al peso es mayor. La diabetes acelera el proceso de necrosis debido a la microangiopatía diabética.

### 5) Pacientes con un mal estado nutricional (desnutrición, hipoproteïnemia, deshidratación, anemia).

El riesgo de formación de úlceras es proporcional al estado nutricional del paciente. La proximidad del plano óseo a la piel en una persona delgada acrecenta la compresión de los tejidos, los cuales a la vez están debilitados a causa de la malnutrición. En la persona obesa la capa de tejido adiposo hace de cojín, protege la piel de la presión directa. Sin embargo, la presión sobre las diferentes zonas debido al peso es mayor.

### 6) Arterioesclerosis.

### 7) Alteraciones respiratorias, con repercusión de la oxigenación tisular.

### 8) Factores psicológicos (depresión, deterioro de la propia imagen, falta de higiene).

### 9) Inmovilizaciones mecánicas (férulas, escayolas, aparatos de tracción y/o ortopédicos).

### 10) Tratamientos con corticoides y citostáticos.

Los riesgos de necrosis están asociados a las quimioterapias agresivas por vía endovenosa a largo plazo. La corticoterapia,

por ejemplo, actúa sobre los tejidos adelgazándolos, disminuyendo así su resistencia e inhibiendo los procesos de cicatrización.

## LOCALIZACIONES MÁS FRECUENTES

Las localizaciones varían según la posición que adopta el paciente.

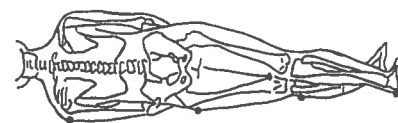
### Decúbito supino:

- Occipital.
- Omóplatos.
- Codos.
- Sacro, coxis, pliegue interglúteo.
- Talón, dedos.



### Decúbito lateral:

- Oreja.
- Acromión.
- Cresta ilíaca.
- Trocánter.
- Cóndilos.
- Maleolos.
- Talones.



## GRUPOS DE RIESGO

Los pacientes que presentan este tipo de lesiones con más frecuencia, son los pacientes ancianos, encamados y enfermos crónicos, circunstancias que muchas veces aparecen de manera simultánea en un mismo paciente.

Las úlceras por presión se producen por la presencia de varios de los factores de riesgo antes mencionados.



## VALORACIÓN DEL RIESGO DE ÚLCERA POR DECÚBITO (ESCALA DE NORTON)

VARIABLE	4	3	2	1
<b>Condición Física</b>	Buena	Regular	Pobre	Muy mala
<b>Estado Mental</b>	Alerta	Apático	Confuso	Estuporoso
<b>Actividad</b>	Completa	Deambula con ayuda	Silla de ruedas	Encamado
<b>Movilidad</b>	Completa	Limitación ligera	Limitación importante	Inmovilidad
<b>Incontinencia</b>	Continente	Incontinencia ocasional	Incontinencia urinaria	Incontinencia urinaria, fecal
<b>Puntuación total</b>				

A la hora de valorar el nivel de riesgo de un paciente hay tres escalas que nos permiten determinar el grado de riesgo: la de Norton, la de Arnell y la de Braden. Nosotros escogimos la de Norton por ser la más sencilla y fácil de utilizar.

### Instrucciones para su uso

- Determinar el estado del paciente para cada variable.
- Sumar la puntuación de todos los apartados.
- La puntuación máxima de la Escala de Norton es de 20, quedando establecido el riesgo de padecer una úlcera cuando la puntuación total es de 14 o inferior.
- Evaluar la condición del paciente de forma regular.

### CLASIFICACIÓN DE LAS ÚLCERAS

Las úlceras por presión se clasifican en cuatro estadios según su grado de afectación tisular:

— *Estadio I:* Fase eritematosa. Epidermis y dermis lesionadas, pero no destruidas. La piel presenta zonas de enrojecimiento que no desaparecen al retirar la presión.

— *Estadio II:* úlcera superficial (erosión, cráter superficial,...).

Epidermis y dermis destruidas, hipodermis afectada. A veces aparecen vesículas o ampollas.

— *Estadio III:* fase escoriativa. Destruídas epidermis, dermis e hipodermis, apareciendo una cavidad o úlcera bien definida, generalmente con exudado.

— *Estadio IV:* tejido muscular y óseo invadido, pudiendo incluso verse las estructuras óseas, con tejido necrótico y abundante exudado.

La actuación del equipo de Enfermería deberá orientarse, de una manera u otra, en función de todos estos puntos.

### OBJETIVO

Nuestro objetivo es la elaboración de un programa de prevención y tratamiento, elaborado tras una revisión bibliográfica realizada con la base de datos MEDLINE, cuya efectividad será evaluada mediante la monitorización de la tasa de pacientes ulcerados y la tasa de úlceras por paciente.

Ambas servirán de indicadores de la calidad de los cuidados de Enfermería.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Los pacientes objeto de estudio fueron un total de 32.

#### Criterios de inclusión

- Aquellos que presentaban factores de riesgo de aparición de úlceras (factores nutricionales, incontinencia, encamamientos prolongados, problemas circulatorios, etc.).
- Pacientes que tenían una puntuación de 14 o menos en la escala de Norton.
- Aquellos que presentaban ya alguna úlcera por decúbito del grado I al III.

#### Criterios de exclusión.

Se excluyeron los que presentaban algunas de estas circunstancias:

- Padecer infección sistémica.
- Presentar síntomas de infección local activa.
- Pacientes sometidos a tratamientos inmunosupresores.
- Abandono del estudio antes de su finalización.

Para cada lesión se han estudiado los siguientes parámetros:

- *Variables de identificación:* iniciales del paciente, sexo y edad.

• *Evaluación inicial de la lesión:* en cada lesión describiremos el tipo de lesión, su localización anatómica, su clasificación según los grados anteriormente descritos, superficie, volumen y profundidad.

• *Evolución de la lesión:* en cuanto a tamaño, cicatrización y aparición del tejido de granulación.

• *Valoración final:* número de días hasta conseguir la cicatrización total. Calidad de la cicatrización total.

• *Abandonos:* por abandono del programa o por éxitos.

## PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN FRENTE A LAS ÚLCERAS POR DECÚBITO

Ante todo, hay tener en cuenta que el protocolo ha de poder individualizarse para adaptarse a las necesidades concretas de cada paciente.

Ante la aparición de escaras o úlceras por presión (UPP), hay dos líneas de intervención:

- Tratamiento preventivo.
- Tratamiento curativo.

### A) Profilaxis

El tratamiento de las úlceras por decúbito comprende todas aquellas medidas que deben tenerse en cuenta para evitar la aparición de UPP:

- Vigilancia de las zonas de riesgo.
- Prevención de la presión mediante cambios posturales.
- Movilizaciones pasivas y activas, o activo-asistidas.
- Prevención de los factores de riesgo mediante el masaje circulatorio general y sobre los puntos de mayor presión, así como

mediante una correcta higiene de la piel.

- Vigilancia del estado general y nutricional.
  - Ejercicios respiratorios.
- Centraremos nuestra atención en los cinco últimos puntos.

### Prevención de la presión mediante cambios posturales

Para prevenir las úlceras por presión hay que prevenir su causa principal: la compresión prolongada del tejido por dos planos duros.

1) Son básicos los cambios posturales cada 2-3 horas durante todo el día (incluida la noche), alternando decúbito supino, decúbito ventral, lateral derecho e izquierdo, posición de tres cuartos y posición de sentado en pacientes encamados. En los pacientes que realizan sedestación se recomiendan cambios de posición cada 30 minutos.

Hay que tener en cuenta una serie de puntos:

- Seguir una rotación determinada de los diferentes cambios respetando la postura anatómica.
- Repartir el peso del cuerpo por igual, a fin de evitar los dolores musculares por contracciones de compensación.
- Registrar a qué hora se han realizado los cambios posturales para garantizar una adecuada continuidad de los cuidados, debido a la rotación de personal.

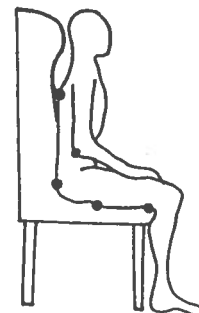
#### *Decúbito ventral o prono*

- Costillas.
- Codo.
- Mamas en las mujeres.
- Genitales en los hombres.
- Cara anterior de los muslos.
- Rodillas.
- Dedos.



#### *Posición sentada.*

- Tuberosidades isquiáticas.
- Coxis.
- Omóplatos.
- Codos.
- Zona poplíteas.



Utilizaremos almohadas adaptadas y de distintos tamaños y grosores, que colocadas correctamente por encima y por debajo de las zonas susceptibles de compresión disminuirán el riesgo de aparición de UPP.

A continuación intentaremos describir la colocación de los distintos decúbitos:

1) *Decúbito supino:* es la postura más frecuente y mejor tolerada por los pacientes.

— Occipital: si hay mucho riesgo de escara se colocará un protector en forma de herradura (los protectores en forma de anillo cerrado, aumentan la isquemia en la zona).

— Omóplatos: la colocación correcta de la cabeza sobre la almohada (parte superior de los hombros descansa en la almohada junto con el cuello y cabeza), disminuye la presión sobre ellos.

— Codos: se alternarán distintas posturas, siempre que sea posible, colocando el brazo en rotación externa, interna, elevado sobre la cabeza, etc.

— Sacro: colocaremos una almohada en zona lumbar y otra en cara posterior del muslo (justo bajo la zona glútea), teniendo cuidado de separarlas



demasiado para que el sacro no caiga por el peso.

— Talones: se mantendrán elevados mediante la colocación de una almohada en la cara posterior de la pierna, respetando el hueco poplíteo, que no debe sufrir presiones, para evitar compromisos vasculares y nerviosos.



2) *Decúbito prono*: mal tolerada y, por ello, poco frecuente.

— Crestas ilíacas: almohada en abdomen y otra en zona inferior de la pelvis.

— Rótula: quedará elevada por la que colocamos en la pelvis y por otra situada en la cara anterior de la pierna. Esta última debe producir una elevación suficiente como para que los dedos no rocen la cama.

— La zona del pecho, costillas, etc., quedará elevada por la almohada del abdomen y la de la cabeza, sobre la que descansarán los hombros.

— La cabeza debe alternar las rotaciones, para evitar las escaras en el pómulo.



3) *Decúbito lateral*: la colocación de las almohadas será igual que en el supino.

— Trocánter: colocación como la protección para el sacro.

— Cóndilos y maleolos: como en la protección de los talones.

— Colocaremos también almohadas entre las piernas para evitar roces entre maleolos o cóndilos.

4) *Decúbito lateral 3/4*: se tolera mejor que el lateral completo, sobre todo si existen problemas o patologías respiratorias.

La colocación será igual que en el decúbito lateral, pero añadiendo una almohada en la espalda, sobre la que descansará el peso del paciente.



5) *Sedestación*: aquí haremos hincapié en la necesidad de disminuir la presión en la tuberosidad isquiática, despegándola de la silla cada cierto tiempo, apoyándonos en los brazos (siempre y cuando el paciente pueda hacerlo).

— Tuberosidad isquiática: cojín en herradura.

— Omoplatos: almohadilla en lumbares altas.

— Zona poplíteo: vigilar que no quede comprometida con el borde de la silla. Si fuera necesario se elevarán los reposapiés para disminuir la presión en esa zona.



