



n° 38 • Revista de Auxiliares de Enfermería  
Segundo Trimestre 2004

# Alexander

## reeduca tu cuerpo

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

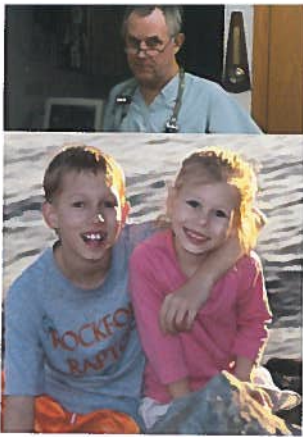
# PROGRAMA DE FORMACIÓN

CURSO ACADÉMICO  
2003/2004

**FAE**  
FUNDACIÓN PARA LA FORMACIÓN  
Y AVANCE DE LA ENFERMERÍA

## CURSOS

- Actualización del Auxiliar de Enfermería en el Equipo de Cuidados
- Actualización del Auxiliar de Enfermería/TCAE en hospitalización
- Actuación del Auxiliar de Enfermería (TCAE) en el bloque quirúrgico I y II
- Alzheimer y calidad de vida
- Anorexia y Bulimia
- Aparato digestivo. Patologías
- Atención a domicilio
- Atención al paciente minusválido físico y psíquico I y II
- Atención de Enfermería ante el maltrato
- Bioética
- Biología de la nutrición
- Comunicación y relaciones humanas
- Control de estrés
- Cuidados al drogodependiente
- Cuidados al paciente geriátrico I y II
- Cuidados al paciente laringectomizado
- Cuidados al paciente trasplantado
- Cuidados en cardiología
- Cuidados en la unidad de hemodiálisis
- Cuidados en salud mental y psiquiatría I y II
- Cuidados en urgencias pediátricas I y II
- Cuidados especiales al recién nacido
- Cuidados materno-infantiles
- Cuidados en U.C. I. Pediátrica
- Cuidados intensivos
- Cuidados paliativos
- Cuidados, patologías y prevención del VIH-SIDA
- Cuidados pediátricos
- Curso básico de actualización de conocimientos I y II
- Curso básico de epidemiología
- Desinfección y esterilización
- Diseño, desarrollo y evaluación de programas para la salud
- Educación para la salud
- Educación sexual
- El paciente diabético. Educación y cuidados
- El paciente en la unidad de traumatología
- El paciente oncológico
- Emergencias en politraumatismos
- Formación de formadores
- Habilidades para trabajar en equipos sanitarios
- Informática aplicada a las ciencias sanitarias I
- Informática aplicada a las ciencias sanitarias II
- Medio ambiente y salud
- Movilización de pacientes y escuela de la espalda
- Nutrición y dietética
- Organización de las emergencias y catástrofes I y II
- Patologías asociadas a la menopausia
- Prevención cardiovascular
- Reanimación cardiopulmonar
- Riesgos laborales en el medio sanitario
- Salud pública y comunitaria en atención primaria
- Sociología de la salud
- Úlceras por presión
- Urgencias hospitalarias



# Sumario



**04 ESTUDIO SOBRE LA SITUACIÓN DE LAS PROFESIONES DE ENFERMERÍA EN LOS ESTADOS MIEMBROS DE LA UNIÓN EUROPEA Y ESTADOS ASOCIADOS.** Diferentes leyes y directivas rigen el desempeño de las funciones de enfermería en el viejo continente.

**08 ALEXANDER REEDUCA TU CUERPO.** El movimiento y las posturas corporales constituyen hábitos que pueden corregirse para mejorar la salud.

**13 VIII CERTAMEN NACIONAL DE INVESTIGACIÓN.** Un trabajo sobre la satisfacción de los usuarios con los cuidados de los Auxiliares de Enfermería se alza con el Primer Premio.

**37 RIESGOS LABORALES EN LA ENFERMERÍA.** Los pinchazos accidentales deben contrarrestarse con más medidas de protección.

**38 XV CONGRESO NACIONAL DE AUXILIARES DE ENFERMERÍA.** Madrid acogió una nueva edición del Congreso de FAE.

**43 UN ÚLTIMO VIAJE.** La muerte, un tránsito sobre el que muchos especialistas se han planteado diversas cuestiones.

**46 NUTRICIÓN Y SALUD DEL HUESO.** La osteoporosis puede prevenirse adoptando hábitos saludables y enriqueciendo la ingesta de calcio.

**52 Y PARA VARIAR.** Ganadores en la categoría infantil del III Certamen Literario.



CONSEJO EDITORIAL DE NOSOCOMIO

**DIRECTORA** Dolores Martínez Márquez. **REDACCIÓN** Montse García, Cristina Botello, Javier Viloslada. **COMITE CIENTIFICO** Pilar Gutiérrez, José Ángel Peña, Agustina Sánchez. **COLABORADORES** BÉRBÉS ASOCIADOS, PLANNER MEDIA, PULEVA. **EDITA** FAE (Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería), Fuencarral nº 77, 6º izq. 28004 Madrid. Tels.: 91 521 52 24/95. Fax: 91 521 53 83. E-mail: fae@futurnet.es. **REDACCIÓN, ADMINISTRACIÓN Y SERVICIOS COMERCIALES** Tomás López, 3, 2º dcha. 28009 Madrid. Tels.: 91 309 01 02. Fax: 91 402 23 25. E-mail: sae@sindicatosae.com. **DEPÓSITO LEGAL:** M-14.435-1993. **ISSN:** 3847. La empresa editora no se hace responsable de las opiniones que los colaboradores de NOSOCOMIO puedan expresar en estas páginas.

**LA UNIÓN EUROPEA**, una vez consumada su última y reciente ampliación que ha deparado la llegada de la Europa de los 25, constituye más que nunca —en su vertiente económica— un amplísimo mercado por el que circulan bienes, personas y servicios sin restricciones. Como el ámbito laboral no es ajeno a este flujo de ofertas y demandas, la posibilidad de trabajar en un país de la UE es una opción cada vez más habitual para la población activa de los estados miembros. También en el sector de la sanidad en los últimos años han aumentado las demandas que se dirigen hasta el nuestro en búsqueda de un intercambio de efectivos entre sistemas sanitarios estatales, sobre todo en la enfermería.

Sin embargo, a pesar de las directivas marcadas por la UE que otorgan el reconocimiento de certificados en todo el territorio europeo con el fin de que los ciudadanos puedan solicitar la valoración de sus cualificaciones en cualquiera de los estados miembros, la heterogeneidad que existe en la organización de los sistemas nacionales de cualificación —inspirados por la realidad de mercado de cada país— supone la principal dificultad para el reconocimiento del estatus profesional adquirido en el país de origen.

Mantener la transparencia de los sistemas por los que se regulan las cualificaciones profesionales debe ser el principio por el que se guíen los estados miembros, con el fin de facilitar la movilidad y el asentamiento profesional, de tal manera que la formación profesional obtenida en el país de origen alcance la acreditación automática en el Estado de acogida.

En España, el cumplimiento de las directrices marcadas por la UE y la mejora en la calidad del puesto de trabajo pasan necesariamente por la clasificación del título de Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería en un nivel 3, correspondiente a una formación profesional de grado superior y no del nivel 2 en el que actualmente está encuadrado.

# Buzón de sugerencias

## CONCIENCIA DE COLECTIVO

Elena Bárcenas  
MADRID

Hoy en día en muchas ocasiones la falta de participación ciudadana ante lo que nos afecta es evidente. Los colectivos profesionales tampoco son ajenos a esta tendencia y las movilizaciones de cualquier tipo, cuando éstas son necesarias para contrarrestar situaciones injustas o reclamar alguna causa solidaria, no son apoyadas en la medida en que deberían serlo. Llevo varios años ejerciendo como Auxiliar de Enfermería en el sistema sanitario y, por las experiencias que he vivido, he comprobado lo difícil que resulta que quienes integramos esta profesión nos moviliemos cuando hay que responder ante los abusos que se cometen. Parece que nos cuesta reaccionar, aunque los perjudicados seamos nosotros y suceda en nuestro mismo centro de trabajo. De igual forma, nuestra participación podría ser también mayor cuando se trata de convocatorias con fines formativos

o, simplemente, cuando se requiere nuestra opinión en espacios como éste. A lo mejor se trata de un mal endémico de las sociedades actuales y tan sólo una mínima porción nos resistimos a aceptarlo, pero cuesta entenderlo. Si exigimos en la medida en que damos, también nuestra respuesta debe estar a la altura del potencial que tenemos como colectivo profesional, porque será mucho más lo que consigamos permaneciendo unidos.

## SE NECESITA MEJORAR

Sara Martínez  
VALENCIA

La sanidad, como a veces ocurría en las notas del colegio, necesita mejorar. Son muchos los problemas que la afectan, como las listas de espera, la mala distribución de los recursos y del personal, su desaprovechamiento, los bajos incentivos... que nos tienen quemadas. Muchos responsables han desfilado por los diferentes cargos de los que depende la sanidad en este país, y aún queda mucho por hacer. Los problemas de fondo sólo se resuelven

de forma momentánea y con el tiempo vuelven a salir. Nuestras obligaciones nos los recuerdan, pero también nuestros derechos han de ser tenidos más en cuenta. Sólo queremos trabajar más a gusto para que la sanidad saque un aprobado en la próxima evaluación.

## PASATIEMPOS EN NOS

Mónica  
VITORIA

Soy un Auxiliar de Enfermería de Vitoria y lectora habitual de su publicación. A través de estas líneas quiero felicitarles por Nosocomio ya que tiene reportajes muy interesantes de nuestra especialidad. Sin embargo, me gustaría realizar una sugerencia, y es que la última página la podrían destinar a pasatiempos cuyo contenido esté relacionado con temas de salud y sanidad. Espero que sigáis con esta buena tónica.

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 deberán ajustarse a unas normas concretas: los textos no deben exceder las 30 líneas mecanografiadas. Es imprescindible que estén firmados y que conste en ellos el DNI o pasaporte de sus autores, así como su domicilio y teléfono. 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. Los interesados pueden dirigir sus cartas a:

NOSOCOMIO  
Fuencarral, 77 - 6º izq.  
28004 Madrid  
E-mail:  
fae@furnet.es



# Estudio sobre las profesiones de Enfermería de la Unión Europea y

El desarrollo de un marco nacional de cualificaciones sirve a los intereses de las empresas y de los trabajadores porque facilita la educación permanente, ayuda a las empresas y agencias de empleo a armonizar la demanda con la oferta y orienta a las personas en la elección de una formación y una carrera". Conferencia Internacional del Trabajo, 2000.

# Situación de las en los estados miembros estados asociados (Primera Fase)

**TEXTO** Carmen García Planellas,  
vocal del Comité Permanente de SAE

**EN EL ESCENARIO** del V Congreso Nacional del Sindicato de Auxiliares de Enfermería, celebrado el pasado mes de noviembre en Ceuta, esta organización sindical presentó la primera fase del estudio sobre la situación actual de las profesiones de enfermería en los estados miembros de la Unión Europea.

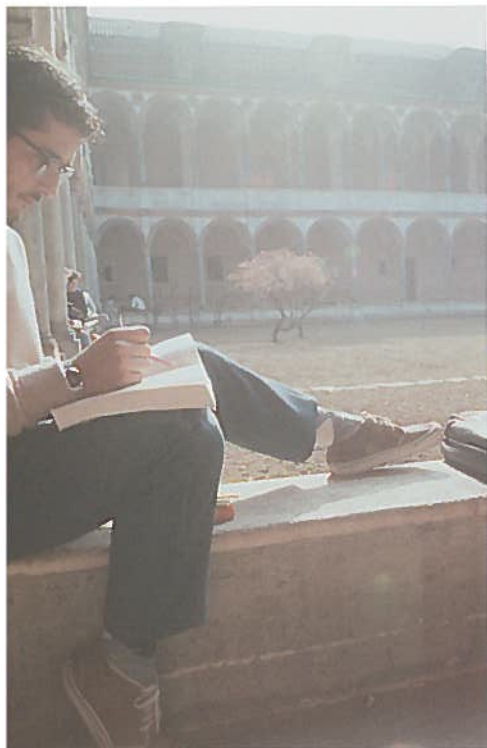
El trabajo arroja una visión sobre la situación de la formación profesional sanitaria en España, encuadrándola dentro del sistema europeo y realizando una comparativa con los sistemas educativos de Alemania y Portugal.

De esta comparativa se desprende que la cualificación profesional en nuestro país es una de las más bajas de la Unión Europea, confirmando así la premisa por la que nace este trabajo: una necesaria revisión del título de Técnico en Cuidados Básicos de Enfermería y la reclasificación en el nivel 3.