### Medios complementarios

No sustituyen a los cambios posturales, son complementarios de éstos.

— Soportes textiles antidecúbito (Suapel, Mullipel, Larkpel, Akros, etc.). Son más efectivos en contacto con la piel. Evitan fricciones, dispersan el peso, absorben la humedad y permiten la circulación del aire.

— Apósitos transparentes autoadhesivos (Op-site, Tegaderm, etc.). Estas láminas transparentes se colocan en las zonas de fricción con riesgo de ulceración protegiendo la piel de la fricción.

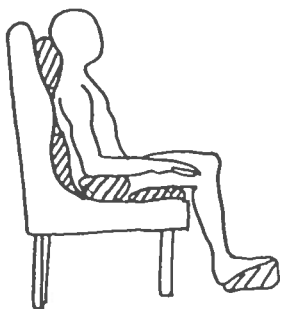
Son transparentes, elásticos, impermeables a líquidos y a bacterias, y permeables al oxígeno. Por todo ello, estas láminas dejan respirar la piel, además de protegerla de líquidos y bacterias.

Por sus características pueden dejarse colocados durante varios días, hasta que se caen por sí solos. Su transparencia nos permite ver la evolución de la piel sin necesidad de retirarlos.

— Coderas y taloneras (Codipié, etc.) realizadas en espuma y recubiertas de algodón.

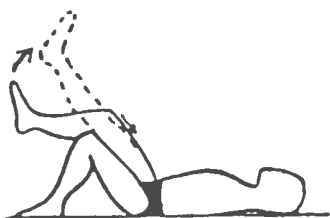
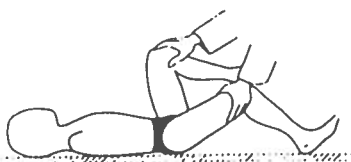
— Almohadas y cojines. Ayudan a que el paciente esté más cómodo, a la vez que disminuyen la presión sobre la zona en contacto con él. Pueden ser de silicona sólida, silicona fluida, goma látex, gomaespuma, gel, aire, agua, nódulos, piel, etc. En el mercado existen:

- Cojines de fabricación artesanal.
- Cojines de agua.
- Cojín de microcélulas isobáricas.



## Movilizaciones pasivas y activas o activo-asistidas

El efecto primordial buscado con esta terapia es, por un lado, una mejoría de la circulación, con un consiguiente aumento de la oxigenación de los tejidos, y, por otro, una mejora en el retorno venoso, con un aumento en la eliminación de sustancias de desecho.



Las movilizaciones se realizarán de forma pasiva (sin ningún tipo de colaboración por parte del paciente, fig.1), en todos los segmentos articulares y en todos los ejes posibles de movimiento. Si fuera posible y hubiese colaboración por parte del paciente, realizaríamos movilizaciones activo-asistidas (el paciente colabora en el ejercicio), o incluso activas libres (el paciente las realiza solo), lo cual aumentaría la eficacia de la movilización, al añadirle el efecto de la contracción muscular voluntaria.

## Prevención de los factores de riesgo mediante el masaje circulatorio y una correcta higiene de la piel

1) *Masajes*: general de carácter circulatorio, con maniobras de deslizamiento lentas y profundas. En los puntos de apoyo se aplicará masaje circular profundo.

Favorecen la circulación de la sangre y evitan la atrofia muscular. Se debe insistir sobre todo en las zonas de apoyo.

Utilizaremos cremas hidratantes tipo Nivea, o de cinc tipo Proskin. También se pueden aplicar fricciones con alcohol.

- Se realizan durante 10 minutos después del cambio postural.
- No deben realizarse si ya existe lesión.

### 2) Higiene:

- Tener una higiene correcta de la piel para mantener su integridad.
- Mantener la piel seca y limpia.
- Usar jabones de pH neutro o ácido.
- Mantener la ropa de cama seca y sin arrugas. Evitar la ropa nueva, es más áspera.
- En caso de pacientes con yesos, sacudir bien las sábanas para evitar restos de escayola,

que originan lesiones cutáneas y degeneran en úlceras.

3) *Colchones antiescaras*: no suplen al colchón ordinario, se colocan encima de éste. Se basan en el principio de flotación en el aire o agua. Pueden ser:

- Colchón hinchable alternante. Sus inconvenientes son que provoca una excesiva transpiración y el ruido del motor, que al funcionar día y noche suele llegar a molestar al paciente.

- Colchón de aire de tres cámaras. Son de presión variable, presentan secciones tubulares que se hinchan y deshinchan alternativamente.

- Colchón de agua. Están de moda, pero tienen una serie de inconvenientes: son pesados, pueden pincharse y ha de renovarse el agua cada cierto tiempo, porque crecen algas en ella.

- Colchón de espuma de poliuretano.

- Colchón de látex. Es poroso, evita la humedad ambiental y corporal.

- Colchón de Akron fibra. Equilibra proporcionalmente el peso del paciente.

En nuestro centro utilizamos los tres últimos tipos.

4) *Camas especiales*: permiten una distribución automática del peso. Son caras y la mayor parte de los centros y pacientes no pueden costearlas.

- Evitar que el ángulo de la cama con respecto a la horizontal supere los 30° para que el paciente no vaya resbalando y se produzcan fricciones.

- En los enfermos incontinentes se puede realizar un sondaje vesical o un colector de orina en los hombres. Hay que tener cuidado con la colocación de la sonda, ya que las sondas urinarias estranguladas bajo la piel, al acostarse el paciente sobre ellas,



son causa frecuente de ulceraciones.

— Utilización de traveseros absorbentes impermeables tipo Salvacamás Ausonia.

## Estado general y nutricional

— Tratar la enfermedad de base (diabetes, insuficiencia cardíaca, anemia, etc.).

— Mantener un estado nutricional adecuado. En estos pacientes es indispensable una buena nutrición, ya que el balance negativo de nitrógeno es una de las causas principales en la aparición de úlceras. Por eso es importante aplicar una dieta rica en proteínas. Es básico:

- Evitar la hipoproteïnemia. Se pueden administrar suplementos proteicos tipo Precitene, Gevral, Meritene o Pentaset.
- Elaborar una dieta adaptada a sus necesidades.
- Ingestas poco copiosas y más frecuentes.

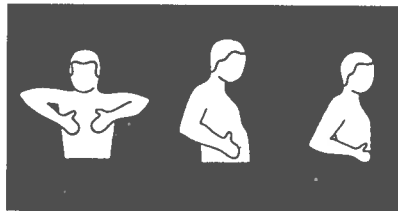
Las necesidades del paciente con úlceras son, generalmente, mayores que las de un individuo sano, ya que son los nutrientes como proteínas, hidratos de carbono, vitaminas y minerales los que constituyen la base para reparar los tejidos y evitar la infección.

— Mantener una correcta hidratación.

## Ejercicios respiratorios

Se realizará una educación respiratoria, predominantemente diafragmática, con el fin de aumentar la circulación. Toma de conciencia y aprendizaje de la respiración diafragmática (inspiraciones nasales profundas, hinchando la tripa, y espiraciones lentas con boca entreabierta, forzando la espiración al final, mediante una leve presión

abdominal. El tiempo espiratorio debe ser mayor al inspirado, en una relación aproximada de 1/3).



## B) Tratamiento

No existe un único tratamiento: varía según el estadio y el grado de afectación tisular, y hay que evaluarlo a medida que evoluciona el estado de la úlcera. Cada paciente necesita un tratamiento adecuado a sus circunstancias específicas. Como todo protocolo, hay que poder individualizarlo.

A continuación vamos a hablar de los diferentes limpiadores, antibacterianos, desbridantes, cicatrizantes y apósitos utilizados, así como de los casos en los que se han de utilizar.

### Limpiadores

- Suero fisiológico
- Povidona yodada
  - Betadine (solución antiséptica o pomada)
  - Topionic (solución antiséptica)
  - Betatul (apósito)
- Ácido acético al 5%
  - Vinagre
- Peróxido de nitrógeno
  - Agua oxigenada

El suero fisiológico es lo mejor para la limpieza superficial de las heridas no infectadas.

La povidona yodada es un antiséptico medio pero de amplio espectro. Su principal contraindicación es que retrasa la síntesis del colágeno.

El ácido acético al 5% enlentece la cicatrización. Es bastante

efectivo contra la pseudomona aeruginosa, pero no frente a grampositivos y gramnegativos.

El peróxido de hidrógeno puede ser útil en las heridas arenosas a causa de su efervescencia, pero altera los nuevos capilares en el tejido de granulación, además de ser tóxico para los fibroblastos.

### Antibacterianos

- Nitrofurazona al 0,2%
  - Furacin (pomada)
- Sulfadiazina argéntica
  - Silverderma (crema)
  - Flammazine (crema)
  - Unitul Complex (apósito)
- Gentamicina
  - Gentamicina (viales)
  - Gevramycin (pomada)
- Tobramicina
  - Tobradistin (viales)

### Desbridantes

- Cadexomero yodado
  - Iodosorb (gránulos)
- Enzimas
  - Destraxe (pomada)
  - Irujol mono (pomada)
  - Irujol neo (pomada)
- Dextranmero
  - Debrisan (gránulos)

Existen desbridantes enzimáticos que sirven para ablandar las costras secas, a la vez que eliminan el tejido necrótico. Su inconveniente es que son lentos. Su uso está contraindicado con antisépticos tipo povidona yodada, ya que ésta inactiva la enzima colagenasa. Por todo ello, la herida ha de limpiarse bien con suero fisiológico antes de aplicar estos desbridantes.

### Cicatrizantes

- Ácido acexamico
  - Plastenan (pomada y gránulos)
- Extracto de sangre
  - Solcoseryl (gel y pomada)
- Aceite de ricino, cera de abeja. Balsamo de Perú.

- Linitul (pomada y apósito)

Sirven para estimular el tejido de granulación, favoreciendo la cicatrización de la úlcera.

Otra posibilidad a la hora de intervenir frente a las úlceras por presión es la utilización de apósitos húmedos. Las heridas tratadas en ambiente húmedo cicatrizan mejor, dejando también mejor cicatriz, ya que la humedad favorece el crecimiento del tejido de granulación y la reepitelización.

Los apósitos están contraindicados si se sospecha de una infección por anaerobios.

Su ventaja radica en que se cambian con menor frecuencia que los otros, por lo que suponen un ahorro económico, por un lado, y un ahorro de tiempo, por otro.

Vamos a hacer un breve resumen de los diferentes tipos de apósitos.

### Láminas de poliuretano

- Apósito transparente
- Opsite
- Opsite Flexigrid

Son láminas adhesivas semipermeables formadas por una película transparente de poliuretano. Permiten el paso de gases y vapor de agua, pero no el de bacterias y exudado de la herida.

Se utilizan en heridas superficiales con poco exudado.

### Hidrocoloides

- Placa
  - Comfeel apósito transparente
  - Comfeel Ulcus perfil extrafino
  - Comfeel protector
  - Ulcuflex oclusivo
  - Biofilm semipermeable
  - Biofilm Patch
  - Varhesive gel control con recorde
  - Hidrocoloide
- Gránulos
  - Comfeel gránulos
  - Biofilm polvos

- Ulcuflex polvos
- Varhesive gránulos

- Pasta
  - Comfeel pasta
  - Ulcuflex pasta
  - Varhesive pasta

El hidrocoloide contenido en el apósito absorbe el exudado, favorece el crecimiento del tejido de granulación y acelera la epitelización. Sirve para realizar desbridamientos rápidos y en los primeros cambios de apósito se observa un aumento del tamaño de la herida.

Tiene tres presentaciones:

- Pasta: iguala superficies en úlceras cavitadas.
- Gránulos: para úlceras que presentan abundante cantidad de exudado.
- Placas: para heridas con exudado moderado. Pueden combinarse con las dos presentaciones anteriores.

### Hidrogeles

- Placa
  - Cultinova
  - Cultinova plus
- Placa transparente
  - Geliperm húmedo
  - Geliperm H. perm.
  - Geliperm seco
- Gránulos
  - Geliperm gránulos
- Gel
  - Intrasite gel

Se recomiendan en úlceras con exudado ligero o medio. Producen una absorción tridimensional.

Existen tres formas de presentación:

- Húmedo: para heridas secas o poco exudativas.
- Seco: para exudado moderado. Tiene mayor poder de absorción.
- Granulado: es útil en las úlceras profundas o fistulizadas.

Son permeables al oxígeno. Todos ellos precisan de un segundo apósito.

### Apósito hidrófilo de Poliuretano

- Apósito
  - Allevyn apósito
  - Allevyn cavity

Recomendados para heridas muy exudativas. Constan de una capa hidrofílica interna que actúa como absorbente y otra hidrofóbica externa, no absorbente, que actúa como protectora.

Se presentan en placa, apósito y para cavidades.

### Apósito de alginato cálcico

- Apósito
  - Sorbsan
  - Tegagel

Derivados de algas. Al entrar en contacto con una herida exudativa, crean un ambiente húmedo y caliente, que facilita la cicatrización.

No son de utilidad en heridas secas o con poco exudado.

### Apósito de carbón activado

- Apósito
  - Carbonet

Sirven para reducir el olor en úlceras malolientes.

### Apósito de colágeno 100%

- Apósito
  - Euroklee
  - Colágeno Llorente

Por sus características hidrofílicas favorecen la cicatrización y absorben el exudado.

### Apósito engrasado

- Apósito
  - Linitul
  - Tulgrasum cicatrizante

Su uso está indicado cuando la úlcera presenta tejido de granulación, pero no epiteliza a causa de la sequedad de la piel.

A continuación veremos el tipo de actuación para cada estadio:

*Estadio I:* fase eritematosa. Epidermis y dermis lesionadas,



pero no destruidas. La piel presenta zonas de enrojecimiento que no desaparecen al retirar la presión.

1) Limpieza de la piel con jabón de pH neutro o ácido y suero fisiológico. Secar con gasas.

A continuación:

2) Aplicar antisépticos (ej. Betadine).

3) O bien realizar una cura plana con gasas o lámina adhesiva semipermeable.

*Estadio II:* úlcera superficial (erosión, cráter superficial,...). Epidermis y dermis destruidas, hipodermis afectada. A veces aparecen vesículas o ampollas.

1) Si existe flictena, vaciar el contenido y lavar el interior con una solución de suero fisiológico y betadine (1:10), conservando la piel.

2) Limpiar con suero fisiológico. Secar con gasas mediante ligeros toques para no lesionar el tejido de granulación.

A continuación, existen dos opciones:

3) Aplicación de un antiséptico más cura plana oclusiva, o lámina adhesiva semipermeable.

4) Aplicación de apósito hidrocólicoide.

5) Si la piel está demasiado seca y no epiteliza, aplicar tul engrasado, vigilando la aparición de maceración.

*Estadio III:* fase escoriativa. Destruídas epidermis, dermis e hipodermis, apareciendo una cavidad o úlcera bien definida, generalmente con exudado.

1) Limpieza con suero fisiológico.

A continuación existen tres opciones, según las circunstancias de cada úlcera:

2) Aplicación de antiséptico.

3) Aplicación de apósito hidrocólicoide.

4) Si la úlcera es muy profunda

o tiene un elevado grado de exudación, utilizar gránulos, pastas, hidrogeles, apósitos de alginato cálcico, o apósitos hidrófilos de poliuretano.

Si existen esfacelos, limpiar con suero fisiológico y aplicar pomadas enzimáticas. Su uso está contraindicado junto con antisépticos que contengan povidona yodada, ya que ésta inhibe la actividad de la colagenasa. Tampoco se puede utilizar el apósito hidrocólicoide con pomadas enzimáticas. En estos casos, además, hay que poner un apósito oclusivo.

*Estadio IV:* Tejido muscular y óseo invadido, pudiendo incluso verse las estructuras óseas con tejido necrótico y abundante exudado.

1) Limpieza con suero fisiológico.

2) Aplicación de antiséptico.

3) En caso de ser necesario, desbridamiento del tejido necrótico, para eliminar esfacelos:

- Mediante cirugía, con material estéril. Puede producirse hemorragia, por lo que hay que tener a mano un hemostático local (Spongostan) o nitrato de plata (Argenpal) para cauterizar.

- Aplicación de pomadas enzimáticas. Si existe una placa dura, realizar pequeñas incisiones para que penetre mejor la pomada.

4) Una vez limpia la úlcera de tejidos necróticos, favorecer la aparición del tejido de granulación mediante pomadas y/o apósitos cicatrizantes.

5) En algunas ocasiones se pueden realizar injertos miocutáneos en heridas de gran tamaño que no cicatrizan, aunque esta circunstancia no se produjo en nuestro estudio.

A la hora de realizar curas oclusivas utilizar esparadrapo de

papel o antialérgico (por ejemplo Leukopor) ya que cualquier otro tipo de esparadrapo ocasionaría la aparición de lesiones en la piel. Ha de colocarse procurando que no queden pliegues ni arrugas, ya que se originarían erosiones cutáneas. También pueden utilizarse láminas transparentes autoadhesivas.

Además del tratamiento médico-quirúrgico, existen dentro del campo de la fisioterapia una serie de tratamientos complementarios.

Ante la escara constituida, el fisioterapeuta cuenta con una serie de técnicas de electroterapia que, asociadas al tratamiento médico y cuidados de Enfermería, pueden ser de gran ayuda en el proceso de cierre y cicatrización de la UPP.

• *Láser:* puede ser, hoy por hoy, una de las mejores técnicas para la cicatrización de las heridas. Tras la aplicación del láser, se produce una activación en la producción de ATP mitocondrial, aumentando la troficidad celular.

En el ámbito tisular, alguno de los efectos que produce son: aumento de fibroblastos y fibras de colágeno, aumento en la velocidad de regeneración de fibras nerviosas, regeneración de vasos sanguíneos, reepitelización, aumento de la troficidad de la piel, etc.

• *Aplicación:* ante todo, la zona a tratar debe ser lavada con suero fisiológico para retirar cualquier tipo de pomada o exudado. A continuación estableceremos varios puntos de aplicación en función de la extensión y profundidad de la úlcera. A medida que la UPP vaya cerrándose los puntos de aplicación disminuirán. La intensidad oscila entre 3-5 jul/cm, con una duración aproximada de 90 seg. sobre cada punto. La distancia al punto de aplicación será de 3-5 cm en perpendicular.

El número de sesiones dependerá del tamaño y extensión de la lesión y serán diarias, pero si ha llegado a un número máximo de 25-30 sesiones y no se ha mejorado la cicatrización, habrá que replantearse el tratamiento.

Los estudios realizados demuestran la eficacia del láser asociado al protocolo del tratamiento hospitalario, reduciéndose el tiempo de cicatrización y, con ello, el de estancia hospitalaria.

• *TENS (Estimulación eléctrica transcutánea)*: suele utilizarse sobre todo al principio del tratamiento, siendo requisito primordial que haya una circulación suficiente para la eliminación de las sustancias de desecho. La intensidad del tratamiento debe ser fuerte, pero evitando en todo momento las contracciones musculares.

Los electrodos se colocan en el dermatoma correspondiente a la lesión o cerca de la herida; en el caso de las heridas profundas se colocará una gasa empapada en solución salina, sobre la que se colocará el electrodo.

La frecuencia del impulso en las heridas profundas será de 2 Hz y de 80 Hz para las superficiales. Si la lesión es debida a un problema vascular, puede utilizarse el impulso en ráfagas.

El tratamiento suele aplicarse en dos sesiones diarias de 30 min. cada una, dejando entre ambas un intervalo de, al menos, 6 horas.

El tratamiento se aplicará hasta la maduración de la lesión y, en el transcurso del mismo, se irán variando la intensidad, la colocación de los electrodos, la frecuencia, etc.

• *Ultrasonidos*: más exactamente, la Sonofresis o tratamiento con sustancias introducidas en el cuerpo por los ultrasonidos. En este caso se utilizarán sustancias

con acción fibrinolítica, que favorezcan la reabsorción.

El tratamiento se realizará aplicando directamente el cabezal sobre la herida, que habremos cubierto previamente con el fármaco indicado.

Las aplicaciones serán diarias, de poco tiempo (3-5 min.), con una frecuencia de 3 MHz para las lesiones superficiales, y de 1 MHz para las lesiones profundas, y una intensidad entre 0,6-1,5 W.

• *Magnetoterapia*: se utiliza como terapia de apoyo de las anteriores, por su capacidad para restaurar la normalidad celular mediante el aumento de la oxigenación y microcirculación local; de ahí su uso en todo proceso isquémico.

Las aplicaciones serán diarias y prolongadas (alrededor de 30 min. cada sesión). La frecuencia oscilará alrededor de los 20 Hz y la intensidad entre 50-70 Gauss.

Esta terapia tiene pocas contraindicaciones. El paciente tan sólo debe tumbarse en la camilla, dentro del solenoide, que se colocará a la altura de la zona a tratar.

Por último, ante la escara cerrada, debemos actuar evitando todo tipo de retracciones cicatriciales y de adherencia de los tejidos mediante masajes, que favorecerán la formación de un tejido consistente.

Una vez definidas la metodología y criterios a contemplar, se diseñó un programa de actuación que consta de tres partes:

— *Discriminación de los pacientes a través de la escala de Norton*, para establecer los grupos de riesgo.

- Hemos considerado a aquellos pacientes que presentaban factores de riesgo de aparición de úlceras (factores nutricionales, incontinencia, encamamientos prolongados, problemas circulatorios, etc.) pacientes de riesgo bajo y medio. Es decir,

aquéllos cuya puntuación en la escala de Norton está entre 14 y 20.

- Los pacientes que tenían una puntuación de 14 o menos en la escala de Norton son los considerados pacientes de riesgo alto.

Los pacientes objeto del estudio son 22 mujeres y 10 hombres, con una edad media de  $78,2 \pm 0,56$  años. En total tenemos 17 pacientes de alto riesgo y 15 pacientes de riesgo bajo y medio.

— *Estudio inicial de la prevalencia*.

- Localización: trocánteras (19), región sacro-coxígea (16), cresta ilíaca (9), pliegue interglúteo (7), talón calcáneo (9), codos (7), maleolos (6), zona poplíteas (3), oreja (3), occipital (3), omóplatos (2), mamas (2), dedos (2).

- Superficie inicial en centímetros cuadrados:

Grado I:  $3,40 \pm 7,3$ .

Grado II:  $8,30 \pm 8,96$ .