## » Marco europeo

Dentro del marco genérico de la construcción europea, se previó la progresiva supresión entre los estados miembros de obstáculos

para la libre circulación de las personas. El propio tratado constitutivo de la Comunidad Económica Europea contempla la adopción de medidas que garanticen que cada ciudadano pueda ejercer una profesión, por cuenta ajena o propia, en un estado diferente de aquel en el que han obtenido las cualificaciones profesionales. Con tal fin, las instituciones comunitarias han ido adoptando una serie de directivas, en principio de carácter sectorial para determinados ámbitos profesionales, y posteriormente aquellas que integran el denominado sistema



Las instituciones comunitarias han ido adoptando una serie de directivas, en principio de carácter sectorial para determinados ámbitos profesionales, y posteriormente aquellas que integran el denominado sistema general, cuya finalidad es el reconocimiento de diplomas, certificados y otros títulos que permitan a todo ciudadano solicitar la valoración de las cualificaciones alcanzadas en un país miembro para poder ejercer una profesión regulada en otro país miembro.

general, cuya finalidad es el reconocimiento de diplomas, certificados y otros títulos que permitan a todo ciudadano solicitar la valoración de las cualificaciones alcanzadas en un país miembro para poder ejercer una profesión regulada en otro país miembro.

Sin embargo, este principio de movilidad encuentra dificultades, puesto que no todos los sistemas de cualificación están desarrollados por el mismo criterio: unos son regulados por el Gobierno, otros por sectores económicos y profesionales y otros por los agentes sociales. En consecuencia, esto incide en la calidad de la formación profesional y el precio del trabajo. A veces tampoco están normalizadas las acciones que enmarcan la acción cualificadora; esto es, la formación profesional junto con la experiencia laboral y la formación continua cualificadora.

Los criterios que inspiran a cada sistema nacional son diferentes según su realidad de mercado, y esta heterogeneidad se puede encontrar incluso en el ámbito nacional. En esta línea, el tratado de Ámsterdam establece que la UE contribuirá al desarrollo de una educación de calidad, apoyando y completando la acción de los estados miembros y desarrollará una política de formación profesional que refuerce y complete las acciones de los mismos.

Así, la formación profesional específica que capacita para la realización de cuidados de enfermería —TCAE/AE— se considera un nivel básico en otros estados, por la cualificación en el nivel 2. Sin embargo, en nuestro país es un nivel avanzado de la formación profesional. Este hecho demuestra cómo una de las principales misiones de los estados miembros

debe ser mantener y mejorar la transparencia de sus sistemas nacionales de las profesiones y cualificaciones con el fin de facilitar dicha movilidad, ya que, tal y como están las cosas hoy en día, la formación profesional obtenida en el país de origen es difícil que alcance la acreditación automática en el estado de acogida.

Para este fin se crea en 1998, a iniciativa de la Comisión Europea y el CEDEFOP, el Foro Europeo sobre la transparencia de las cualificaciones, cuya misión es llevar a cabo la supervisión y evaluación periódica de la aplicación de sus propuestas para mejorar dicha transparencia.

#### » Situación en España

**Legislación sanitaria.** En España encontramos tres periodos diferenciados en la legislación sanitaria: anterior a 1940, donde las ideas sobre salud pública están orientadas más hacia la salud colectiva, control de epidemias y medidas de salubridad; una segunda etapa posterior a 1940, caracterizada por la existencia de dos subsistemas sanitarios: asistencia sanitaria de la Seguridad Social y asistencia de la Salud Pública; y, finalmente, la época postconstitucional, periodo en el que la Constitución de 1978, la Ley General de Sanidad de 1986 y la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de





Salud de 2003 dibujan el mapa legislativo en materia sanitaria.

Así, se recogen las necesidades en el ámbito de la salud de la población española, de tal manera que el paso siguiente debe ser un desarrollo paralelo de la formación de los profesionales sanitarios.

**Formación Profesional.** Las directrices marcadas por la Unión Europea en cuanto a los objetivos concretos de los sistemas de educación y formación establecen, como fin primordial de la política social, el pleno empleo.

En España el desarrollo de la formación profesional se impulsa desde la Ley 51/80 Básica de Empleo, el Acuerdo Económico y Social de 1984, la Ley 1/1990, LOGSE, por la que se contemplan las directrices de la nueva formación profesional de títulos reglados por el sistema educativo, y la formación de la garantía social, el primer Programa Nacional de Formación Profesional (1936-1996) y el nuevo (1998-2002), que define las directrices básicas que han de conducir a un sistema integrado, en consonancia con las directrices marcadas por la Unión Europea, de las distintas ofertas de formación profesional: reglada, ocupacional y continua.

La formación profesional ocupacional tiene como principal objetivo la inserción y la reinserción profesional mediante la creación de subprofesiones, es decir, formación no reglada, ni del sistema educativo, tanto de ciudadanos sin formación (educación primaria) como de personas con una formación superior.

Pieza imprescindible en este entramado es el Catálogo Nacional

de Cualificaciones Profesionales, que estará constituido por las cualificaciones identificadas en el sistema productivo y por la formación asociada a las mismas, que se organizará en módulos formativos, articulados en un Catálogo Modular de Formación Profesional.

Alrededor de la figura Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería/Auxiliar de Enfermería (TCAE/AE) surgen, de la formación profesional ocupacional de las ramas sanitarias y de servicios a la comunidad y personales, nuevos profesionales conocidos como Auxiliares de Enfermería en geriatría, en salud mental, Auxiliares domiciliarios, etc., con una formación lectiva que oscila entre 200 y 600 horas.

En la década de los sesenta aparece el Auxiliar de Clínica para reforzar la función asistencial del Auxiliar Técnico Sanitario (ATS) en todos los campos profesionales donde éste actúa. Hoy esa visión, por fortuna, está ampliamente superada por la propia capacidad profesional que desarrolla el TCAE/AE. Sin embargo, los nuevos profesionales que surgen de la formación profesional ocupacional trabajan con un exceso de autonomía que pone en peligro la calidad asistencial (en la atención domiciliaria los Auxiliares de Enfermería geriátrica, los domiciliarios, etc., trabajan solos, algo que es incomprensible, ya que parecería más razonable que su trabajo se desarrollara bajo la coordinación de un Técnico en Cuidados).

También pueden ejercer en la sanidad privada y en centros de servicios sociales (personal laboral) en puestos denominados gerocultores, cuidadores, etc., realizando funciones de enfermería

propias del TCAE/AE, cuando en realidad no deberían prestar otra atención que no fuera similar a la de los cuidados familiares (acompañamiento, ayuda para la alimentación, integración social...). Esto en parte viene favorecido por la directiva de la Comisión Europea 92/51/CEE, por la que se regula la formación del Auxiliar de Enfermería sin hacer distinción entre las formaciones ocupacionales referidas y la titulación reglada del TCAE/AE.

También existe un abuso por parte de los empleadores, incluida la Administración de Servicios Sociales, al contratar a TCAE/AE de forma encubierta en los centros asistenciales privados como cuidadores, gerocultores, etc., primando esta titulación sólo como calidad baremable. En consecuencia se disminuye la calidad intrínseca del puesto (remuneración, prestigio profesional...), si bien mejora la calidad asistencial.

La búsqueda del cumplimiento de las directrices establecidas por la Unión Europea (facilitar la empleabilidad de los profesionales entre los estados miembros, conseguir una política de pleno empleo, etc.), y una mejora en la calidad intrínseca tanto del puesto de trabajo como de la asistencia pasa ineludiblemente por la cualificación del nivel del título de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en un nivel 3, correspondiente a la formación profesional de grado superior. Asimismo, si queremos dejar de ser un país con fisuras en el sistema sanitario y deficiencias en la calidad del empleo, se hace necesario que las cualificaciones del subsistema ocupacional no rebasen las competencias profesionales para las que son creadas.

# Alexander reeducaca

¿Qué tienen en común Yehudi Menuhim, Paul McCartney, Sting, George Bernard Shaw, Aldous Huxley y tantos otros músicos, escritores, filósofos, deportistas con Frederick Mathias Alexander? La consciencia corporal, adquirida gracias a la llamada Técnica Alexander, que permite aprender a conocerse a sí mismo y reeducar el cuerpo para localizar y reducir el exceso de tensión que muchas veces no detectamos, pero que origina muchos de los problemas de dolor, posturas, equilibrio y rigidez del cuerpo. La Técnica Alexander tiene consecuencias trascendentales no sólo físicas, sino que puede cambiar profundamente nuestra actividad mental y emocional ante la vida.

ROCKFO  
RAPTO



# tu cuerpo

TEXTO Montse García

**¿QUÉ SON LAS MATEMÁTICAS?** En abstracto pocos son los que pueden dar una definición clara de qué son y para qué sirven las matemáticas hasta que lo aplican en la práctica. Dos y dos son cuatro sillas y soy capaz de ver un treinta por ciento de pendiente en una montaña. Éste es el ejemplo utilizado por Marta Barón, profesora de Técnica Alexander (TA), porque algo parecido ocurre con la TA: es una herramienta que te permite utilizar mejor tu cuerpo, pero ¿es algo físico, afecta también a nuestras emociones? Sí deja claro, sin embargo, lo que no es: la Técnica Alexander no son masajes, no son técnicas de relajación, no son medicinas alternativas ni otras tantas etiquetas tan habituales.

Para Marta Barón, que además es la presidenta de la Asociación de Profesores de Técnica Alexander

de España (APTAE), esta es una herramienta que puedes aprender a usar y mejorar así la forma en la que te utilizas en las actividades de la vida diaria, en casa, en la escuela, en el trabajo, en el deporte, etc.

“Nuestro cuerpo es una maquinaria que nos permite desarrollar determinadas actividades. La maquinaria infantil funciona a la perfección: los niños utilizan su cuerpo con absoluta naturalidad: saltan, corren, se sientan sin que esto les genere ninguna consecuencia. A medida que van creciendo las demandas y las exigencias de la sociedad son mayores y se empiezan a desarrollar ciertos hábitos que te ayudan a conseguir los objetivos propuestos. Algunos de estos hábitos son buenos pero otros no, y se van a ir implantando en nosotros hasta convertirse en nocivos sin que

Al principio eran actores, músicos y artistas en general quienes acudían a la consulta de F.M. Alexander. No obstante, el efecto de esta técnica en el organismo es tan amplio que se podría decir que todo aquel que tiene cuerpo puede beneficiarse de ella, tanto si sufre dolor como si simplemente se quiere mejorar el control de uno mismo, o como medio de exploración personal.



Al sentarnos podemos adoptar diversos hábitos que distorsionan gradualmente el cuerpo

Muchos años de encorvarse sobre el trabajo, escolar o laboral, pueden afectar seriamente nuestra postura y nuestra respiración

seamos conscientes de ello. Ése es uno de los problemas fundamentales: la mala o nula percepción que tenemos de nosotros mismos, por lo que no somos capaces de percibir estos malos hábitos y si nos estamos haciendo daño”, explica Marta Barón.

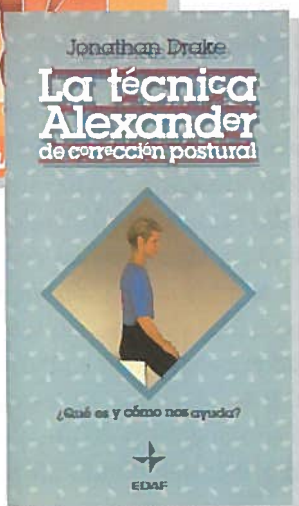
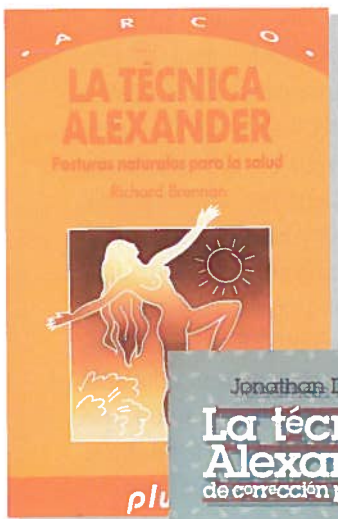
“La TA es una herramienta que utilizas en ti mismo, tras el proceso de aprendizaje la percepción se agudiza y se empiezan a ver cómo se hacen las cosas, pero esto te afecta a un nivel muy profundo, no es algo únicamente físico. Físico es un masaje que te da un experto y mejora tu dolencia, pero sin que tú participes de ello, lo recibes y mejora temporalmente tu situación sin que seas consciente de nada más. Con la TA