Grado III:  $21,3 \pm 29,36$ .

Profundidad:  $4,02 \pm 0,36$ .

Para medir la superficie de la úlcera utilizamos el apósito cuadrado Opsite Flexigrid, marcando con un rotulador sobre la superficie del apósito, lo que nos permite calcular su tamaño.

El volumen de la lesión lo calculamos aplicando sobre la misma un apósito transparente e inyectando acto seguido suero fisiológico, de manera que el volumen de líquido inyectado nos permite saber el volumen de la misma.

- Antigüedad de la lesión:  $103,2 \pm 26,7$  días.

- Aspecto del lecho de la escara: con tejido necrótico y/o esfacelos (32), infectadas (46), con tejido de granulación (5).

— *Finalmente, realizamos una valoración del programa mediante dos parámetros:*



- El estudio de las tasas de pacientes ulcerados y la tasa úlcera-paciente.

- Superficie y profundidad de las úlceras.

Los datos correspondientes a ambos parámetros fueron tomados de los registros de Enfermería de las historias clínicas.

El estudio se realizó durante los meses de enero a junio de 1996.

## RESULTADOS Y CONCLUSIONES

1) Se ha observado una disminución media total del 49,01% en la tasa de úlceras de pacientes considerados de alto riesgo, tasa que es mayor (80,55%) en los grupos de riesgo bajo y medio.

2) La tasa úlcera-paciente se ha rebajado en aproximadamente un 60,5% a lo largo del periodo estudiado (enero-junio de 1996).

	NÚMERO	Nº DE ÚLCERAS QUE CURAN COMPLETAMENTE	% DE ÚLCERAS QUE CURAN COMPLETAMENTE
ESTADIO/GRADO I	21	21	100%
ESTADIO/GRADO II	32	27	84,37%
ESTADIO/GRADO III	28	21	67,34%
ESTADIO/GRADO IV	6	3	50%

3) Con respecto a la reducción de las úlceras según su superficie y profundidad, factores que son los principales indicadores de la efectividad de los métodos utilizados, destacan los casos en los que la herida se ha curado en toda su extensión.

Para completar la valoración, evaluamos la reducción de la profundidad de las úlceras, observándose una significativa disminución de las mismas.

Como conclusiones podemos señalar las siguientes:

— Aunque la muestra de enfermos no es numéricamente representativa, los pacientes que han sido objeto de este estudio presentan en conjunto las características

de los pacientes que padecen úlceras por presión:

- Edad media elevada.
- Estado general medio malo.
- Movilidad escasa o nula.

La localización de las úlceras también se corresponde con las localizaciones habituales de las úlceras por presión.

— La valoración continuada del riesgo del paciente es un cuidado básico a la hora de garantizar la continuidad y calidad de los cuidados de Enfermería.

— La aparición de úlceras por presión y el aumento de la tasa úlcera-paciente pueden considerarse indicadores indirectos de una mala calidad de los cuidados enfermeros.

## BIBLIOGRAFÍA

— Munar Fors, C. y Bastida Bastús, N.: *Tratamiento de las úlceras por presión*. Revista FMC, vol.1, Nº 5, mayo de 1994: 290-298.

— Pérez, E.: *Pressure ulcers: updated guidelines for treatment and prevention*. Geriatrics; 1993, Nº 48: 39-44.

— Torra y Bou, J.: *Tratamiento de las úlceras por presión a domicilio*. Revista ROL, año XVIII, septiembre 1995, Nº 205. Separata.

— Puig, A.: *Úlceras de decúbito: fisiología y tratamiento*. Revista ROL, Nº 63-64: 25-28.

— Colina, J.: *Atención de enfermería a pacientes con úlcera por presión*. Revista ROL, Nº113: 41-52.

— Khan, J.: *Principios y práctica de la electroterapia*. Ed. Jimns, 1990.

# CUIDADOS del RECIÉN NACIDO con SÍNDROME de ABSTINENCIA

Ana Isabel Angosto Sánchez  
Raquel Jarabo Arribas  
Teresa Leal Jiménez  
M<sup>a</sup> Dolores Palacios Costillo  
Auxiliares de Enfermería.  
Hospital Universitario de Getafe.  
Servicio de Neonatos

## Definición de síndrome de abstinencia

Es el complejo de signos y síntomas que presenta el recién nacido tras el nacimiento a consecuencia del consumo de drogas de la madre durante el embarazo.

## Etiología

En la siguiente tabla presentamos las drogas más frecuentes consumidas por madres gestantes.

Drogas	Vías de administración
Heroína	Intravenosa/Inhalación
Metadona	Vía oral
Cocaína	Inhalación
Cannabis	Inhalación
Barbitúricos	Intravenosa/Vía oral
Alcohol	Ingerido

Es muy frecuente la poliadicción.

## Clínica

El comienzo de los síntomas va a depender de la droga consumida por la madre durante el embarazo.

Droga	Comienzo	Duración
Heroína	1-144 horas	7-20 días
Metadona	1-14 días	0-45 días
Cocaína	18-20 horas	1-3 días
Barbitúricos	1/2 hora-14 días	11 días-6 meses
Alcohol	6-12 horas	

## Síntomas generales

*Neurológicos:* Irritabilidad, temblores, alteraciones del sueño, llanto agudo y persistente, hipertónía, hiperreflexía, reflejo del moro de bajo umbral, alteraciones de la succión y convulsiones.

*Vasomotores:* Sudoración (muy significativa, ya que en el recién nacido es infrecuente), cutis marmorata y rubeosis, distermia (fiebre o hipotermia), bostezos.

*Gastrointestinales:* Vómitos, diarrea, dificultad para la alimentación, así como avidez por el alimento (estos síntomas no suelen aparecer antes del cuarto día).

*Respiratorios:* Polípnea, obstrucción nasal, rino-rea, y estornudos.

*Cutáneas:* Escoriaciones y lesiones por roce.

Además de estos síntomas la adicción a las drogas va asociada a otros problemas como pueden ser:

- Muerte súbita, más frecuente en hijos de madres consumidoras de cocaína.
- Crecimiento intrauterino retardado.
- Microcefalea.
- S.F.A.
- Prematuridad.

## Tratamiento

*Farmacológico:* Normalmente estos niños son tratados tras la aparición del primer síntoma con Fenobarbital, administrando una primera dosis de choque para posteriormente pautar dicha medicación de la siguiente manera:

- Dosis de choque: 5-10 mg/Kg IV ó IM.



— Dosis de mantenimiento: 3-5 mg/Kg/día (dos dosis) IV ó VO.

Se hace una valoración por parte del personal sanitario siguiendo el protocolo de L. Finnegan o Score que en nuestro hospital se realiza una vez por turno.

#### Sintomático:

— Se procede al aislamiento del recién nacido para disminuir los estímulos externos.

— Debido a la inseguridad que sienten se les arroja con una sábana un poco más fuerte de lo habitual.

— Requieren un cuidado más afectivo por parte del personal sanitario que les atiende.

— Las tomas de alimentación deben ser pequeñas y más frecuentes, pues suelen ser niños muy ansiosos comiendo, para evitar así los vómitos y regurgitaciones, muy usuales en ellos.

— Protección de la piel en las zonas de roces (rodillas, codos y nariz) manteniéndolo sobre una superficie suave y poniéndole sobre ellas adhesivo transparente tipo Tegaderm.

— Cuidados de la zona perianal con pasta al agua, hecha en el servicio de farmacia del Hospital Universitario de Getafe compuesta por: polvos de talco, aceite y agua; también se aplicará oxígeno en la zona afectada para nutrir al tejido.

### Duración del tratamiento

Para retirar la medicación se tiene en cuenta el Score que es el mismo que se realiza para pautar la dosis a seguir. Si es <8 mantener la dosis durante tres días e ir disminuyéndola; si hay recaída se debe volver a aumentar.

Una vez suspendida la medicación el niño debe ser vigilado durante 3 ó 4 días por la posible recurrencia de los síntomas, si no es así el recién nacido es dado de alta, pero siempre que sea sin medicación.

### Conclusiones

Tras tratar varios casos de recién nacidos con síndrome de abstinencia, hemos llegado a la conclusión de que necesitan una serie de cuidados especiales y afectuosos para acelerar su recuperación y ser dados de alta a los padres, familiares u organismos pertinentes, labor llevada a cabo por los trabajadores sociales del Hospital Universitario de Getafe en colaboración con el personal sanitario encargado de informar del aspecto tanto físico como psíquico que presentan los padres a la hora de la visita.

### Graduación del síndrome de abstinencia en recién nacido de madre con narco-adicción

Signos y síntomas (L. Finnegan) día/hora/grado

Llanto agudo excesivo	2
Llanto agudo continuo	3
Sueño < 1 h. después de comida	3
Sueño < 2 h. después de comida	2
Sueño < 3 h. después de comida	1
Reflejo de moro hiperactivo	2
Marcada hiperactividad R. Moro	3
Tremulaciones medias	1
Tremulaciones moderadas o severas	2
Tremulaciones medias espontáneas	3
Tremulaciones moderadas o severas espont.	4
Incremento de tono muscular	2
Excoriaciones	1
Sacudidas mioclónicas	3
Convulsiones generalizadas	5
Sudoración	1
Fiebre < 37.2-38.2	1
Fiebre > 38.4	2
Ictericia	1
Motilidad	1
Obstrucción nasal	2
Estornudo (> 3-4/ Intervalo)	1
Irritación nasal	2
Frecuencia respiratoria > 60/Minuto	1
Frecuencia respiratoria > 60/Min. con tiraje	1
Succión excesiva	1
Alimentación pobre	2
Regurgitación	2
Vómitos	3
Diarrea	2
Diarrea líquida	3

### BIBLIOGRAFÍA

— *Protocolos prácticos de Pediatría.*  
Mosby. Doyma Libros.

— *Manual de Urgencias Pediátricas.*  
Arcas. Barcelona Espaxs 1990.

— *El recién nacido de madre adicta a drogas: aspectos maternos perinatólogicos, neonatales y síndromes de abstinencia.*  
Arcas Cruz.



La E.L.A. es una grave enfermedad que invade el cuerpo de los afectados a través de una progresiva degeneración neurológica que trae consigo una continua pérdida de fuerza y coordinación. Sus primeros síntomas son el cansancio, la pérdida de fuerza, los problemas de movilidad, de deglución y de respiración. Los afectados mantienen intacta su capacidad intelectual a pesar de la degeneración muscular. Desde hace 32 años, Stephen Hawking, físico británico de reconocido prestigio internacional, está afectado por E.L.A., pero no ha abandonado su cátedra de Cambridge a pesar de sus limitaciones físicas, sino que las supera con una serie de ayudas técnicas y, sobre todo, con apoyo humano. Su ejemplo, como el de todos aquéllos que padecen esta enfermedad, demuestra que ellos apuestan por aprovechar la vida y disfrutarla, ya que la E.L.A. será sin duda vencida algún día gracias al esfuerzo de toda la sociedad.

## CONVIVIENDO CON LA INMOVILIDAD

Sonia Rodríguez Casado

**L**a Esclerosis Lateral Amiotrófica (E.L.A.) fue descrita por primera vez en 1850 por Jean-Martin Charcot, un neurólogo francés. Es una grave enfermedad neuromuscular que produce una degeneración de las motoneuronas, células nerviosas que, desde el cerebro y la médula espinal, llegan hasta los músculos y los hacen contraerse voluntariamente.

La E.L.A. produce una progresiva paralización de los músculos de las extremidades, así como de los que intervienen en la respiración, la deglución y el habla. No afecta a la capacidad intelectual, no altera el control de los esfínteres y no produce trastornos sensoriales, visuales o auditivos ni afecta a cualquier otra función del organismo.

La E.L.A. es una enfermedad progresiva y su duración, de promedio cuatro años, suele ser muy variable, algunos pacientes han sobrevivido durante 10 o 20 años.

Gregorio Muñoz, Terapeuta Ocupacional de ADELA (Asociación de Esclerosis Lateral Amiotrófica), explica que “actualmente existen tres hipótesis sobre el origen de la E.L.A. Un exceso de neurotransmisor, que estimula continuamente a la motoneurona haciendo que ésta degenera; un exceso de oxidantes o radicales libres que contribuyen también a la degeneración de la motoneurona; y la genética ambiental o serie de factores ambientales que facilitan o retrasan el desarrollo de la enfermedad”.

La E.L.A. puede afectar a cualquier persona, sin embargo, aunque se dan casos en personas jóvenes,

las estimaciones indican que suele aparecer en la etapa adulta, entre los 45 y 55 años, y conforme se avanza en edad ocurre en porcentajes más altos. Estudios recientes demuestran que afecta por igual a ambos sexos y no hay evidencias de que la enfermedad sea contagiosa.

Ningún medicamento probado hasta ahora tiene efecto alguno para tratar esta enfermedad, sin embargo, existen medicamentos que ayudan a los pacientes a sobrellevarla mejor. Según Teresa Salas, psicóloga de ADELA, “existe sólo un medicamento, el rilutek, que ha sido probado y ensayado con estos pacientes y les ayuda a ralentizar la enfermedad, aunque no la cura. También se está desarrollando un estudio sobre un factor neurotrófico en la Universidad





Carlos III, tiene previsto concluir en febrero de 1999 y estamos a la espera de que sus conclusiones demuestren si funciona adecuadamente en el tratamiento de la enfermedad”.

Cada año se diagnostican unos 900 nuevos casos de E.L.A. en España. Actualmente, unas 4.000 personas padecen esta enfermedad en nuestro país, y se estima que más de 40.000 personas que están aparentemente bien la padecerán en un futuro.

## A D E L A

Es la única organización nacional dedicada exclusivamente a la lucha contra esta enfermedad. En 1990 un grupo de familiares ayudados por el doctor Mora, neurólogo, se unieron y fundaron esta asociación ante la falta de información, el desconocimiento y el desamparo con el que se encontraban.

Entre los objetivos de ADELA, que fue declarada asociación de utilidad pública en octubre de 1997, están: estimular, apoyar, financiar y monitorizar la investigación, los medios de prevención y cura de la E.L.A.; ayudar a los pacientes y familiares facilitándoles información, orientación,

### FICHA TÉCNICA:

#### NOMBRE:

Asociación Española de Esclerosis Lateral Amiotrófica (ADELA).

#### DIRECCIÓN:

C/ Hierbabuena, nº 12 Bajo

Teléfono: 91 311 35 30

Fax: 91 459 39 26

Publicaciones: *Adela Informa* y *Boletín Científico de Adela*.

Donaciones:

2038/1894/10/6200005619

asesoramiento y apoyo en los problemas derivados de la enfermedad; servir como centro nacional de información sobre E.L.A. para los profesionales de la salud, pacientes y familiares e instituciones; y por último, sensibilizar a la sociedad sobre los devastadores efectos de la enfermedad y estimular el apoyo público a la búsqueda de soluciones.

“Cuando un paciente con E.L.A. llega a nuestra asociación con el diagnóstico del médico tiene una primera entrevista con el grupo de profesionales que prestan sus servicios en ADELA, en la que éstos le aportan, cada uno desde su especialidad, la información que demanda el paciente. Sondeamos la situación en la que está el paciente y su familia, qué saben de la enfermedad, porque aunque muchos sospechan lo que pasa, ya que es una enfermedad evidente que no se puede negar, no se les puede abrumar con toda la información en un primer momento”, afirma Teresa Salas.

Gregorio Muñoz comenta que “generalmente, se les aporta otros puntos de vista, ya que sólo tienen un diagnóstico médico y carecen de soluciones. Los

profesionales informamos sobre las ayudas técnicas que contribuyen a mejorar la calidad de vida de los pacientes, etc”.

La asociación ofrece una serie de servicios como: Terapia Ocupacional, Apoyo Psicológico, Asesoramiento Nutricional, Fisioterapia y Logopedia. También se desarrollan jornadas informativas dirigidas a los profesionales sanitarios y campañas para concienciar a la población sobre los problemas que acarrea esta enfermedad, como complicaciones respiratorias, gastrostomías, etc.

ADELA, cuya presidenta y directora son Mayte Solas y Nieves Rodríguez, respectivamente, se financia a través de las cuotas de socios, la cuestación nacional que se celebra el día 21 de junio, día mundial de la Esclerosis Lateral Amiotrófica, suscripciones a la revista que edita la asociación, subvenciones del IMSERSO, emisión de lotería de Navidad y la recaudación que obtiene de actos como cenas, conciertos de música clásica, etc.

Para Teresa Salas, “el personal sanitario tiene un papel muy importante en esta enfermedad, pero está poco informado. Los Auxiliares de Enfermería, en particular, serían unos excelentes cuidadores, ya que como profesionales saben cómo mover a estos pacientes, prevenir las escaras, etc”.

“Es poco frecuente que la administración sanitaria derive a los elásticos hacia un centro de rehabilitación porque son pacientes que no compensan económicamente, a pesar de que necesitan recibir una rehabilitación permanente para prevenir el dolor en sus músculos y articulaciones”, finaliza.



## Montse García

El verano de 1998 fue distinto para Rosa Guzmán, Auxiliar de Enfermería del Hospital de la Cruz Roja de Ceuta. Desde hace años quería participar en alguna misión humanitaria y colaborar directamente con alguna Organización No Gubernamental (O.N.G.), pero casi todas las que tienen una misión sanitaria están integradas por otros profesionales y no encontraba ubicación concreta como Auxiliar de Enfermería. Este verano le surgió la oportunidad de realizar su proyecto con la Cruz de Malta en Medjugorje (Bosnia), y nos ha contado su experiencia personal y profesional.

**E**l pasado verano una parroquia ceutí preparó una peregrinación a Medjugorje, donde se visita a la Virgen de Tíjalina, que ha adquirido una gran veneración en la zona desde que terminó la guerra en Bosnia. No obstante, la intención inicial de Rosa Guzmán era colaborar como personal de enfermería en un orfanato de la zona, pero cuando llegó allí los niños estaban de vacaciones en la costa de Split. Es entonces cuando surge la oportunidad de trabajar directamente con la Cruz de Malta en las peregrinaciones a la Virgen de Tíjalina.

Durante la guerra de Bosnia las bombas no cayeron en la zona que ahora acoge las peregrinaciones, lo que ha provocado un profundo fervor religioso y de espiritualidad que se ha extendido por todo el país, incluso por otras zonas de Europa, América y algunos países asiáticos.

En definitiva, Rosa Guzmán se integra en un equipo formado por ocho personas más para atender a los peregrinos que sufrían algún tipo de complicación. El equipo estaba compuesto por dos doctoras croatas, seis sanitarios alemanes (desplazados expresamente desde Alemania) y Rosa Guzmán, que prestaba su

colaboración en funciones estrictamente de enfermería.

Los casos más graves eran trasladados al Hospital de Mostar, a 34 kilómetros de Medjugorje, pero el trabajo en el centro allí instalado era constante, atendiendo procesos de distinta gravedad. Rosa atendía fundamentalmente a los peregrinos italianos y franceses; una vez informada de la dolencia del peregrino se lo transmitía a uno de los sanitarios alemanes, que a su vez se comunicaba con el médico croata. “En esta torre de Babel el problema de la comunicación y del entendimiento se solventaba supliendo la falta de vocabulario y dominio





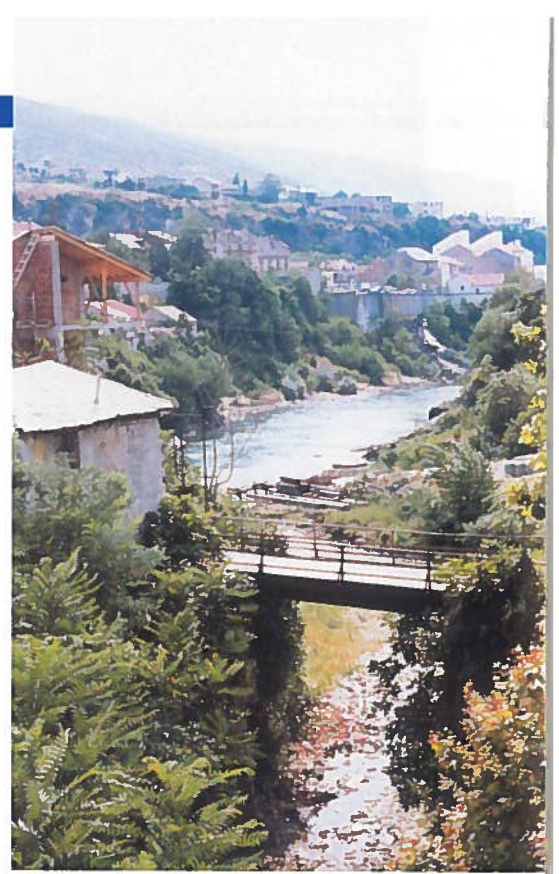
*El equipo de sanitarios estaba formado por dos doctoras croatas, seis sanitarios alemanes y una Auxiliar de Enfermería española*



*Lamentable aspecto que presentan los edificios en la Bosnia de 1998*



*La atención y el cariño ofrecido por el equipo asistencial no se escatimaba en ningún caso*



*El puente de Mostar sobre el río Neretva, patrimonio de la humanidad, destruido durante la guerra*

de algún idioma con mucha voluntad, un poco de sentido común y recurriendo a la comunicación no verbal de signos y gestos que nos ayudaran a entendernos”, recuerda Rosa Guzmán. “Además —reconoce— había un ambiente de cariño y de empatía entre todos que facilitaba mucho las cosas, aunque posiblemente este clima estuviera mediatizado por la espiritualidad y religiosidad que se estaba viviendo en la zona, pero de cualquier forma ayudaba a crear un ambiente de entendimiento mutuo entre todos”.

Uno de los problemas que Rosa encontraba en el desempeño de sus funciones era la necesidad de administrar el material sanitario existente de una forma muy estricta: “había material suficiente, pero como el centro subsiste de las donaciones, y éstas no siempre son muy cuantiosas, era necesario ajustarse mucho a las necesidades estrictas del paciente y no emplear más material del necesario en cada caso.



Eso sí, la dedicación al paciente por nuestra parte era plena, y en este sentido ninguno de nosotros escatimaba la atención ni el cariño que ofrecíamos”.

Para Rosa Guzmán ésta ha sido una experiencia incomparable que le ha reportado una gran satisfacción personal: “estoy deseando volver el año que viene”; reconoce y recomienda “a todo el mundo que viva una experiencia semejante por la satisfacción personal que se siente cuando se realiza un proyecto similar”.