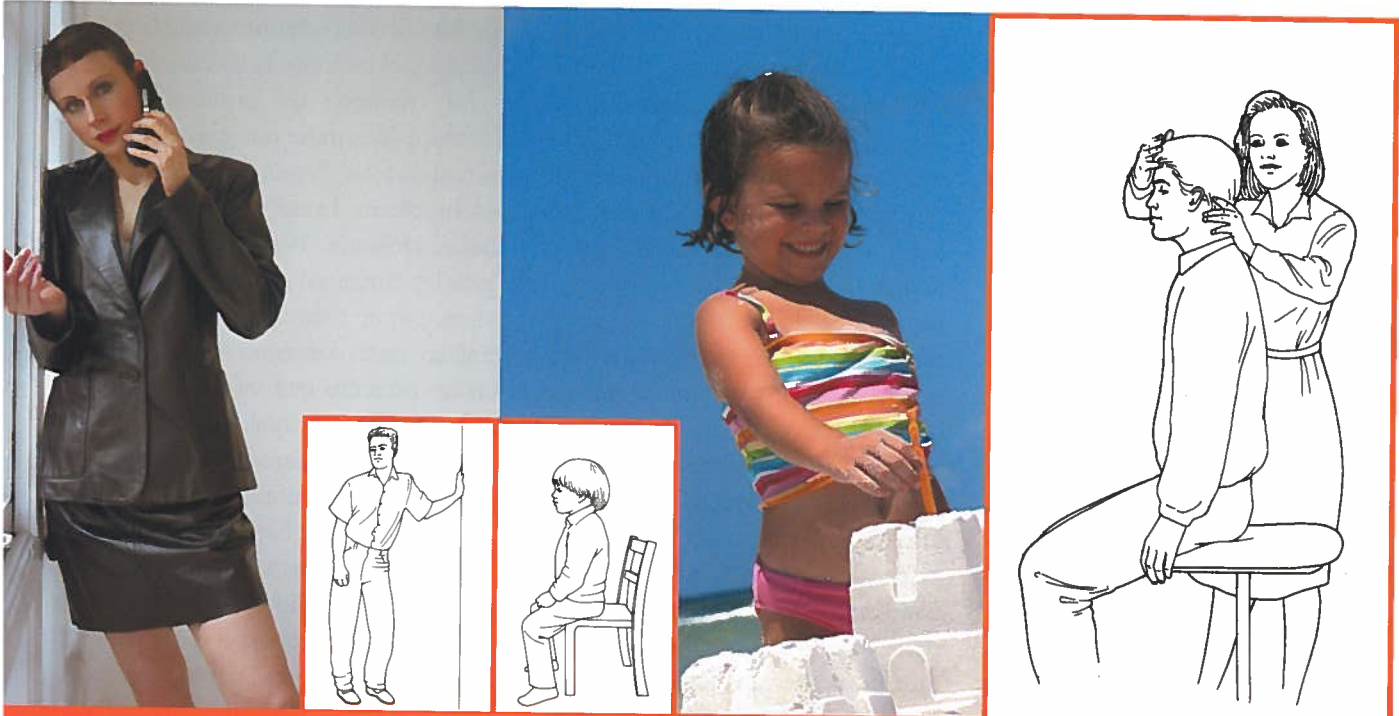
tú tomas conciencia de lo que estás haciendo” afirma Marta Barón.

Existe una unidad indisoluble entre la mente, el cuerpo y el espíritu. Es decir, nuestro modo de pensar va a afectar al modo en que nos sentimos, y a menudo puede ser la causa de tensiones y enfermedades. La manera en la que pensamos es una parte tan esencial de la TA como la forma en la que nos movemos. Básicamente este método es una manera de dirigir con eficacia nuestros cuerpos a fin de eliminar toda la tensión posible.

#### » Sentido del movimiento

La propiocepción o kinestesia es un sentido, el del movimiento. Este





Una posición común para estar de pie: todo el cuerpo está torcido, lo cual provoca un exceso de tensión muscular

Los niños se sientan de forma natural, con la espalda recta

El profesor altera suavemente su postura con mucho cuidado a fin de liberar la tensión

término proviene del griego *kines* (movimiento) y *stesia* (sentido). La medicina lo cataloga dentro del tacto profundo, sin embargo para otros expertos es un sentido independiente que tiene sus terminales nerviosas mayoritariamente en las articulaciones. Es el sentido responsable de hacernos saber cómo y cuándo nos movemos; por ejemplo, cuando vamos a rascarnos la nariz, la propiocepción nos informa de cómo mover el dedo hasta ésta. Saber dónde tenemos la nariz y alcanzarla con el dedo no depende del gusto, del oído, de la vista o del olfato, ni siquiera del tacto. Depende de la kinestesia; y cuando hay movimiento, es éste el sentido encargado de informar al cerebro

de las variaciones en el mismo. Si una zona del cuerpo está excesivamente bloqueada, la kinestesia no puede informar al cerebro de una manera tan fehaciente puesto que hay menos movimiento, así que cuantas más restricciones haya peor será la información que el cerebro reciba y, por tanto, menor precisión en los movimientos.

Éste es uno de los grandes problemas con los que nos encontramos a la hora de la reeducación, porque siempre nos movemos según los criterios de sensación que hemos ido archivando en el cerebro a lo largo de nuestra vida. Por tanto, si uno quiere estar “recto” se colocará según lo que uno “siente” que es recto, pero el problema es

que los errores cometidos no se consideran como tales sino como normales.

Aprender la Técnica Alexander implica aprender a percibir y usarlo mejor nuestro cuerpo con más eficacia y soltura. Se trata de cambiar paulatinamente los patrones de movimiento del organismo.

Desgraciadamente no podemos variar esos patrones por nosotros mismos, puesto que están tan enraizados que ya no los notamos. Por eso se hace imprescindible el profesor, para poder aprender a percibir mejor qué es lo que estamos haciendo con nosotros mismos: si nos movemos con soltura o nos bloqueamos, si restringimos nuestra respiración o dejamos

que sea fluida y dinámica, cómo y dónde nos tensamos. Habitualmente, los alumnos no tienen una consciencia corporal suficientemente desarrollada para ser capaces de rectificar sus hábitos y seguir sus instrucciones de una manera eficaz.

La Técnica Alexander está basada en el principio de que cada uno de nosotros funciona como un todo y por eso las clases han de ser individuales. Marta Barón explica que “se hacen sesiones en grupo para explicar los conceptos básicos, pero es un trabajo individual porque cada uno debe tener consciencia de sí mismo”.

El profesor enseña cómo aprender a detectar exactamente qué es lo que nosotros estamos “haciendo de más” para empezar el proceso de dejar de hacerlo. Se hace descubrir al alumno cómo él interviene en la disfunción (se le hace consciente de ello) y, poco a poco, se inicia el proceso de “dejar de hacer” esas tensiones excesivas que interfieren en los distintos mecanismos

para que paulatinamente ésta se vaya normalizado.

El profesor trabaja guiando el movimiento del alumno muy suavemente con sus manos al tiempo que da algunas instrucciones verbales. De esta forma facilita que el alumno adquiera una nueva y fiable consciencia corporal —kinestesia— y sea capaz de detectar y reducir las tensiones y malos hábitos que interfieren en su mecanismo corporal. Poco a poco y con movimientos muy suaves el profesor facilita que el alumno aplique los principios de la TA en la actividad cotidiana: sentarse, levantarse, andar, coger o cargar cualquier objeto, etc., poniendo siempre el acento en la reducción del esfuerzo en cada una de las actividades.

El alumno está con un profesor especializado, de esta manera los objetivos que el alumno consiga dependerán únicamente de sí mismo. Las clases son de treinta a cuarenta minutos y es un trabajo individual, por lo que el profesor y el alumno

podrán decidir conjuntamente la duración y el periodo de las clases.

La treintena de profesores de Técnica Alexander que existen en la actualidad en España se formaron en Inglaterra, Estados Unidos, Australia, Holanda, Francia, Alemania, Israel y Suiza en un curso de tres años, con un total de 1.600 horas de trabajo para conseguir su objetivo, en un esfuerzo que va más allá del aprendizaje intelectual.

En 1996 se unieron para crear la Asociación de Profesores de Técnicas Alexander de España (APTAE), que preside Marta Barón, con el objetivo prioritario de velar por la calidad de la enseñanza de la misma, coordinar al colectivo de profesores y, por supuesto, difundir la TA.

Asociación de Profesores de Técnica Alexander de España  
Tel.: 637 24 83 43  
<http://www.aptae.net>  
[info@aptae.net](mailto:info@aptae.net)

## ¿Quién fue F.M. Alexander?

Frederick Mathias Alexander (Australia, 1869-1955) era un actor especializado en recitales teatrales en solitario. Al cabo de unos años de actuar con cierto éxito empezó a tener problemas con su voz y después de las actuaciones padecía de ronquera, que ningún médico pudo remediar. En una ocasión y ante un recital especialmente importante, su médico le recomendó que no hablara en absoluto durante los quince días anteriores al recital asegurando así el reposo total de las cuerdas vocales. El día del recital todo empezó bien, pero poco a poco la ronquera fue apareciendo hasta quedarse completamente sin voz. No sólo no se desanimó sino que investigó qué le había pasado: si había estado dos semanas sin hablar *antes* del recital la causa de la ronquera podía estar solamente en algo que debía haber hecho con su voz *durante* el recital.

Con la ayuda de un espejo empezó a observar qué hacía a la hora de recitar y encontró que su cabeza tendía a irse hacia atrás provocando una gran tensión en los músculos del cuello, deprimía la laringe, el pecho se encorbaba hacia delante, tensionaba la espalda y hasta se ponía de puntillas.

Llegó entonces a la conclusión que cambiaría su vida: lo que debía hacer era precisamente “dejar de hacer”. Cuando conscientemente “dejaba de hacer” su cuerpo recobraba equilibrio, coordinación y libertad, y su presencia, calidad de voz e interpretación dejaron anonadados a sus compañeros en la vuelta a los escenarios.

Su fama se extendió por toda Australia y se trasladó a Londres, donde impartió sus lecciones a una larga lista de actores, médicos y gente de todo tipo que acudía a su consulta.

# VIII Certamen Nacional de Investigación

El certamen que anualmente premia la faceta investigadora de los Auxiliares de Enfermería cumplió este año su octava edición con un acto celebrado en Sevilla durante el cual se desveló qué trabajos eran los merecedores de los máximos reconocimientos entre todos los presentados, haciéndose entrega de los galardones a sus respectivos autores.



◀ De izquierda a derecha: Teresa Moreno, directora de Enfermería del H. U. Virgen Macarena; Dolores Martínez, presidenta de FAE; Pilar Serrano, directora gerente del H. U. Virgen Macarena; Consuelo González, de Pulveda y M. Luisa Barrantes, miembro del Patronato de FAE.

**EL HOSPITAL** Universitario Virgen Macarena de Sevilla acogió el pasado 13 de mayo la ceremonia de entrega del primer premio, accésit y mención especial correspondientes al VIII Certamen Nacional de Investigación de la Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería (FAE).

Al acto de entrega acudió una nutrida representación de responsables del H.U. Virgen Macarena, encabezada por la directora gerente, Pilar Serrano Moya, la directora de Enfermería, Teresa Moreno Pérez, y el responsable de Formación Continuada, Luis Miguel González. Asistieron además coordinadores de otras áreas sanitarias de Sevilla y de centros como el Hospital Virgen del Rocío y el Hospital Virgen de Valme, así como la presidenta de FAE, Dolores Martínez Márquez.

## » Primer premio

El Certamen Nacional de FAE, evento creado con el objetivo de potenciar la investigación entre los profesionales de la enfermería básica y reconocer los méritos contraídos a tal efecto —por lo que es único en sus características en España—, entrega, como máximo galardón, un primer premio valorado en 1.202 euros.

En esta ocasión, el reconocimiento ha recaído en un equipo de Auxiliares de Enfermería del propio H.U. Virgen Macarena por su trabajo “Satisfacción de los usuarios con los cuidados prestados por los Auxiliares de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios”. Las autoras y autor del mismo, Esperanza Ramiro, M<sup>a</sup> Carmen Marín, Carmen Cámara, Inmaculada Illescas, Filomena Heras,



► *Ganadoras del primer premio.*



► *Ganadoras del acceso.*



► *Ganadora de la mención especial.*

M<sup>a</sup> Luisa Ramírez, Rosa M<sup>a</sup> Jiménez, Begoña Legorburu y Diego Méndez, se plantearon como meta de su estudio analizar los nuevos modelos de gestión en sanidad, en los que uno de los aspectos más destacados es la satisfacción del usuario respecto a la atención recibida.

En la actualidad, se da una creciente importancia a la opinión de los pacientes sobre la atención prestada con el fin de detectar sus puntos débiles e identificar aquellas áreas que precisan alguna mejora o revisión. Teniendo en cuenta que en una unidad de Cuidados Intensivos Coronarios los enfermos ingresan en una situación crítica —que les hace depender de los Auxiliares de Enfermería para cubrir todas sus necesidades—, es fundamental conocer si los cuidados prestados

son lo suficientemente satisfactorios.

Para ello, los autores galardonados con el primer premio han utilizado como método de estudio la encuesta, teniendo en cuenta durante su elaboración, además de las características sociodemográficas de los usuarios, las claves de la calidad de un servicio.

Es decir, se valoraron, desde el punto de vista del paciente, aspectos como la información recibida, la empatía en el trato, la capacidad de respuesta ante las demandas, la confianza e interés mostrado por el personal que les atiende, las condiciones físicas del servicio o el clima de la organización. Estas valoraciones

se llevaron a cabo desde julio hasta noviembre de 2003, a través de 46 encuestas realizadas a pacientes mayores de edad que permanecieron ingresados un mínimo de 48 horas en la unidad.

De estos meses se plasmó posteriormente en el trabajo que la atención prestada por el personal Auxiliar de Enfermería en esta unidad del Hospital Virgen Macarena es, por lo general, altamente satisfactoria en función de los factores medidos.

Además, dentro de los aspectos mejor valorados en el trabajo de los Auxiliares de Enfermería por parte de los usuarios del servicio destacan la educación, el trato agradable, humanitario y vocacional, la constante dedicación —eficaz y rápida—, la profesionalidad, el cariño y la sonrisa. Por el contrario, y a pesar de no sobresalir ningún aspecto negativo, sí cabe mencionar alguna observación crítica con respecto a la dieta que deben cumplir.