*Los peregrinos acuden a visitar el santuario de la Virgen de Tíjalina*

## LA ORDEN DE MALTA: UNA COMUNIDAD FUERTE PARA LOS DÉBILES



*Pintura del siglo XVIII por A. de Favray del Gran Maestro de la Orden de Malta recibido en la isla en 1531*

“Defensa de la fe y ayuda para los pobres” es el principio según el cual la Orden Soberana y Militar de Malta se pone al servicio del prójimo hace ahora 900 años.

En el mundo entero, la Orden de Malta se caracteriza por sus actuaciones caritativas. En Alemania es la Malteser-Hilfsdienst, fundada en 1953. Aproximadamente 800.000 miembros benefactores, 30.000 voluntarios y 3.500 colaboradores profesionales trabajan en la Malteser-Hilfsdienst para acometer sus numerosas misiones.

protección civil, operaciones de salvamento, servicio de socorro y sanidad, así como instrucciones de primeros auxilios.

cooperación de colaboradores voluntarios y profesionales en los asuntos siguientes: tratamientos ambulatorios, servicio de acompañamiento hasta la casa y servicio de comidas.

los moribundos y enfermos terminales son acompañados en la última fase de su vida.

combinación para la reinserción social con los jóvenes de deportes y de oficios religiosos.

ayuda inmediata en las zonas en crisis del mundo así como construcción de programas y estructuras duraderas.





# Noticias del Mundo Médico

## MÚSICA, TERAPIA PARA EL CEREBRO

La música tiene propiedades curativas para el cerebro, según han determinado los estudios sobre neurobiología de la música presentados durante la Conferencia Anual de la Sociedad Neurocientífica de Estados Unidos. Según estos estudios, la melodía y el ritmo ejercen un estímulo directo en funciones como la memoria y el lenguaje o en las emociones, con lo que se ha abierto un potencial terapéutico desconocido hasta ahora.

Uno de los hallazgos más llamativos es el realizado por los investigadores del Centro Beth Israel de Boston, que han comprobado que el tamaño del cerebro de los músicos es superior al del resto de la población, y que éste les crece con la práctica constante de un instrumento musical. Asimismo, se ha demostrado por primera vez que existe un vínculo entre las áreas de actividad de la mente y las respuestas emocionales a la música. El experimento se realizó mediante escáneres que controlaban los cambios en las actividades neurológicas y así descubrieron que cada tipo de música estimula una región específica del cerebro. Por ejemplo, cuando la música era disonante elevaba el nivel de actividad en el lado derecho, que también se corresponde con la función del lenguaje, y cuando era una melodía suave impactaba el lado izquierdo. Eso les permitió dirigir los estímulos a las áreas de baja actividad por afecciones neurológicas.

La música incluso desempeña un papel en el aumento de la inteligencia tanto en animales como en los humanos.

Los investigadores centran sus esperanzas en la aplicación de estos descubrimientos al tratamiento de desórdenes mentales y enfermedades neurológicas. Entre las terapias comprobadas figuran la rehabilitación cognitiva de pacientes que han sufrido un infarto o derrame cerebral.

## ENFERMEDADES VÍA SATÉLITE

Los investigadores de la Universidad Johns Hopkins de Baltimore, en Estados Unidos, encabezados por el doctor Gregory Gurri-Glass, han comenzado a aprovechar imágenes de alta resolución obtenidas desde el espacio para predecir, un año antes de que se desencadenen, algunas de las epidemias más temibles. Se trata de localizar en imágenes obtenidas por satélite las condiciones ambientales que favorecen la aparición de enfermedades, como la fiebre amarilla o algunas encefalitis, y hacerlo lo antes posible para que las autoridades actúen.

Los científicos han descubierto que en los últimos treinta años, en Estados Unidos el 60 por ciento de este tipo de epidemias se desencadenaron durante los años que las lluvias fueron más fuertes. A la luz de los efectos del fenómeno climático de El Niño durante el invierno boreal pasado, algunos científicos predicen incluso que en el próximo siglo el calentamiento del planeta podría provocar una explosión de enfermedades infecciosas tropicales en países industrializados.



## LOS XENOTRASPLANTES EVOLUCIONAN

**E**l gran avance en la investigación en xenotrasplantes se produjo hace unos años cuando se logró la modificación genética del cerdo, al que se le introdujo en su sistema de ADN unos genes que hacen que el mecanismo de rechazo del ser humano a sus órganos sea similar al de las personas.

El gran problema que se plantea a la hora de incorporar a un paciente un órgano de un animal es la posible transmisión de enfermedades. Puede ocurrir que con el xenotrasplante se le transmita a esa persona un tumor o una infección que tenía el animal donante. Además, de una

especie a otra es casi seguro que se transmitan virus.

El cerdo transgénico, es decir, modificado genéticamente, es el animal que ofrece mejores características para donar sus órganos. En primer lugar porque el tamaño de sus órganos es bastante similar al de los humanos. En segundo lugar porque en el periodo de un año un cochinito se convierte en un cerdo adulto.

En Estados Unidos ya se han trasplantado tejidos del cerdo como células nerviosas, pancreáticas o hepáticas para combatir enfermedades como el Parkinson o la diabetes. En España, el Hospital Juan Canalejo de La Coruña, y tras un convenio firmado en



noviembre de 1998 entre este centro hospitalario y la Fundación Barrié, los expertos confían en poder practicar el primer xenotrasplante posiblemente antes del 2003. Según todos los expertos, el riñón será el primer órgano que se utilice en un xenotrasplante. El motivo es que si el órgano falla, el paciente puede seguir con la diálisis y tiene una alternativa de vida.

## ¿ESTÁS DEPRIMIDO?

**P**érdida de energía, fatiga, falta de esperanza, pérdida de interés por el ocio, cambio de patrones del sueño y del apetito, incapacidad para concentrarse, sentimientos de culpabilidad, de falta de valía, melancolía y pensamientos insistentes sobre la muerte y el suicidio... todos ellos son síntomas que caracterizan una depresión. Mientras que la tristeza se manifiesta como un estado pasajero, provocado por algún motivo en particular, la depresión puede durar meses y muchas veces no se encuentra una causa justificada para sentirse así. En general, la depresión puede desencadenarse por una deficiencia de dos sustancias químicas en el cerebro: la serotonina y la noradrenalina.

Existe una predisposición genética a padecerla e incide más en las personas de edad avanzada y en las mujeres.

Hay dos formas básicas de tratar la depresión: los fármacos y la terapia psíquica, aunque en muchos casos ambos tratamientos se utilizan de forma combinada. En cualquier caso, la única forma de prevenir una recaída es no abandonar el tratamiento sin la supervisión del especialista.

Según los últimos datos, entre un 13 y un 20 por ciento de la población se encuentra hoy afectada de depresión. De este porcentaje, sólo entre un 10 y un 30 por ciento de las depresiones se detectan en las consultas de Atención Primaria, y de este porcentaje, tan sólo del 55 por ciento se decide a acudir a un especialista. Se calcula que entre el 80 y el 90 por ciento de los enfermos tratados ha notado los efectos beneficiosos de la terapia recibida.





## I SEMINARIO EUROPEO SOBRE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS DEFICIENTES MENTALES

**E**l programa de actividades del Seminario Europeo "Garantizando la calidad de vida de las personas con retraso mental" se presentó recientemente en la sede de la Fundación El Monte, de Sevilla, dentro del marco del I Seminario Europeo sobre la calidad de vida de los enfermos mentales.

El citado seminario, que estuvo organizado por la Federación Andaluza Pro Deficientes Mentales (FADME) y fue financiado por la Dirección General V de la Comisión Europea, tuvo como principales objetivos presentar los resultados y conclusiones alcanzadas en el proyecto de trabajo "garantizando la provisión de servicios a lo largo del ciclo vital de las personas con retraso mental", enmarcado en las ayudas a acciones de intercambio e información sobre la igualdad de oportunidad para personas con discapacidad, concedidas por la Comisión Europea.

En este acto, al que asistieron diferentes expertos de los países participantes en el proyecto, España, Portugal y Suecia, intercambiaron experiencias, conocimientos y propusieron acciones dirigidas a potenciar la participación de las personas con retraso mental en la sociedad. En definitiva, con la celebración de este seminario se apuesta por una integración de las personas con retraso mental garantizando una provisión de servicios de calidad y en los términos que ellos mismos demandan.

expertos en Menopausia de nuestro país, así como unos trescientos asistentes entre personal sanitario de Atención Primaria y de Servicios de Medicina Preventiva, ginecólogos y otros especialistas interesados en este campo.

La Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería (F.A.E.) asistió a estas jornadas, que según la opinión del Dr. Simón Viñals, Concejal de Salud y Consumo "han reunido a los mejores especialistas del país en menopausia, una etapa en la vida de las mujeres que se puede afrontar sin temor alguno, siempre que se cuente con la información y la atención preventiva o terapéutica, adecuada".

En este sentido, en el XXIII Congreso de la Sociedad Española de Medicina Interna se ha presentado un estudio en el que se ha demostrado que el alendronato es el único fármaco eficaz en la reducción de fracturas clínicas en mujeres con osteoporosis. Este principio ha sido probado durante cuatro años en 4.432 mujeres, todas ellas con densidad ósea baja y un tercio de las mismas con osteoporosis. Los resultados demostraron que 221 mujeres con densidad ósea baja y sin fracturas previas que habían sido tratadas con alendronato habían registrado un incremento de la densidad ósea, así como una reducción del 14 por ciento del riesgo de sufrir cualquier tipo de fractura y un descenso del 44 por ciento del riesgo de sufrir una primera fractura vertebral. Este fortalecimiento de los huesos conlleva un aumento de la calidad de vida, ya que evita los ingresos hospitalarios y la limitación de movimientos que producen las fracturas osteopólicas.

## LAS III JORNADAS MUNICIPALES SOBRE MENOPAUSIA REÚNEN A LOS MEJORES ESPECIALISTAS DEL PAÍS

**L**a Concejalía de Salud y Consumo del Ayuntamiento de Madrid organizó recientemente las III Jornadas Municipales sobre Menopausia

con el objetivo general de proporcionar respuestas concretas a las múltiples cuestiones que se plantean en relación a esta problemática etapa en la vida de la mujer, especialmente en lo relativo a las opciones preventivas y terapéuticas disponibles en la actualidad para paliar sus efectos, así como para prevenir y diagnosticar las distintas enfermedades (osteoporosis, cáncer de mama, etc.) que durante la menopausia suelen ser frecuentes.

Las Jornadas Municipales, que han sido patrocinadas por la compañía farmacéutica Lilly, reunieron a los más destacados





## UN CENTENAR DE AUXILIARES DE ENFERMERÍA CELEBRAN LAS IV JORNADAS REGIONALES EN CÁDIZ

**E**l trabajo que desempeñan los Auxiliares de Enfermería dentro de los distintos equipos multidisciplinares y las funciones que estos profesionales desarrollan diariamente como parte integrante de los equipos de enfermería han sido, entre otras, las cuestiones abordadas durante el transcurso de las IV Jornadas Regionales de Auxiliares de Enfermería que se han celebrado recientemente en Cádiz.