De esta manera, entre las conclusiones que arroja este trabajo cabe destacar tanto la buena atención prestada por los Auxiliares de Enfermería como la necesidad de



mejorar la identificación del personal e intentar facilitar los medios necesarios para que la dieta resulte lo más agradable posible. Para los autores del mismo queda demostrada la importancia que este tipo de estudios tienen para mejorar la calidad asistencial y la necesidad de continuar en esta línea, aumentando el número de encuestados para que los resultados sean cada vez más fiables.

#### » Accésit y mención especial

El accésit, dotado con 300 euros y una inscripción al Congreso de FAE, ha correspondido al trabajo elaborado por Rosa Dolores Núñez, M<sup>a</sup> Ángeles Búrdalo y M<sup>a</sup> Carmen Rey, Auxiliares de Enfermería en el Complejo Hospitalario Nuestra Señora de la Montaña de Cáceres, por la investigación "Técnicas de trabajo del Auxiliar de Enfermería en las quemaduras".

Su actividad diaria en la unidad de Cirugía Plástica y Reparadora del C.H. Ntra. Sra. de la Montaña de Cáceres, punto de referencia de toda Extremadura para pacientes afectados con quemaduras, les ha permitido reseñar desde una privilegiada óptica las medidas y tratamientos que se aplican a estos usuarios.

De este trabajo se deduce la necesidad de sensibilizar a la sociedad sobre la situación de estos pacientes, ya que tras su curación física pueden quedar secuelas psicológicas y funcionales que se extiendan en el tiempo y afecten a sus relaciones con los demás.

En cuanto al papel del Auxiliar de Enfermería en una unidad de estas características, destacan como funciones principales: realizar los primeros auxilios al paciente —valorando su ingreso en el centro u ordenando su traslado a otro en

función de la gravedad de sus quemaduras—, asegurar el bienestar del paciente, acomodarle con posturas funcionales en los miembros afectados, realizar el control de las constantes y la dieta, ocuparse directamente de la profilaxis e higiene de las lesiones —algo fundamental por el importante riesgo de infección que existe tanto para el personal sanitario como para el propio enfermo— y colaborar en la realización de curas.

Asimismo, concienciar a los pacientes sobre la importancia de la prevención, el reparo y la postura funcional es esencial para la mejora y más pronta recuperación en estos accidentes. La importancia que tiene el apoyo del personal sanitario es aquí trascendental, ya que a través del mismo el paciente toma contacto con la realidad, pues uno de los objetivos esenciales en este apartado es que el paciente quemado, una vez que ha recibido el alta, sea capaz de cuidarse por sí mismo.

Finalmente, FAE ha concedido la mención especial del Certamen Nacional a "Reconocimiento del trabajo y responsabilidad del Auxiliar de Enfermería en Quirófano", realizado por María Soledad Montes Calero, Auxiliar de Enfermería del Hospital Infanta Cristina de Badajoz.

Esta profesional sanitaria parte de la gran relevancia que tiene una unidad quirúrgica en el ámbito sanitario, tanto por el trabajo y especialidades que en ella se practican como por su implicación en el progreso de la ciencia y su posterior aplicación a la sanidad.

En los equipos de trabajo de quirófanos adquiere además un papel muy significativo el Auxiliar de Enfermería. Sin embargo, la importancia que siempre ha tenido este profesional, contacto directo entre

el facultativo y el enfermo, hoy ha pasado a un plano más secundario: con las nuevas generaciones, el trabajo de estos profesionales se ha convertido en algo mecánico y rutinario, relegándose en cierto modo la idea de un trabajo en equipo.

Esta situación pone de manifiesto la necesidad de crear una oferta de cursos que permitan un reciclaje continuo de este personal con el fin de solventar las barreras profesionales que existen en campos como el de las nuevas tecnologías.

No hay que olvidar que una de las principales funciones de los Auxiliares de Enfermería es propiciar bienestar al paciente, desempeñando para ello tareas como su recibimiento en el quirófano, acompañándole en todo momento e infundiéndole tranquilidad.

Asimismo, el Auxiliar de Enfermería presta su colaboración dentro del propio quirófano siempre que es requerido, supervisando el material y reponiéndolo en caso necesario, siendo el principal responsable, una vez concluida la intervención, de que todo esté perfectamente limpio y desinfectado.

Queda demostrada así la importancia que las labores desempeñadas por el Auxiliar de Enfermería tienen para el correcto funcionamiento de las distintas unidades y servicios que componen un centro sanitario y, en este caso concreto, en una unidad de quirófanos.

Este accésit, unido a los otros dos reconocimientos principales, son una evidente muestra del gran nivel divulgativo de las obras presentadas a esta edición del Certamen Nacional de Investigación, lo que refleja además la pujanza e inquietud de todo un colectivo por abrir nuevas vías de investigación, teniendo como vínculo común impulsar las posibilidades formativas de su profesión.

# Protocolo de redacción



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 exponga el planteamiento general del trabajo.
- » La bibliografía debe incluir invariablemente el nombre del autor del libro, la editorial, la fecha y el 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 con la mayor brevedad.

## Boletín de suscripción a NOSOCOMIO

### DATOS PERSONALES

Apellidos ..... 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 .....

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

DIRECCIÓN .....  
 POBLACIÓN ..... PROVINCIA ..... C.P. ....  
 ..... A ..... DE ..... 200 ..... FIRMA

Tarifa suscripción anual (incluidos gastos de envío). Los suscriptores en el extranjero deberán abonar los gastos de envío.  
 AFILIADOS 8,41 euros, NO AFILIADOS 13,22 euros.  NO AFILIADOS  
 \* Indicar si es afiliado a SAE y en su caso el nº de afiliación .....  AFILIADOS  
 NOSOCOMIO, C/ Fuencarral, 77 - 6º izq. 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/ Fuencarral, 77 - 6º izq. 28004 Madrid.

# Satisfacción de los usuarios con los cuidados prestados

por los Auxiliares de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios

M<sup>a</sup> C. MARÍN LÓPEZ, D. MÉNDEZ BORREGUERO, C. CÁMARA MARTOS, I. ILLESCAS PIZARRO, E. RAMIRO GARCÍA, F. HERAS NAVASCUE, M.L. RAMÍREZ CARRERA, R. M<sup>a</sup> JIMÉNEZ ATIENZA, B. LEGORBURU LAGO

*Auxiliares de Enfermería. Unidad Coronaria Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla*

## INTRODUCCIÓN

Dentro de los nuevos modelos de gestión, uno de los aspectos más destacables es la satisfacción del usuario con la atención recibida, llegándose a afirmar que "la calidad no es lo que se pone en servicio, es lo que el cliente obtiene de él". Por tanto, entendemos que conocer la opinión de los usuarios sobre la atención prestada es fundamental e implica sustituir "pensar en el usuario" por "pensar como el usuario".

Según estudios realizados, dimensiones como la información recibida, la empatía en el trato, la capacidad de respuesta ante sus demandas, la confianza y el interés mostrado por el personal que les atiende, junto con las condiciones físicas del servicio y el clima de organización, condicionan en gran medida la satisfacción del usuario.

Teniendo en cuenta que nuestra Unidad es un servicio donde los enfermos ingresan en una situación crítica, con un tipo de patología aguda que les hace

depender de nosotros para todo tipo de necesidades, ya sean de tipo fisiológico como psicológicas, es para nuestro colectivo muy importante saber si nuestros cuidados son lo suficientemente satisfactorios.

Basándonos en estudios realizados recientemente, pensamos que el método más adecuado para conocer la satisfacción de los usuarios sería una encuesta que incluyera las dimensiones nombradas anteriormente, al ser las más representativas de nuestro trabajo. Los resultados obtenidos nos pueden servir para detectar puntos débiles dentro de la atención prestada e identificar aquellas áreas que precisen alguna mejora o revisión.

## OBJETIVOS

### Objetivo general

- Identificar el nivel de satisfacción del usuario ingresado en la Unidad Coronaria, en relación con los cuidados

prestados por las Auxiliares de Enfermería.

### Objetivos específicos

- Incrementar los niveles de calidad asistencial.
- Identificar áreas que precisen alguna mejora, para su posterior cambio o revisión en la sistemática de trabajo.

## MATERIAL Y MÉTODO

### Estudio descriptivo

Para elegir los sujetos se utilizó una técnica de muestreo por conveniencia siendo seleccionados de forma consecutiva.

El número de sujetos fue de 46, que cumplían los siguientes criterios de inclusión:

1. Haber permanecido ingresado 48 horas en la unidad.
2. Ser mayor de 18 años.
3. No ser personal sanitario o familiar.

4. No padecer trastorno cognitivo.

La recogida de la información comprendió el periodo de julio a noviembre de 2003, y se hizo a través de un cuestionario (Anexo 1), que contenía un registro de características sociodemográficas de los usuarios (edad, género, nivel de estudios, situación laboral y hospitalizaciones previas) y una encuesta con 20 preguntas cerradas y dos abiertas, para identificar los aspectos positivos y negativos que el usuario destacaría en cuanto a la prestación de cuidados. Las preguntas cerradas contemplan las dimensiones del modelo SEVQUAL, que es un instrumento que sirve para medir las percepciones de los usuarios sobre la calidad del servicio percibida.

Las presentes reflejan las cinco dimensiones básicas que representan las características claves de la calidad de un servicio:

1. *Seguridad*: competencia profesional, capacidad para inspirar confianza.
2. *Tangibilidad*: coordinación interna, aspecto del personal, equipamiento.
3. *Capacidad de respuesta*: tiempo de dedicación, diligencia, deseo de ayuda.
4. *Fiabilidad*: seguridad profesional, información sobre el servicio.
5. *Empatía*: respeto, consideración, interés.

La recogida de datos la realizó un grupo de diez Auxiliares de Enfermería, previamente entrenadas, en las normas que debían seguir para ello (Anexo II).

El momento de la recogida era antes del alta de los usuarios. Se les informaba sobre los objetivos del estudio y el carácter voluntario y anónimo de su participación. La encuesta se entregaba en un sobre cerrado y se les indicaba que

preguntas en cuantas dudas surgiesen en su cumplimentación.

El análisis de la información recogida se codificó y se realizó un análisis descriptivo de los datos en el programa estadístico SPSS 10.0.

## RESULTADOS

- La media de edad de la muestra estudiada es de 58,80 años (DT=13,35).
- El 63,7 por ciento eran hombres, y la estancia media de hospitalización fue de 8,38 días (DT=9,09).
- El 47,8 por ciento tenían estudios medios, seguido de un 21,7 sin estudios, un 10,9 con estudios primarios, 6,5 diplomados y un porcentaje similar de licenciados.
- El 47,8 por ciento había sido hospitalizado con anterioridad.

En la tabla 1 se refleja el análisis de frecuencias de las variables estudiadas.

TABLA 1. ANÁLISIS DE FRECUENCIAS

Variables	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa (porcentaje)
<b>Preparación profesional</b>		
Muy mala	0	0
Mala	0	0
Regular	1	1,8
Buena	6	10,9
Muy buena	39	70,9
<b>Organización del personal</b>		
Muy mala	0	0
Mala	0	0
Regular	1	1,8
Buena	9	16,4
Muy buena	36	65,5
<b>Confianza en el personal</b>		
Nunca	0	0
Casi nunca	1	1,8
Casi siempre	0	0
Siempre	45	81,8
<b>Respuesta a necesidades</b>		
Nunca	0	0
Casi nunca	0	0
Casi siempre	1	1,8
Siempre	45	81,8

**TABLA 1. ANÁLISIS DE FRECUENCIAS (cont.)**

<b>Variables</b>	<b>Frecuencia absoluta</b>	<b>Frecuencia relativa (porcentaje)</b>
<b>Identificación profesionales</b>		
Nunca	23	41,8
Casi nunca	8	14,5
Casi siempre	8	14,5
Siempre	7	12,7
<b>Dotación material técnico</b>		
Nada adecuado	0	0
Poco adecuado	1	1,8
Adecuado	9	16,4
Muy adecuado	36	65,5
<b>Dotación material hostelería</b>		
Muy mala	1	1,8
Mala	1	1,8
Regular	17	30,9
Buena	27	49,1
Muy buena	0	0
<b>Disponibilidad del personal</b>		
Nunca	0	0
Casi nunca	0	0
Casi siempre	14	25,5
Siempre	32	58,2
<b>Seguridad y tranquilidad en momentos críticos</b>		
Nunca	1	1,8
Casi nunca	1	1,8
Casi siempre	4	7,3
Siempre	40	72,7
<b>Percepción de inseguridad en el trabajo del AE</b>		
Siempre	0	0
Casi siempre	0	0
Casi nunca	3	5,5
Nunca	43	78,2
<b>Respeto a la intimidad</b>		
Nunca	0	0
Casi nunca	0	0
Casi siempre	3	5,5
Siempre	43	78,2
<b>Satisfacción en el trato</b>		
Nada satisfecho	0	0
Poco satisfecho	1	1,8
Satisfecho	6	10,9
Muy satisfecho	39	70,9
<b>Calificación de la Unidad</b>		
Muy mala	0	0
Mala	0	0
Regular	0	0
Buena	4	7,3
Muy buena	42	76,4

La tabla 2 expone las estadísticas descriptivas de las dimensiones valoradas.

la constante dedicación con eficacia y rapidez, la profesionalidad, el cariño y la sonrisa.

TABLA 2. ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LAS DIMENSIONES VALORADAS

Dimensiones	Media	Desviación típica	Rango
Seguridad	16,50	0,88	Entre 14 - 17
Tangibilidad	14,02	1,63	10 - 17
Respuesta	11,58	0,74	8 - 12
Fiabilidad	13,36	0,87	10 - 14
Empatía	23,13	1,83	15 - 24

Respecto a las dos preguntas abiertas, se destacaban como aspectos positivos de la atención recibida por las Auxiliares de Enfermería:

- La educación, el trato agradable, humanitario y vocacional,

Con respecto a los aspectos negativos:

- En general no destacan ninguno, exceptuando alguna observación con respecto a la comida, que podía mejorar.

## CONCLUSIONES

La atención prestada por el personal Auxiliar de Enfermería es altamente satisfactoria en las dimensiones que se han medido.

Hay que mejorar la identificación de éste, por lo que se tendría que recordar las indicaciones de los protocolos de ingresos y utilizar las tarjetas identificativas.

Respecto a la dieta, se intentará facilitar los medios necesarios para que resulte lo más agradable posible (limón, cambios de postre o dietas personalizadas).

Es necesario continuar evaluando la satisfacción de los usuarios y aumentar el tamaño de la muestra para que los resultados sean más fiables.

## ANEXO I

### ENCUESTA PARA EVALUAR LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS CON LOS CUIDADOS PRESTADOS POR LOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

Estimado Sr. o Sra.

Nos dirigimos a usted porque necesitamos su colaboración en el presente estudio para determinar el grado de satisfacción en la atención prestada por las Auxiliares de Enfermería de esta **Unidad de Coronarias**.

La finalidad de este estudio es mejorar la calidad de nuestros cuidados.

Agradecemos la atención prestada y le damos las gracias por su colaboración.

EDAD ..... años

SEXO  Hombre  Mujer

Días en nuestra unidad .....

#### NIVEL DE ESTUDIOS:

- Estudios
- Estudios primarios (EGB, Graduado Escolar).
- Estudios medios (FP, Bachiller).
- Universitario medio (Diplomado, Ing. Téc.).
- Universitario superior (Licenciado, Inge. Sup.).

#### SITUACIÓN LABORAL

- Trabajador por cuenta propia (autónomo, empresario, etc.).
- Trabajador por cuenta ajena (asalariados, funcionarios).
- Otros trabajos. Especificar.
- No remunerados (amas de casa, estudiantes, desempleados).

#### ¿HA SIDO HOSPITALIZADO ANTERIORMENTE EN ESTA UNIDAD?

- Sí  No

1. ¿Cómo considera la preparación profesional del personal Auxiliar de Enfermería que le ha atendido?

- Muy buena  Buena  Regular  Mala  Muy mala

2. ¿Como considera la organización del personal Auxiliar de Enfermería que le ha atendido?  
 Muy buena     Buena     Regular     Mala     Muy mala
3. Durante el tiempo que permaneció hospitalizado, ¿confió en el personal Auxiliar de Enfermería?  
 Siempre     Casi siempre     Casi nunca     Nunca
4. ¿Cree que el personal Auxiliar de Enfermería respondió en todo momento a sus necesidades?  
 Siempre     Casi siempre     Casi nunca     Nunca
5. ¿Se le fue dando información de sus limitaciones en cada momento?  
 Siempre     Casi siempre     Casi nunca     Nunca
6. ¿Tuvo dificultades para distinguir a los distintos profesionales que le atendieron en cada momento (celadores, Auxiliares de Enfermería, enfermeras, médicos)?  
 Siempre     Casi siempre     Casi nunca     Nunca
7. ¿Cómo considera usted la dotación de material técnico de esta Unidad de Coronarias para solucionar cualquier problema que se presente?  
 Muy adecuado     Adecuado     Poco adecuado     Nada adecuado
8. ¿Qué opinión le merece la dotación de material de hostelería en la planta donde ha estado hospitalizado (sábanas, mantas, pijamas, etc.)?  
 Muy buena     Buena     Regular     Mala     Muy mala
9. Cuando necesitó ayuda por parte del personal Auxiliar de Enfermería, ¿la recibió a tiempo?  
 Siempre     Casi siempre     Casi nunca     Nunca
10. ¿Qué opina sobre el tiempo que el personal Auxiliar de Enfermería le dedicó durante su hospitalización?  
 Muy adecuado     Adecuado     Poco adecuado     Nada adecuado
11. Cuando recibió cuidados (aseo, alimentación, movilidad) durante su estancia, considera la información que recibió:  
 Muy buena     Buena     Regular     Escasa     Nula
12. En los momentos más angustiosos de su estancia en esta unidad, se sintió usted acompañado, seguro, y tranquilo:  
 Siempre     Casi siempre     Casi nunca     Nunca
13. En general, observó inseguridad o dudas en el trabajo diario del personal Auxiliar de Enfermería:  
 Nunca     Casi nunca     Casi siempre     Siempre
14. El personal Auxiliar de Enfermería mostraba interés por resolver los problemas que les planteaba:  
 Siempre     Casi siempre     Casi nunca     Nunca
15. ¿Se sintió respetado en su intimidad?  
 Siempre     Casi siempre     Casi nunca     Nunca
16. Los Auxiliares de Enfermería utilizaban los medios adecuados para preservar su intimidad cuando le atendían:  
 Siempre     Casi siempre     Casi nunca     Nunca
17. ¿Los Auxiliares de Enfermería se dirigían a usted por su nombre?  
 Siempre     Casi siempre     Casi nunca     Nunca
18. ¿Qué pensaba cuando los Auxiliares de Enfermería se dirigían a usted por su nombre y no por el número de cama que ocupaba?  
 Muy adecuado     Adecuado     Poco adecuado     Nada adecuado
19. En general. ¿Quedó satisfecho con el trato recibido por los Auxiliares de Enfermería durante su estancia en el hospital?  
 Muy satisfecho     Satisfecho     Poco satisfecho     Nada satisfecho
20. Si tuviera que aconsejar a un familiar o conocido la Unidad de Coronarias de este hospital, la calificaría como:  
 Muy buena     Buena     Regular     Mala     Muy mala
21. ¿Qué aspectos positivos destacaría de la atención recibida de los Auxiliares de Enfermería?

22. ¿Qué aspectos negativos cambiaría del cuidado recibido por parte de los Auxiliares de Enfermería?

.....  
.....  
.....

Observaciones:

.....

Notas:

.....

Tiempo que se ha tardado en realizar esta encuesta:

.....

## ANEXO II

### Normas para la realización de las encuestas

#### 1. Criterios de inclusión

Los pacientes han de cumplir los siguientes requisitos:

1. Al menos 48 horas de hospitalización.
2. Más de 18 años.
3. No padecer enfermedad mental ni algún tipo de deficiencia, así como enajenación transitoria (desorientación en tiempo o espacio).
4. No ser personal del centro o familiar.

#### 2. Normas para el personal que realiza la entrevista

1. A ser posible, la encuesta se realizará cuando se tenga noticias del posible alta del paciente.
2. Presentación: la persona que vaya a realizar la entrevista se presentará en caso de que no haya atendido al paciente con anterioridad.
3. Le presentará la encuesta y le explicará la razón de dicha encuesta:
  - Explicándole que es un estudio para mejorar la calidad asistencial.
  - Que la encuesta es totalmente anónima.

- Que al final deberá depositar el sobre con la encuesta en una urna cerrada.
  - Si lo desea, se le dejará la encuesta para que él la conteste preguntando aquello que le cree dudas o no entienda.
  - Esta última opción se ofrecerá a aquellos pacientes en quienes observe un nivel adecuado para la realización de la encuesta.
4. Pedirle si quiere colaborar en dicha encuesta, comunicándole que nadie está obligado a ello.
  5. Que conteste a aquello que crea sin temor a ningún tipo de represalia ni coacción; y si en algún momento de la entrevista quiere dejarlo, tiene libertad para hacerlo.

## BIBLIOGRAFÍA

- Cabrero García, J. y cols.** "Satisfacción del paciente hospitalizado y recién dado de alta". *Enfermería Clínica*, vol. 5, núm. 5 (febrero-marzo 1993).
- Del Barrio, M. y cols.** "Pacientes con trasplante hepático; su experiencia en cuidados intensivos. Estudio fenomenológico". *Enfermería Intensiva* 2001; 12 (3); 135, 145.
- Donabedian, A.** "Garantía de Calidad en la atención de salud en el papel del consumidor" (1992: 1: 247-251). *Calidad Asistencial* 2001; 16; 5; 102-106.
- García Fernández F.P. y cols.** "Construcción y validación de un cuestionario para valorar la satisfacción de los usuarios de cirugía mayor ambulatoria". *Enfermería Clínica*, vol. 11, 4 (27 de noviembre de 2000).
- Mira, J. y cols.** "Calidad del servicio hospitalario percibida por clientes potenciales y reales". *Calidad Asistencial* 1996: 11; 208-214 (31 de julio 1996).
- "La satisfacción del paciente: concepto y aspectos metodológicos". *Revista de Psicología de la Salud*, 4 (1): 1992 (enero de 1992).
- "Semejanzas y diferencias entre satisfacción y calidad percibida". *Calidad Asistencial* 2000; 15; 36; 42 (20 de enero de 2003).
- Rodríguez Legido.** "La medida de la satisfacción con la atención en salud". Andalucía 1984-1992 (revisión 20 de febrero de 1995). *Gaceta Sanitaria*, 1995; 50 vol. 9.



# Técnicas de trabajo del Auxiliar de Enfermería en las quemaduras

ROSA D. NÚÑEZ PÉREZ, M<sup>a</sup> ÁNGELES BÚRDALO LUMBRERAS  
Y M<sup>a</sup> DEL CARMEN REY RODRÍGUEZ

*Complejo Hospitalario Ntra. Sra. de la Montaña  
Unidad de Cirugía Plástica, Cáceres*

## **INTRODUCCIÓN**

La Unidad de Cirugía Plástica y Reparadora de Cáceres es el único punto de referencia de toda la autonomía extremeña, con una población de 1.073.815 habitantes.

Este servicio atiende a pacientes con un 20% de superficie corporal quemada; si dicho porcentaje es superior, son derivados a otros centros de referencia, habitualmente a La Paz o a Getafe, en Madrid, puesto que nuestra unidad no está equipada con los medios técnicos y físicos que requieren los pacientes con más de un 25% de superficie corporal quemada.

El trabajo diario del Auxiliar Técnico en esta unidad es destacado y directo en la higiene y profilaxis de las lesiones. En general, existe un desconocimiento de los pasos que se deben seguir frente a un paciente quemado, por parte

de los profesionales sanitarios y no sanitarios.

La información y divulgación de estas normas serán lo mejor para poder actuar con eficacia y rapidez en algunas lesiones, leves o moderadas de poca extensión, desde los centros ambulatorios. Así se ahorrarán recursos humanos y económicos evitando el ingreso.

Concienciar a los pacientes de la importancia de la profilaxis, el reparo y la postura funcional, es esencial para la mejora y más pronta recuperación en estos accidentes.

## **DEFINICIÓN DE QUEMADURA**

Es una lesión de los tejidos corporales, causados por agentes físicos, químicos o eléctricos.

## **TIPOLOGÍA**

### **Clasificación según su profundidad**

#### **Quemaduras de primer grado**

- Características
  - Congestión y edema
  - Ligero dolor
  - No secuelas
- Zona afectada
  - Epidermis
- Cura sin cirugía

#### **Quemaduras de segundo grado**

*De segundo grado superficiales*

- Características
  - Lecho rosado
  - Muy dolorosas
- Zona afectada
  - Dérmicas o subdérmicas

**TABLA 1: CLASIFICACIÓN SEGÚN SU EXTENSIÓN, PROFUNDIDAD Y EDAD DEL PACIENTE QUEMADO**

Gravedad	Dérmicas	Subdérmicas
Críticas	>25% SCQ adultos >20% SCQ niños	>10% SCQ
Graves	15 a 25% SCQ adultos 10 a 20% SCQ niños	2 a 10% SCQ
Leves	<15% SCQ adultos <10% SCQ niños	2% SCQ

*De segundo grado profundas*

- Características
  - Ampollas (rotas)
  - Lecho rojo oscuro
- Zona afectada
  - Dérmicas o subdérmicas

**Quemaduras de tercer grado**

*De tercer grado superficiales*

- Características
  - Secuelas queloides
- Zona afectada
  - Subdérmico
- Curas con cirugía

**Clasificación según su extensión, profundidad y edad del paciente quemado**

(ver tabla 1)

**Reglas para medir su extensión**

**Regla del 9**

Consiste en dividir el cuerpo en una serie de regiones, cuyo tanto por ciento es 9 o múltiplo de 9.

- Cara y cuello ..... 9
- Cada brazo ..... 9
- Cara anterior y posterior del tronco .....18  
respectivamente
- Cada miembro inferior, incluido el pie ..... 18  
respectivamente
- Periné ..... 1

Esta regla no tiene en cuenta la variación de la edad.