Las Jornadas han sido organizadas por el Hospital Universitario de Puerto Real en colaboración con la Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería (F.A.E.), el Sindicato de Auxiliares de Enfermería (S.A.E.), y otras entidades colaboradoras. Entre las personalidades asistentes cabe mencionar al concejal de Sanidad del Ayuntamiento de Puerto Real, Francisco Salcini, que inauguró el acto, el gerente

y la directora de enfermería del Hospital Universitario de Puerto Real, Francisco Alarcón y Antonia López, respectivamente, y el concejal de Relaciones Institucionales del Ayuntamiento de El Puerto de Santa María, que clausuró las Jornadas destacando que los Auxiliares de Enfermería representan el eslabón humano imprescindible dentro de la sanidad española.

En el transcurso de las Jornadas se destacó la figura del Auxiliar de Enfermería en el terreno de la prevención, la educación para la salud y la necesidad de que estos profesionales se integren en los equipos multidisciplinares para desarrollar sus funciones asistenciales y docentes, potenciando una fluida comunicación con el paciente y el resto de los miembros que integran el equipo.

Los numerosos Auxiliares de Enfermería que presentaron sus

ponencias y comunicaciones durante estas jornadas coincidieron en destacar la importancia de establecer un registro de la labor asistencial que desarrollan los Auxiliares en su quehacer diario y la necesidad de reformar su sistema retributivo y los planes de estudio para alcanzar una formación más completa.

Asimismo, se destacó la importancia de crear una imagen de colectivo fuerte para que la sociedad en general conozca de forma directa la labor que realizan los Auxiliares de Enfermería en cuanto a la información, prevención, mantenimiento de la salud y calidad de vida de los pacientes. Para ello se insistió en la necesidad de adoptar unas directrices comunes, una representación en las direcciones y llegar así a un consenso en la definición de Cuidados Básicos Auxiliares de Enfermería para ofrecer una imagen clara y concisa a los usuarios de la sanidad y al resto de los profesionales sanitarios sobre el colectivo de Auxiliares de Enfermería y su profesión.

## AUMENTO DE LA INCIDENCIA DE HEPATITIS A EN LOS ADOLESCENTES Y ADULTOS DE LOS PAÍSES DESARROLLADOS

**L**os expertos recomiendan incluir de manera general la inmunización contra estas infecciones en los calendarios de vacunación. Así lo han expresado en el Congreso Internacional sobre Hepatitis A y B: experiencia en Educación y Prevención, organizado por el Ministerio de Sanidad polaco y celebrado en Varsovia del 18 al 21 de octubre.

En los últimos veinte años se ha ido registrando un cambio en la epidemiología de la hepatitis

por virus A: los países que tradicionalmente mostraban una endemicidad alta o intermedia de esta infección, con el 80-90 por cien de los niños de 10 años con anticuerpos por la exposición natural al virus, ahora reflejan una endemicidad media incluso baja en la que, debido a las mejoras higiénicosanitarias, a la purificación de las aguas, etc., sólo se llega al 90 por cien de inmunización natural a partir de la década de los cuarenta años.

Luis Salleras i San Martí, director general de Salud Pública de la Generalitat de Cataluña, explicó a los especialistas presentes la experiencia piloto de vacunación universal de hepatitis A y B combinada en niños de 12 años que se va a llevar a cabo en los próximos tres años en los colegios catalanes. Explicó que en el 2001 se evaluará la campaña, y si el resultado es positivo será establecido definitivamente.





**“EL AUXILIAR  
DE ENFERMERÍA ES  
LA MEJOR GARANTÍA  
QUE TIENE  
EL PACIENTE  
DE QUE VA A ESTAR  
EN BUENAS MANOS”**



# SIMÓN VIÑALS



**Sonia Rodríguez**

Simón Viñals Pérez nació en Madrid hace 63 años. Su profesión es la de médico, especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo, y es miembro de número de la Academia Médico Quirúrgica de Madrid. Está casado y es padre de seis hijos. Inició sus estudios universitarios en el año 1952 en la Facultad de Medicina, Universidad Central de Madrid (hoy Universidad Complutense), obteniendo la Licenciatura en el año 1959. Desde 1989 ocupa el cargo de concejal delegado del Área de Salud y Consumo del Ayuntamiento de Madrid, y como tal es miembro de la Comisión de Gobierno de dicho Ayuntamiento. Asimismo, desde 1989 es coordinador de la Red Nacional de Ciudades Saludables de la Federación Española de Municipios y Provincias, y presidente del Patronato Municipal de Turismo de Madrid. Como concejal de Salud y Consumo, es el primer responsable del Servicio de Asistencia Municipal de Urgencia y Rescate (SAMUR), que recientemente ha llegado a un acuerdo de colaboración con la Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería (F.A.E.), con el fin de desarrollar una serie de cursos que formen al colectivo de Auxiliares de Enfermería para atender las emergencias sanitarias.

*Pregunta: El Sindicato de Auxiliares de Enfermería (S.A.E.) a través de la Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería (F.A.E.) promueve la formación profesional de este colectivo. ¿Qué opina sobre la labor de ambas entidades?*

Respuesta: Me parece muy oportuno y digno que la Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería potencie la formación profesional de un colectivo de trabajadores que tiene que desarrollar su labor conjuntamente en diferentes ámbitos sanitarios. Nuestros cursos de Formación, los que imparte la Escuela Municipal de Formación, van dirigidos en muchos casos a ambos colectivos, con las especificaciones particulares necesarias, ya que su labor es complementaria.

*P: ¿Cuál es su valoración sobre las Jornadas que SAMUR impartió recientemente en el Hospital 12 de Octubre en colaboración con la F.A.E.?*

R: Fue sumamente importante comprobar el gran interés con que los asistentes a las jornadas

que se impartieron en el Hospital 12 de Octubre siguieron todas las clases y conocieron de primera mano las técnicas de emergencias. La formación de los Auxiliares de Enfermería como colaboradores de los titulados medios y superiores es de vital importancia en situaciones de emergencia.

*P: ¿Cuál es su opinión sobre el acuerdo de colaboración al que han llegado F.A.E. y SAMUR?*

R: Sin duda se trata de un extraordinario convenio que beneficiará a las dos partes y redundará en un mejor conocimiento de ambas instituciones.

*P: Como concejal de Salud y Consumo, ¿qué opinión le merece la figura del Auxiliar de Enfermería como profesional integrado en los equipos de enfermería?*

R: El Auxiliar de Enfermería constituye una pieza esencial en estos equipos, ya que su labor afecta de forma directa a la calidad y eficacia del servicio que se presta al paciente. Un equipo multidisciplinar, integrado por profesionales de la salud de

distintos ámbitos, con experiencia y buena compenetración, es la mejor garantía para el paciente de que va a estar en buenas manos. Y una parte importante de esas manos son, sin duda, los Auxiliares de Enfermería.

*P: Los equipos de emergencias de las unidades SAMUR están integrados por una serie de profesionales médicos, ATS y OTS, ¿con qué estamento profesional del INSALUD se corresponden los OTS?*

R: En sentido estricto con ninguno, ya que el Oficial de Transporte Sanitario es una figura creada por nosotros en la que se resumen las capacidades de un conductor especializado en función del vehículo que debe gobernar y las propias de un socorrista de alto nivel, superior al "paramedic" americano.

De momento el INSALUD, que yo sepa, no cuenta con esa titulación.

*P: Un grupo de profesionales sanitarios hizo público recientemente un proyecto para la creación de un servicio similar al SAMUR, cuyo radio de acción*





*abarcaría 17 municipios del sur de la Comunidad de Madrid (el denominado EMERSUR). ¿Qué opina sobre este tipo de iniciativas?*

R: Es una iniciativa privada sobre la que nosotros nada tenemos que objetar. Sí le puedo decir que se inspiran en las actuaciones de nuestro SAMUR y la de otras instituciones (INSALUD y Cruz Roja), y que como tal iniciativa podría ofertarse a los distintos Ayuntamientos que por sí mismos es posible que tengan dificultades de financiación.

Pero, en realidad, si un grupo profesional privado hace una oferta a los municipios afectados que les resulte interesante, a nosotros nos resulta indiferente.

*P: ¿Cuál es su opinión con respecto a la oposición que ha mostrado el INSALUD hacia este proyecto?*

R: Creo entender que si el INSALUD tiene la competencia asistencial en esas zonas y las puede cubrir con sus propios recursos, no comparta una inversión que se dirige al mismo público diana. Pero ello debe ser abordado por el propio INSALUD.

*P: ¿Cree que los municipios del sur de la Comunidad de Madrid muestran insuficiencias asistenciales o están desatendidos en cuanto a servicios de emergencia?*

R: No es competencia nuestra en ninguno de ambos casos, asistencia sanitaria o emergencia, como usted sabe muy bien, y por tanto es difícil opinar. No obstante yo creo que el INSALUD y la C.A.M. están haciendo un gran esfuerzo y tienen una buena cobertura en ambos aspectos, pero en cualquier caso, todo es perfectible.

*P: ¿Qué papel desempeñan los Auxiliares de Enfermería en los Centros Municipales de Salud? ¿Cree que es importante potenciar la figura de estos profesionales en los Centros de Salud?*

R: La figura del Auxiliar de Enfermería es imprescindible en la actualidad para la correcta realización de los diferentes programas preventivos que realiza este área, así como las diferentes actividades de promoción de la salud que se realizan desde esta Concejalía.

Desempeñan funciones que van desde tareas de información específica a los diferentes usuarios de los centros, charlas a determinados colectivos en programas de salud, apoyo a las consultas de planificación familiar, pediatría, consultas de especialistas, tareas de control del material sanitario, etc.

En cuanto a potenciar la figura de este profesional en los Centros Municipales de Salud, esta Concejalía recibe continuas peticiones de cobertura de plazas de estos profesionales de la salud porque, dado su perfil profesional, permiten una amplia gama de funciones y en el campo de la prevención y promoción de la salud realizan, como ya he explicado anteriormente, múltiples funciones de formación e información sanitaria.

*P: ¿Cuáles son los proyectos más inmediatos del Departamento de Salud?*

R: El Departamento de Salud ha desarrollado en los últimos cinco años una serie de programas preventivos que ya están atendiendo a 250.000 madrileños cada año a través de más de 500.000 consultas. Aparte de estas actividades, el Departamento ha mantenido las actividades de urgencia en las antiguas Casas de

Socorro y Equipos Quirúrgicos, hoy Centros de Apoyo Logístico.

Es intención de esta Concejalía, a través del Departamento de Salud, potenciar y hacer llegar a nuestros programas preventivos la mayor cantidad de personas, entendiendo que tendremos que adaptar algunos de nuestros programas a las necesidades que vayan surgiendo en los madrileños.

Precisamente éste era el objetivo de la campaña "En el Centro de tu vida", que recientemente presentamos a los medios de comunicación. Dentro de los programas, hay un campo muy importante por desarrollar, que es la atención socio-sanitaria a las personas mayores de 65 años; es probable que por este colectivo apostemos, y a él dediquemos nuestros esfuerzos en los próximos años.

*P: En su opinión, ¿qué importancia tienen los Auxiliares de Enfermería dentro del actual sistema sanitario?*

R: Tienen una importancia fundamental. La figura del Auxiliar de Enfermería cubre un vacío existente entre las funciones propias del enfermero y las que realizan profesionales sin cualificación técnica sanitaria.