**Regla de la palma de la mano**

La superficie de la palma de la mano, incluidos los dedos, equivale al 1% de la superficie corporal, el número de veces que apliquemos la medida de la mano (del paciente) sobre la superficie nos dará el porcentaje de superficie corporal quemada. Es la más fiable en niños.

**Agentes causantes**

- *Exposición solar:* quemaduras epidérmicas y dérmicas superficiales.
- *Escaldadura:* quemaduras dérmicas superficiales y/o dérmicas profundas.
- *Llama:* quemaduras dérmicas profundas y subdérmicas.
- *Explosión:* lesiones dérmicas profundas y subdérmicas.
- *Contacto:* son quemaduras dérmicas profundas y subdérmicas.
- *Químicas:* quemaduras dérmicas profundas y subdérmicas.
- *Lumbre baja:* quemaduras dérmicas profundas y subdérmicas.

**Factores que agravan las quemaduras**

- *Edad del paciente:* en personas de mayor edad empeoran de forma considerable.



- *Mayor extensión:* cuanto mayor sea el área quemada, peor pronóstico.
- *Por la profundidad:* a mayor profundidad, más críticas. La profundidad de las quemaduras puede variar a los 2 o 3 días de evolución. Las quemaduras son evolutivas por naturaleza.
- *Causas de las quemaduras:* las eléctricas, sobre todo las de alto voltaje, son las más graves.
- *Afectación de las vías respiratorias:* la aspiración de humos y otras sustancias en combustión en un lugar cerrado puede originar un cuadro de extrema gravedad (edema pulmonar).
- *Patologías previas:* enfermedades previas al accidente.
- *Localización:* por su localización necesitan atención inmediata, como en cara, cráneo, cuello, axilas o articulaciones.

### **CUIDADOS ESPECÍFICOS DEL TÉCNICO AUXILIAR AL PACIENTE QUEMADO**

El paciente quemado entra por el servicio de urgencias, allí se realizan los primeros auxilios, comenzando el tratamiento general y local. Se valora, según el porcentaje de superficie corporal quemada o la zona afectada, su traslado a centros de referencia (UTQ), o el ingreso en la unidad de nuestro hospital.

#### **Tratamiento al paciente quemado ingresado en la unidad**

- Colocamos al paciente en habitación individual, procurando mantener un nivel de temperatura idónea para que no sienta frío. El aislamiento es importante por la profilaxis y para evitar el riesgo de infecciones.

- Dependiendo de las zonas afectadas, se acomoda al paciente con posturas funcionales en los miembros afectados, con el fin de evitar futuras secuelas.

#### **Colocación postural del paciente en la cama**

Para evitar edemas y prevenir deformidades, la postura del paciente en la cama debe ser la siguiente:

- *Cabeza, cara anterior del tórax y abdomen:* cabecero elevado decúbito supino.
- *Cuello:* cabecero elevado, hiperextensión, decúbito supino.
- *Cara posterior del tórax:* decúbito prono o lateral.
- *Brazos:* elevados con ayuda de almohadas, colgados con vendas especiales.
- *Piernas (incluido el pie):* hiperextensión o flexión dependiendo de la zona. Piccero elevado o con ayuda de féculas de *brown* o almohadas.

Cualquier miembro afectado debe tener la mínima o ninguna presión por rozamiento, para evitar la profundización de las quemaduras. Ha de elevarse con ayuda de mecanismos para favorecer la circulación de retorno (venosa).

#### **Control de constantes**

- Temperatura
- Tensión
- O<sub>2</sub>
- Diuresis: pautas normales
  - Adultos: Quemados no eléctricos: de 40 a 50 cc/h  
 Quemados eléctricos: de 80 a 100 cc/h
  - Niños: De 20 a 25 cc/h

#### **Dieta**

En la tabla 2 podemos apreciar las necesidades nutricionales de los adultos con quemaduras graves.

La dieta debe ser hiperproteica, hipercalórica, rica en vitamina principalmente C, complejo B y K, hierro si hay anemia y abundantes líquidos.

#### **Profilaxis e higiene en el paciente quemado**

Generalmente, la higiene y la cura de las lesiones se realizan en la habitación en la que el enfermo se encuentra, excepto cuando pautan duchas de arrastre, en cuyo caso la profilaxis e higiene se hace en la bañera de la habitación.

Siempre prepararemos un campo estéril con el material que vamos a utilizar y nos ayudaremos

**TABLA 2: NECESIDADES NUTRICIONALES DE LOS ADULTOS CON QUEMADURAS GRAVES**

Nutrientes	Necesidades diarias	
	Normal	Después de quemaduras
Proteínas	0,8 g/kg peso	2 a 4 g/kg del peso previo a la quemadura
Calorías	1.700 a 3.000	3.500 a 5.000
Vitamina C	45 mg	1 a 2 g
Vitaminas complejo B		5 a 10 veces superior a lo normal

de otro técnico circulante que nos dispensará lo que necesitemos. Dispondremos de bañera para facilitar la higiene completa, tanto de las partes sanas como de las lesionadas.

#### Material necesario en la ducha de arrastre

<i>Estéril</i>	<i>No estéril</i>
• Bata	• Toallas
• Paños	• Sueros
• Sábanas	• Antisépticos jabonosos
• Guantes	• Protectores impermeables
• Compresas	
• Gasas	

#### Proceso de la ducha de arrastre

- Preparación de la temperatura del agua de 36,5 a 37,5° C.
- Retirada de vendajes.
- Higiene y rasurado con agua y jabón de las zonas adyacentes, para favorecer la asepsia de las zonas lesionadas.
- Las zonas lesionadas se lavan suavemente con agua y antisépticos jabonosos, con dirección circular en las mismas y de fuera hacia dentro, eliminando cuerpos extraños y epitelio desvitalizado, evitando así la proliferación de gérmenes.

- Se secan las zonas afectadas con compresas estériles y las sanas, con toallas.
- Se cubren las zonas afectadas con compresas o gasas empapadas en solución salina y se envuelven a su vez con paño estéril. Al paciente se le arroja con sábana estéril o toalla.
- Por último, se traslada al paciente a la cama para continuar con el tratamiento tópico.

### CURAS

#### Realización de las curas en las cuales colabora el Técnico Auxiliar

Habitualmente, las curas se realizan con el enfermo postrado en la cama preparada manteniendo el campo estéril.

Allí se trasladan los medios físicos y el equipo multiprofesional del que disponemos: ATS, Técnico Auxiliar, celador, etc.

En este proceso de tratamiento tópico debe estar un profesional de limpio, otro circulante y un tercero para movilizar al paciente.

Los carros de curas han de equiparse con todo el material necesario para trasladarlos al lugar en donde se necesiten.

Las curas se efectúan siempre bajo pauta facultativa, pudiendo hacerse en diferente intervalo de tiempo:

- Cada 12 horas.
- Cada 24 horas.
- Cada 48 horas.

#### Tipos de curas

Las clases de curas, según el tipo de quemadura, son las siguientes:

#### Expositiva

Exposición al aire de la zona quemada. Se utilizan en lesiones epidérmicas.

- *Ventajas*
  - Vigilancia directa de la lesión.
  - Eliminación de malos olores.
  - Comodidad para el paciente.
- *Inconvenientes*
  - Piel seca y tirante.
  - Profundización de las quemaduras.

#### Oclusiva

La herida se aísla del medio ambiente por medio de vendajes. Se utiliza en quemaduras dérmicas y subdérmicas.

- *Ventajas*
  - Aislamiento ambiental.
  - Vendajes para favorecer la circulación de retorno.
- *Inconvenientes*
  - Acúmulo de exudado.
  - Malos olores.
  - Peor control de la lesión.

#### Colocación de vendajes

Dependiendo de la zona donde se encuentre la lesión, se colocarán favoreciendo la funcionalidad, para prevenir posteriores deformidades y contracturas, aprovechando las curas para movilizar las articulaciones.

#### Posturas funcionales de los vendajes

- *En hiperextensión*
  - Palma de la mano.
  - Cuello.
  - Cara anterior del codo.
  - Hueco poplíteo.
- *En flexión*
  - Dorso de la mano (mano de boxeador).
  - Codo en flexión 60°.
  - Cara anterior de la rodilla 30°.



## **INFECCIONES EN QUEMADOS**

La infección en un quemado puede ser causa de mortalidad.

### **Clasificación de las infecciones**

- *Infección no invasiva*: se localiza en la lesión.
- *Infección invasiva*: proviene de la escara, produciendo la invasión de tejidos más profundos.

Los principales agentes patógenos que causan estas infecciones provienen del personal sanitario y del propio quemado. Por ello, una buena disciplina y constancia en la profilaxis podrá prevenir estos riesgos de infección.

### **Profilaxis de las infecciones**

- Terapia antibiótica profiláctica.
- Aislamiento del paciente quemado.
- Utilización por parte del personal sanitario de ropas y guantes estériles.
- Lavado de manos antes y después de las curas.
- Buena nutrición del paciente.

## **SECUELAS, TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN**

*Secuelas*: "alteración objetiva, funcional fisiológica o simplemente estética, ocurrida tras la resolución total de la lesión".

La importancia de las secuelas es directamente proporcional a la profundidad y extensión de la quemadura.

Las secuelas pueden ser: estéticas, funcionales y psicológicas.

### **Secuelas estéticas**

Toda quemadura profunda, haya sido intervenida o no, puede dejar secuelas estéticas.

### **Secuelas funcionales**

Comprenden las alteraciones sobre la movilidad o función fisiológica de un segmento corporal u órgano. Es decir, serían las secuelas producidas en pliegues axilares, inguinales, áreas flexoras, cuello, mano, pies, genitales y mamas. Al término de la curación de estas lesiones aparece la fibrosis cicatricial (retracciones, bridas sinequias, queloides, adherencias tendinosas, rigideces articulares), que será mayor o menor en función de la profundidad de la quemadura.

Estas secuelas están influenciadas por los siguientes factores:

- Calidad de la piel.
- Raza.
- Edad.
- Factores hormonales y metabólicos.

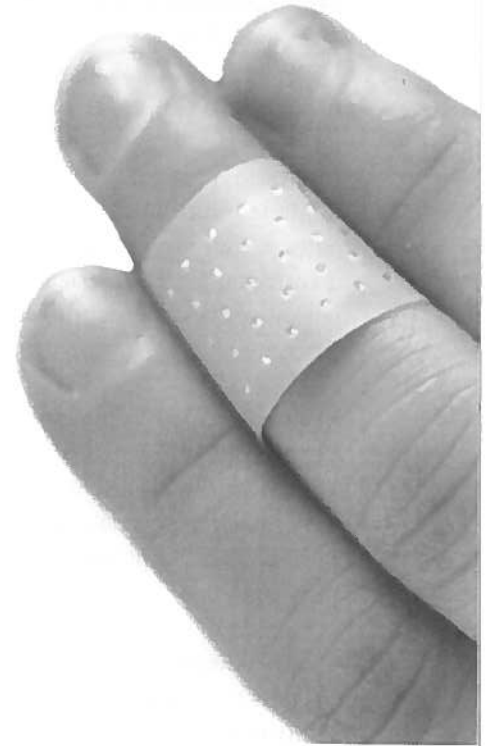
La no iniciación inmediata de un tratamiento postural y la movilización activa o pasiva, conlleva en casi todas las circunstancias la aparición de alteraciones funcionales, con la consiguiente y penosa recuperación.

### **Secuelas psíquicas**

Estos trastornos psicológicos se manifiestan desde el primer momento que sufre la lesión con miedo y temor permanente.

Al quinto y sexto día este temor es sustituido por un periodo de euforia.

A continuación entra en una fase depresiva, donde aparece:



- Sentimiento de culpa.
- Miedo al rechazo social y familiar.
- Preocupación por secuelas.

Llegando al deseado momento del alta, se desencadena un sentimiento de angustia.

Todo esto hace que el paciente, desde su ingreso hasta su recuperación, necesite un soporte psicológico especial.

Esta ayuda va a provenir en primera instancia de:

- Entorno sanitario.
- Entorno familiar.

En fases posteriores del servicio de:

- Rehabilitación.
- Psiquiatría.
- Asistencia social.
- Sobre todo en su círculo más íntimo de familiares y amigos.

El apoyo del personal sanitario es importante, porque a través de nosotros toma contacto con la realidad.

## RECOMENDACIONES AL ALTA

### Cuidados de la piel

#### Piel cicatrizada totalmente

Higiene e hidratación; será obligatoria diariamente la ducha de arrastre en áreas cicatrizadas con jabón neutro, siguiendo el proceso:

- Enjuagar bien la piel mediante el lavado.
- Secar minuciosamente.
- Hidratación con cualquier crema.
- No aplicar crema en las lesiones abiertas.

#### Piel no cicatrizada

- Curas en consulta, no tocar los apósitos.
- Curas en casa:
  - Mojar bien los apósitos.
  - Extremar el lavado de manos de las personas que realicen la cura.
  - Lavar la herida con jabón antiséptico.
  - Secar con gasas estériles.

- Aplicar la pomada indicada.
- Cubrir con gasas estériles y sujetar con vendas o mallas.

### Precauciones

#### Sol

- No exponer las quemaduras al sol durante dos años, aproximadamente. La discromía, secuela frecuente en este tipo de lesiones, se ve acentuada por la exposición solar.
- Utilizar siempre crema de protección solar superior al 15%.

#### Ropa

- Utilizar ropa amplia y de tejidos naturales (algodón, lana, etc.).
- Lavar la ropa con jabón neutro. Aclararla dos veces. No utilizar suavizante.

## CONCLUSIONES

Uno de los objetivos esenciales de enfermería es que el paciente quemado, al alta, sea capaz de cuidarse por sí mismo.

- Conocer los planes para una alimentación rica en proteínas, calorías, vitaminas, etc.
- Demostrar que sabe cómo cuidarse la lesión.
- Conocer los ejercicios preventivos de la retracción.
- Conocer los cuidados óptimos de la piel.
- Describir los planes para reiniciar las actividades previas a la lesión (actividades sociales y laborales).

Creemos que es importante dar a conocer las medidas y tratamiento que se deben aplicar a un paciente quemado y consideramos que hay que sensibilizar a la sociedad de que en el quemado, después de su curación física, las secuelas psicológicas y funcionales se mantienen durante mucho tiempo.

*“El precio de una quemadura referido en términos de sufrimiento humano y en pérdida de utilidad social es inestimable.”*

(Vidal García)

## BIBLIOGRAFÍA

- Vidal García Torres.** *Quemados. Tratamiento de urgencias.* Ed. Duphar.
- Ángel Martínez Sahuguillo.** *Actualización 1º y 2º curso sobre urgencias en Cirugía Plástica y Quemaduras.* Ed. Duphar.
- Trabajos inéditos de nuestra Unidad de Cirugía Plástica y Reparadora de Cáceres.**

# Lesiones potenciales y reales en la colocación del paciente quirúrgico en cirugía ortopédica y traumatología

ROSALÍA RODRÍGUEZ Y LUISA ARELLANO

*Auxiliares de Enfermería. Bloque Quirúrgico  
Fundación Althaia. Xarxa Assistencial de Manresa*

La posición de un paciente para un procedimiento quirúrgico es a menudo un punto intermedio entre lo que puede tolerar el paciente anestesiado y lo que requiere el equipo quirúrgico. La colocación en una posición correcta es un aspecto primordial dentro de los cuidados de enfermería, lo que requiere de unos conocimientos anatomofisiológicos, así como disponer de material y equipos necesarios para conseguir lo óptimo en cualquier procedimiento quirúrgico. Debemos conseguir una posición quirúrgica planeada y adaptada a la tolerancia del paciente, lo que requiere de un equipo de trabajo cuidadoso y cantidad suficiente de personal para garantizar un manejo apropiado, siendo prudente que el cirujano responsable esté presente y participe, ya que si no se realiza una correcta posición y movilización podemos causar al paciente una lesión secundaria.

## **OBJETIVOS**

Actuar de forma preventiva sobre el potencial de riesgos del enfermo en el bloque quirúrgico.

- Evitar posibles lesiones por una incorrecta colocación del paciente (posiciones no anatómicas).
- Informar y sensibilizar a todos los profesionales sanitarios de algunas de las posiciones a las que

están sometidos los pacientes en las diferentes intervenciones, y así entender y detectar posibles molestias que puedan presentar.

- Consensuar, con todo el personal del bloque quirúrgico, la posición correcta del paciente, dependiendo de la intervención que se vaya a realizar.
- La seguridad y el bienestar del paciente es nuestro objetivo principal.

## **ASPECTOS PRIMORDIALES DE LAS POSICIONES QUIRÚRGICAS**

### **Posición de decúbito supino o dorsal**

El paciente está acostado sobre la parte dorsal en la mesa quirúrgica, con la cabeza mirando hacia el techo.

### Complicaciones más frecuentes

- *Respiratoria.* En la posición supina, las vísceras abdominales móviles gravitan hacia la pared dorsal y presionan las partes dorsales del diafragma, lo que puede causar una mala ventilación del paciente.
- *Reacciones en puntos de presión.* Las prominencias óseas que sostienen peso pueden producir necrosis isquémicas del tejido que las cubre; los talones, codos y sacro poseen especial vulnerabilidad.
- *Lesiones del plexo braquial.* Las abrazaderas para el hombro, ajustadas contra la base del cuello, pueden comprimir y lesionar las raíces del plexo braquial, se consideran menos dañinas cuando se colocan en sentido más lateral sobre la articulación acromioclavicular.
- *Traumatismo axilar por la cabeza de húmero.* La abducción excesiva del brazo en una tabla puede empujar la cabeza del húmero contra el paquete neurovascular de la axila, de la misma forma los vasos pueden comprimirse u ocluirse.
- *Compresión del nervio radial.* Debido a la compresión en un punto de la cara lateral del brazo del nervio contra el hueso subyacente.
- *Nervio cubital a altura del codo y muñeca.* Cuando el brazo descansa sobre el codo flexionado con el antebrazo sobre el tronco. O cuando se encuentra en abducción sobre una tabla y con la mano en pronación.
- *Dolor de espalda.* Por la relajación ligamentosa que ocurre con la anestesia, debido a la pérdida de curvatura lumbar.
- *Síndrome de compartimento.* Por obstrucción vascular de los principales vasos de la pierna por

separadores intrapélvicos, por flexión excesiva de las rodillas o caderas, o por presión excesiva en el hueco poplíteo. También puede ser debido por compresión externa de la extremidad elevada por vendajes de la pierna demasiado ajustados.

- *Lesión por aplastamiento perianal.* Cuando el paciente está posicionado en una mesa para fracturas debido a la reparación de un fémur fracturado, se somete a inmovilización de la pelvis mediante un poste vertical en el perineo, mientras el pie de la extremidad lesionada se fija a un descanso móvil. A menos que el poste esté bien acojinado, puede ejercerse una presión intensa sobre la pelvis y es posible causar daño a los genitales y nervios pudendos. La posición correcta del poste es contra la pelvis, entre los genitales y la extremidad ilesa.

### Posición en Trendelemburg

Es una variante del decúbito supino, se inclina el paciente con la cabeza hacia abajo, la inclinación que se aplica actualmente en la mayoría de los quirófanos en intervenciones de Traumatología es de unos 10 a 15° aproximadamente. Al regresar al paciente a la posición horizontal puede producirse hipotensión postural.

### Complicaciones más frecuentes

Además de las descritas en decúbito supino:

- *Cabeza.* La inclinación de la cabeza hacia abajo favorece el retorno venoso de las extremidades inferiores, pero propicia la vasodilatación refleja, congestiona los vasos en los vértices

pulmonares mal ventilados y aumenta el volumen intracraneal. La elevación de la cabeza aparta las vísceras del diafragma y mejora la ventilación de los vasos pulmonares.

- *Compromiso del espacio retroclavicular.* Cuando se mueve el hombro en sentido dorsal o si se desliza en posición de Trendelemburg mientras el hombro está anclado por abrazaderas a nivel de la cadera, el paquete neurovascular subclavio puede comprimirse y lesionar sus estructuras.

### Posición en silla de barbero

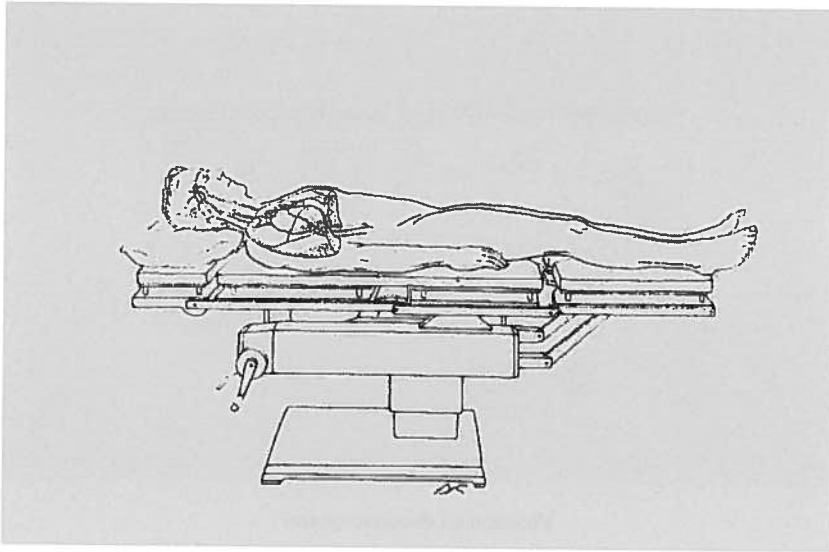
Se utiliza para operaciones alrededor de la articulación del hombro, y se coloca al paciente en posición semisupina con la cabeza elevada, con el tronco girado hacia el hombro no quirúrgico y sostenido con un cojín. La parte superior del tronco se mueve en sentido lateral hasta que el hombro quirúrgico elevado se extiende de tal forma que las caderas queden sobre la mesa, el hombro quirúrgico se encuentre fuera y arriba del borde de la mesa y la cabeza descansa en una almohada.

### Complicaciones más frecuentes

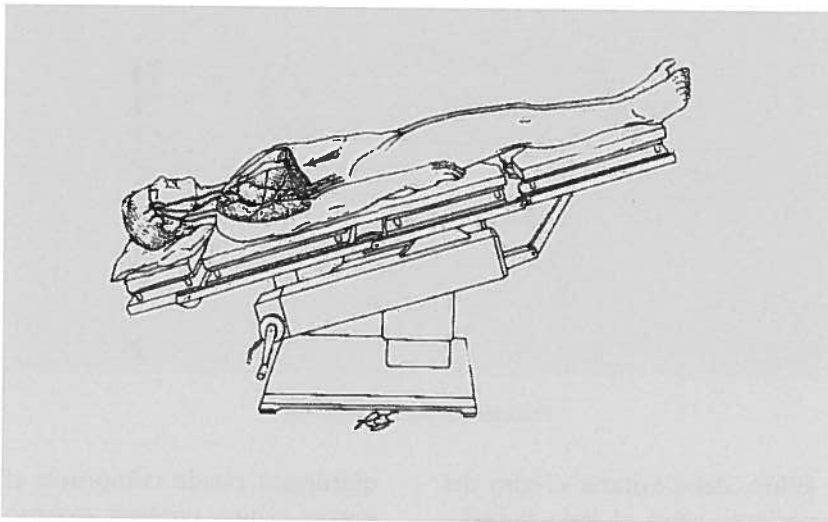
Además de las ya descritas:

- *Neumocefalia.* Cuando se realiza una buena incisión a través de un paciente sentado, el líquido cefalorraquídeo drena hacia abajo y sale por la herida y la retracción del tejido puede permitir que el aire en burbujas suba sobre las superficies del cerebro para quedar atrapadas en las partes altas del cráneo.
- *Lesión del nervio ciático.* Las lesiones por estiramiento del nervio

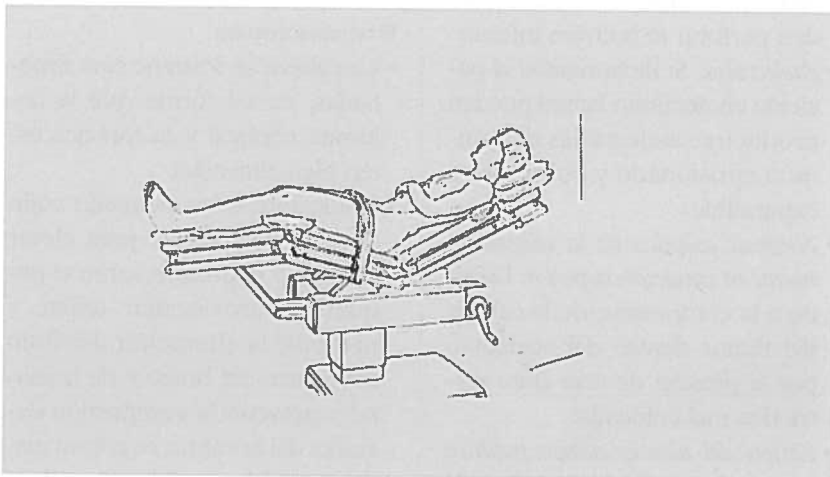




Posición de decúbito supino o dorsal



Posición en Trendelenburg



Posición en silla de barbero

ciático pueden producirse en algunos pacientes sentados si las caderas se flexionan mucho sin doblar las rodillas. La compresión prolongada del nervio a la altura de su salida de la pelvis es probable en un paciente delgado y sentado, cuando no se añade acojinamiento suficiente en las nalgas.

#### Precauciones

Como medida profiláctica de rutina:

- Los brazos se acojinan cómodamente a los lados del tronco o se abducen sobre soportes, evitando no forzar demasiado.
- Proteger también los puntos óseos de contacto, occipital, codos y talones, sobre todo si el paciente es delgado.
- Las articulaciones de caderas y rodillas en posición neutra no es tolerable durante mucho tiempo por un paciente despierto, por lo que habrá que colocar algún cojín bajo estas articulaciones, sobre todo cuando la intervención es duradera.
- En la posición semisupina y en caso de necesitar tener el brazo en posición elevada debe sujetarse en una barra de sostén, debe estar bien protegida y debe sostenerse con cuidado para no dañar el paquete neurovascular braquial y axilar.