*P: ¿Qué futuro augura a los profesionales Auxiliares de Enfermería dentro de la sanidad española?*

R: Espero y deseo que el futuro de estos profesionales sea próspero, porque cada día la formación es más amplia en este colectivo de profesionales y las tareas de Atención Primaria demandan personal de grado medio que pueda realizar funciones de apoyo y completar así las del resto de profesionales sanitarios, como médicos y diplomados, fundamentalmente.





# SAMUR

SIEMPRE VELANDO POR LA SALUD DE LOS MADRILEÑOS

*El Servicio de Asistencia Municipal de Urgencia y Rescate (SAMUR) se creó en junio de 1991 con el fin de atender y resolver las emergencias y catástrofes que tienen lugar en nuestra ciudad, allí donde se producen y con una rapidez y eficacia hasta entonces desconocida. La Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería (F.A.E.) ha llegado a un acuerdo de colaboración con SAMUR para formar al colectivo de Auxiliares de Enfermería en la atención de las emergencias sanitarias*





## SAMUR: LA ASISTENCIA SANITARIA DEL AYUNTAMIENTO

**A**ntes de la creación del Servicio Asistencia Municipal de Urgencia y Rescate, el Ayuntamiento de Madrid contaba con un cuerpo de bomberos y de policía perfectamente cualificados, pero carecía de un cuerpo dedicado a prestar asistencia sanitaria en las situaciones de emergencia y en las catástrofes urbanas. Ante esta necesidad nace un servicio que completa el triángulo de la emergencia que hasta el momento estaba incompleto y que en la actualidad es el principal baluarte de la Concejalía de Salud del Ayuntamiento madrileño.

Aproximadamente siete minutos es el tiempo que tarda en llegar una ambulancia de SAMUR-Protección Civil al lugar del accidente. Su presencia en este lugar no sólo significa que va

a prestar una ayuda eficaz y una adecuada asistencia; supone, además, que se van a poner al alcance del accidentado los más sofisticados medios tecnológicos, el personal mejor cualificado y que va a ser trasladado inmediatamente al centro asistencial más cercano bajo una estricta supervisión médica. Gracias a SAMUR se limitan al máximo los riesgos que conlleva cualquier otra forma de traslado y se reducen considerablemente las posibles secuelas y lesiones derivadas de los accidentes. La presencia de las unidades de Asistencia Municipal de Urgencia y Rescate significa múltiples cosas, pero casi siempre significa la posibilidad de salvar una vida.

En Madrid se producen anualmente más de 15.000 accidentes de tráfico, de los cuales cerca de 200 casos terminaban en un desenlace mortal. Desde que SAMUR está en funcionamiento la mortalidad derivada de los accidentes de tráfico ha descendido en casi un 50 por ciento.

Desde 1991, el SAMUR ha intensificado los vínculos con otros servicios sanitarios dentro y fuera del ámbito municipal, Policía, Bomberos, Cruz Roja, 061, etc. Además, el Servicio de Asistencia Municipal de Urgencia ha recibido un importante apoyo por parte de la empresa privada, que ha prestado la colaboración necesaria para poder ampliar el número de vehículos y desarrollar proyectos de formación que redunden en la mejora de la calidad del servicio.

SAMUR ha firmado un importante acuerdo con la Unión Española de Entidades Aseguradoras (UNESPA), en virtud del cual quedaron aprobadas las tarifas de precios que el SAMUR aplica a las compañías de seguros

en concepto de gastos derivados de la asistencia sanitaria y del traslado de heridos que se producen por accidente de tráfico.

La Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería (F.A.E.) ha llegado a un acuerdo con SAMUR-Protección Civil para diseñar e impartir cursos a los profesionales Auxiliares de Enfermería para atender emergencias sanitarias.

En este sentido, la F.A.E. organizó recientemente unas Jornadas para Auxiliares de Enfermería en el Hospital 12 de Octubre bajo el título "El Primer Respondiente", a las que asistieron un centenar de profesionales de este colectivo que se organizaron en pequeños grupos de trabajo, dado que el esquema de trabajo del curso se basaba en una metodología teórico-práctica.

Las Jornadas, organizadas por la F.A.E. e impartidas por SAMUR, fueron calificadas de gran interés y alto nivel divulgativo por los asistentes. Su objetivo era formar a este colectivo profesional a la hora de afrontar las emergencias sanitarias. El acto contó con la presencia de Roser Maluquer, gerente del Hospital 12 de Octubre, Natividad Gómez, directora de enfermería del centro, Lucía Turienzo, secretaria de la Fundación F.A.E. y las delegadas del Sindicato de Auxiliares de Enfermería (S.A.E.) en el centro.

En el transcurso de estas Jornadas, que fueron inauguradas por el Concejal de Sanidad y Consumo del Ayuntamiento de Madrid, el Dr. Simón Viñals, los Auxiliares de Enfermería asistentes destacaron la importancia de las demostraciones que se realizaron y la puesta en práctica de las explicaciones recibidas por el coordinador de los equipos de emergencia de SAMUR, José



Luis Gil Arranz, y los monitores del SAMUR, entre los que cabe mencionar a Ramón Moracho, David Martínez y Adrián Llanos.

## OBJETIVOS DE LAS UNIDADES SAMUR

El SAMUR surgió con una ambiciosa pretensión de cumplir fundamentalmente cinco objetivos:

—Disminuir el índice de mortalidad.

—Reducir el número de secuelas derivadas de los accidentes y catástrofes.

—Disminuir los altos costes económicos que se derivan de los accidentes graves.

—Aumentar el grado de satisfacción de la población hacia el sistema sanitario municipal.

—Cooperar en la respuesta integral del Ayuntamiento de Madrid ante la emergencia y la catástrofe.

Los sofisticados medios tecnológicos que llevan incorporados las unidades de SAMUR y un equipo humano compuesto por médicos, diplomados en enfermería y oficiales de transporte sanitario, perfectamente coordinados entre sí, convierten a SAMUR-Protección Civil en un seguro de vida para todos los madrileños.

## RECURSOS MATERIALES

El transporte sanitario municipal está compuesto por tres tipos de servicios:

—El SAMUR, destinado a prestar soporte vital avanzado, posee 16 unidades dotadas de material necesario para atender *in situ* y transportar al hospital a cualquier paciente en estado crítico, garantizando la continuidad asistencial durante el trayecto.

Esto es posible gracias al equipamiento de estas unidades, que

portan aparatos de electro medicina capaces de expresar los signos vitales del accidentado para su diagnóstico y control (monitor digital de presiones arteriales, frecuencia cardíaca y temperatura, monitor de pulsimetría). Además, llevan incorporados los componentes necesarios para efectuar resucitación cardiopulmonar (monitor desfibrilador cardiológico, control de la vía aérea, drogas y fluidoterapia, accesos venosos), para lograr la estabilización de la respiración (respirador volumétrico, balón de reanimación, laringoscopio, tubos endotraqueales, dispositivos de oxigenoterapia), para conseguir la estabilización hemodinámica (fluidoterapia y fármacos), para inmovilizar las lesiones óseas (collarines cervicales de emergencia, férulas de inmovilización neumáticas y de tracción, dispositivos de extracción y camillas cuchara) y para paliar el dolor (fármacos).

—El transporte convencional está dotado de 31 ambulancias o vehículos medicables, y su misión es efectuar el soporte vital básico de cualquier paciente con lesiones de poca gravedad.

—El transporte psiquiátrico posee tres unidades especialmente dotadas de las medidas de protección que garantizan el transporte sin riesgo de lesión para los enfermos aquejados con esta patología: 8 vehículos de intervención rápida, 1 camión de puesto médico avanzado, 2 más de apoyo y 2 puestos médicos avanzados.

## EQUIPO HUMANO

El equipo humano que integra el transporte sanitario está compuesto por un total de 335 personas, entre los que se encuentran 53 médicos, 47 diplomados en enfermería, 218 oficiales de transporte sanitario y 17 personas encargadas de cuestiones administrativas.

Son múltiples los premios que diferentes instituciones han entregado a SAMUR, así como las cartas de agradecimiento que llegan cada día a sus instalaciones. Estas manifestaciones son, sin duda, la mejor recompensa que puede recibir este servicio por la labor que diariamente presta a la sociedad madrileña.







# CITAS

- “No busquéis la palabra en los peces ni la virtud en las personas mal educadas.” **Plutarco.**
- “Nadie es feliz a menos que crea serlo.” **Publio Siro.**
- “Es importante sacrificar en cualquier momento lo que somos por lo que podríamos ser.” **Charles Dubois.**
- “Quien busca afanosamente la tranquilidad y la seguridad, jamás encontrará la felicidad, el camino hacia ella siempre implica un riesgo.” **Joan Corbella.**
- “El enemigo sólo empieza a ser terrible cuando empieza a tener razón.” **Jacinto Benavente.**
- “La pobreza no está para ser entendida, sino para ser resuelta.” **Vicente Ferrer.**
- “El español siempre lo sabe todo. Y si de algo no sabe nada, dice: ‘de eso ya hablaremos más adelante.’” **José Luis López Aranguren.**
- “Si tu única oportunidad consiste en quedarte como estás, entonces no se trata de una oportunidad.” **Margaret Thatcher.**
- “Cada cual es como Dios le ha hecho, pero llega a ser como él mismo se hace.” **Miguel Servet.**
- “Pon tu confianza sólo en los hechos y no te fíes de las palabras: en la vida encontrarás muchas personas que viven mal y hablan bien.” **Charles Dickens.**

## SOPA DE LETRAS B

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

Localiza ocho huesos del cráneo.

## SOPA DE LETRAS A

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

La asimetría bronquial es ocasionada por la asimetría del corazón. Cada ramificación bronquial lleva el nombre correspondiente a la subdivisión pulmonar aireada por ella. Localiza ocho segmentos broncopulmonares.

## SOLUCIONES

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

Sopa de Letras A

Sopa de Letras B

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



sobre salud laboral,  
cuanto más sepas,  
mejor...



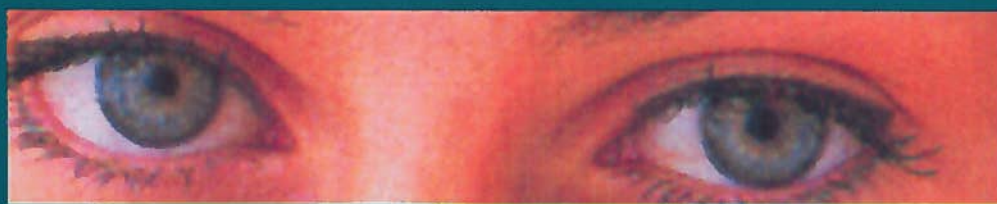
Practica,  
fomenta  
y exige  
**SALUD LABORAL**

CONSIGUE TUS EJEMPLARES PONIENDOTE EN CONTACTO  
CON EL DELEGADO DE S.A.E EN TU CENTRO DE TRABAJO  
O LLAMANDO AL TELÉFONO 91 521 52 24

**S.A.E.**  
SINDICATO DE AUXILIARES DE ENFERMERIA



# TRES COSAS HAY EN LA VIDA...



Empieza por cuidar la primera

Practica, fomenta y exige

SALUD LABORAL

---

**S.A.E.**

SINDICATO DE AUXILIARES DE ENFERMERIA

**NO CORRAS RIESGOS INNECESARIOS, TU SALUD ES LO PRIMERO, CUÍDATE**