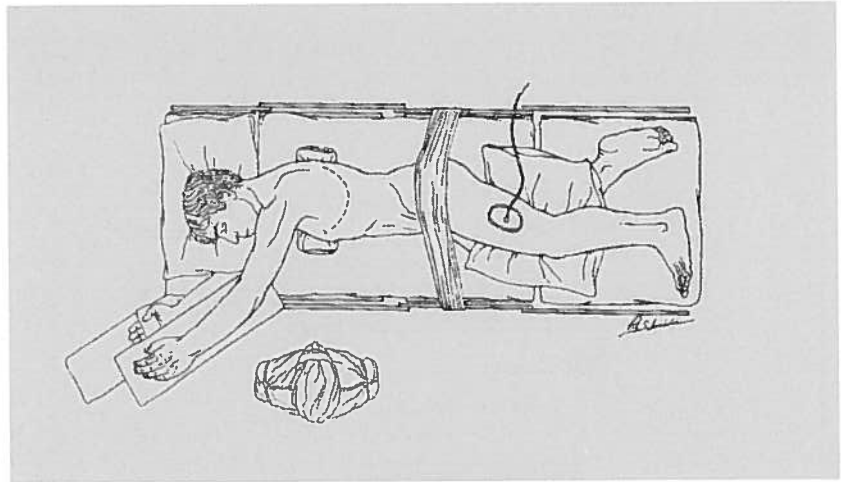
#### Posición en decúbito lateral

- El paciente se gira sobre un lado del tronco y se estabiliza con la flexión del muslo inferior hasta casi 90° con respecto al tronco, para prevenir el giro accidental hacia la posición supina o prona. El muslo y la pierna superiores se extienden cómodamente. Se puede estabilizar al paciente con soportes laterales o por medio

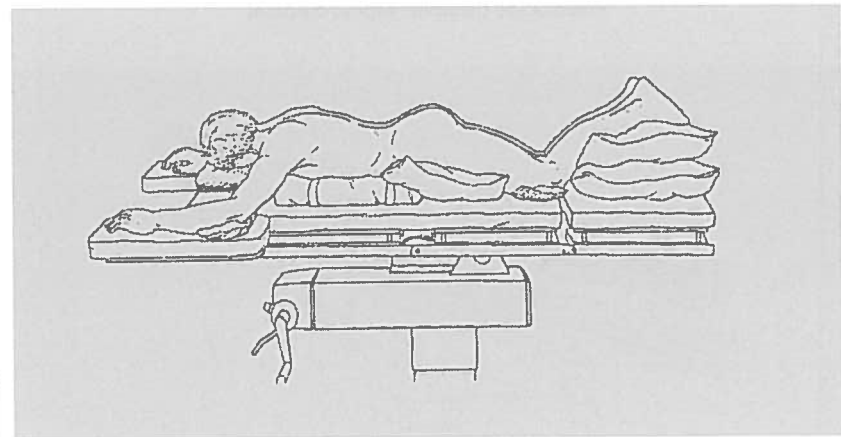
de una cinta de inmovilización sobre la cadera, fijados a la cara inferior de la mesa, pasándola entre la cresta ilíaca y la cabeza del fémur.

### Complicaciones más frecuentes

- *Ojos y orejas.* Las complicaciones del ojo inferior son poco probables si la cabeza se sostiene en forma correcta. En cambio, si el paciente gira la cara hacia el colchón se puede dañar el cristalino por la presión directa sobre el globo ocular. El peso de la cabeza puede presionar la oreja inferior contra una superficie que, si no está bien protegida, puede ocasionar contusión en la oreja (debe palparse siempre para constatar que no se dobló al colocar los soportes bajo la cabeza).
- *Lesión del nervio supraescapular.* La circulación ventral del hombro desplaza la escápula y puede estirar el nervio supraclavicular y producir dolor difuso, sordo y problemático del hombro.
- *Nervio torácico largo.* Una almohada dura en la cabeza, presionada con firmeza contra el estrecho torácico inferior, puede causar traumatismo del nervio torácico largo o de la raíz del plexo braquial.
- *Síndrome de compartimento de la extremidad superior en declive.* El tórax de un paciente lateralizado debe elevarse lo suficiente respecto de la superficie de la mesa con acojinamiento para liberar el hombro inferior de la compresión medial, con la precaución de que ésta no sea duro para presionar la extremidad en declive y no comprometer la circulación. De igual modo, el deslizamiento gradual del paciente puede ejercer mayor tensión en la extremidad superior.
- *Tórax inestable.* Cuando el tórax es inestable, producido por alguna



Posición en decúbito lateral



Posición en decúbito prono

lesión, debe evitarse el giro del paciente hacia el lado dañado, ya que los extremos agudos de las costillas fracturadas, desplazadas por el peso del tórax, pueden perforar el pulmón inferior.

- *Atelectasia.* Si flexionamos al paciente en decúbito lateral pueden producirse atelectasias del pulmón aprisionado y pobremente expandible.
- *Necrosis aséptica de la cabeza femoral en situación superior.* Debido a la compresión de la cabeza del fémur dentro del acetábulo por la presión de una cinta restrictiva mal colocada.
- *Lesión del nervio ciático poplíteo externo.* La presión por el peso de la rodilla inferior contra la mesa

quirúrgica puede comprimir el nervio ciático poplíteo externo en su trayecto lateral alrededor del cuello del peroné.

### Precauciones

- La cabeza se sostiene con almohadas, de tal forma que la columna cervical y la torácica estén bien alineadas.
- Colocaremos un pequeño cojín de grosor suficiente para elevar el tórax y la presión sobre el paquete neurovascular axilar y prevenir la alteración del flujo sanguíneo del brazo y de la mano y prevenir la compresión excesiva del hombro; se coloca justo en sentido caudal y fuera de la axila inferior.

- La flexión marcada de las extremidades inferiores a la altura de las rodillas y caderas puede obstruir en forma parcial o completa el retorno venoso a la vena cava inferior. Para combatir el estancamiento venoso es aconsejable envolver las piernas y muslos con vendajes compresivos. Se colocan almohadas entre ambas extremidades inferiores para evitar el daño por compresión del nervio ciático poplíteo por el peso de las piernas.
- Los brazos pueden extenderse en sentido ventral e inmovilizarlos sobre un soporte acojinado, o como método alternativo, se pueden colocar flexionando cada codo y colocar los brazos sobre acojinamiento suficiente sobre la mesa, frente a la cara del paciente.

### Posición en decúbito prono

- El paciente está acostado sobre la pared abdominal (lo que llamamos vulgarmente boca-abajo).

### Complicaciones más frecuentes:

- *Circulación.* Con el paciente acostado sobre la pared abdominal la presión de las vísceras comprimidas se transmite a la superficie dorsal de la cavidad abdominal. Los vasos mesentéricos y paravertebrales se comprimen, lo que provoca ingurgitación de las venas dentro del conducto raquídeo.
- *Ojos y orejas.* Los ojos deben lubricarse, los párpados se cierran y cada ojo debe protegerse para que los párpados no puedan separarse en forma accidental y se lesione la córnea. El edema conjuntival se produce en el paciente en posición prona si la cabeza está a la altura del corazón o por debajo de éste, si la oreja inferior

se dobla, puede haber lesión del cartilago.

- *Problemas cervicales.* La rotación lateral de la cabeza y cuello de un paciente anestesiado en posición prona puede estirar los músculos esqueléticos y ligamentos relajados, y lesionar las articulaciones de las vértebras cervicales. También puede aparecer dolor cervical postoperatorio y limitación del movimiento.
- *Lesiones del plexo braquial.* Es posible que se produzcan lesiones por estiramiento de las raíces del plexo braquial; en el lado contrario al que se gira la cara cuando el hombro está contralateral se sujeta con firmeza en sentido caudal y la muñeca se inmoviliza. Si un brazo se coloca sobre una tabla como apoyo junto a la cabeza, debe tenerse cuidado para asegurar que la cabeza del húmero no estire y comprima el paquete neurovascular de la axila.
- *Lesiones mamarias.* Las mamas de tamaño promedio de una paciente en posición prona pueden sufrir lesiones en los bordes esternales si se empujan en sentido lateral con los soportes torácicos ventrales. Aparentemente se tolera mejor el desplazamiento medial y cefálico. En caso de prótesis mamaria la presión directa puede romperlas. Los injertos cutáneos tensos sobre mastectomías requieren acojinamiento suave para prevenir la necrosis por presión y la pérdida del injerto durante un procedimiento prolongado.
- *Pared torácica inestable.* Al descansar el peso del tórax sobre el esternón y la caja costal es posible que se desplacen los extremos mellados de las costillas hacia el tejido pulmonar adyacente.
- *Compresión abdominal.* Debido al peso del tronco, puede hacer que las vísceras empujen lo suficiente

el diafragma en sentido cefálico y afectar la ventilación del paciente.

- *Estomas viscerocutáneos.* Los estomas que drenan en sentido visceral a recipientes fijos en la pared abdominal corren el riesgo al descansar sobre el marco o cojín ventral de apoyo. La isquemia compresiva del orificio del estoma puede provocar su desprendimiento.
- *Lesiones en las rodillas.* Los pacientes demasiado pesados o aquellos con alguna alteración en las rodillas pueden sufrir lesiones de estas articulaciones, sobre todo si se utiliza la posición mahometana.

### Precauciones

- Se deben acojinar los hombros, cintura y pelvis para proteger al paciente.
- La cabeza puede girarse a un lado y apoyarla en una almohada para eliminar la presión sobre el ojo y oreja que quedan abajo; debemos tener cuidado al hacer rotación de la cabeza en pronación, ya que causa dolor cervical postoperatorio.
- De la misma forma se deben proteger rodillas y pies.
- En traumatología, para cirugía de columna es frecuente "la posición de rodillas" (conocida también como mahometana). Para ello se usa un soporte con marcos ajustables y estructuras acojinadas con cuatro pilares para liberar el abdomen de la compresión. O en otro caso, colocarlo con los soportes específicos que lleva la mesa quirúrgica para tal fin.

### MANGUITOS HEMOSTÁTICOS

- Se utiliza un manguito hemostático cuando se requiere un campo quirúrgico exangüe, como en la mayoría de cirugías ortopédicas.

- Se coloca a la altura de extremidades superiores o inferiores un manguito neumático.
- Este manguito o torniquete está formado por una bolsa de goma interna cubierta por una capa externa de material sintético. Se conecta a un manómetro manual o una toma de aire medicinal. Todos llevan regulador, el cual nos indica la presión que hemos insuflado.
- Posiciones de uso: brazo, antebrazo, muslo, pantorrilla, dedo.

### Complicaciones del manguito hemostático

Las complicaciones pueden aparecer por un uso inapropiado del manguito. Pueden estar asociadas a fases del uso del torniquete:

- *Exanguinación de la extremidad.*
- *Inflado del torniquete.*
- *Mantenimiento del inflado.*
- *Fallo en el mantenimiento.*
- *Desinflado del torniquete.*
- *Sobrecarga de volumen.* La exanguinación de una extremidad autotransfunde sangre de la circulación periférica a la central. Cuando la reserva cardiaca es pobre, esta carga de volumen no puede tolerarse.
- *Embolia de pulmón.* La evaluación preoperatoria de la trombosis venosa es importante, especialmente cuando están presentes factores de riesgo de trombosis venosa, como en la inmovilización de más de tres días y de traumatismo. La embolia de pulmón se asocia también con el desinflado del manguito.
- *Traumatismo de la piel.* Puede ocurrir un traumatismo secundario a la inadecuada colocación del relleno y manguito. La aplicación floja o con arrugas puede traumatizar la piel por

presión cuando se infla el manguito. Pueden producirse magulladuras, excoriaciones, equimosis y ampollas. Pueden producirse también quemaduras en la piel cuando las soluciones para desinfección de la piel se ponen debajo del manguito.

- *Dolor al torniquete.* El torniquete puede producir dolor en un porcentaje elevado de los pacientes que reciben anestesia regional del brazo o pierna (66%). Una de las explicaciones puede ser el tipo de fibras nerviosas que han sido implicadas en el procedimiento.
- *Lesión arterial.* Puede producirse trombosis arterial por remover placas de la arteria. Debemos tener en cuenta a los pacientes con riesgo arterial.
- *Lesión muscular.* El músculo es más susceptible al daño por isquemia que el nervio, por lo que en un tiempo prolongado de isquemia produce necrosis celular.
- *Cambios tisulares. Edema:* con el desinflado hay una inmediata hinchazón de la extremidad involucrada. Esto no está relacionado con la presión y el tiempo de isquemia.
- *Síndrome post-torniquete:* extremidad pálida, hinchada, rígida pero sin parálisis. Su duración es de una a seis semanas.
- *Hematoma, sangrado.* El sangrado no puede identificarse intraoperatoriamente, por lo que el cierre de la herida antes del desinflado del manguito predispone a la formación de hematoma y/o sangrado.
- *Neurológicos.* El nervio radial es el más comúnmente lesionado en la extremidad superior. Esto es atribuido a la anatomía (cercanía del nervio al hueso con poco tejido interpuesto). Frecuentemente los efectos más sutiles no son diagnosticados.

### Precauciones

- Se deberá proteger la zona con un relleno liso y cómodo para prevenir el traumatismo de la piel. A continuación se envolverá la totalidad del miembro con una venda elástica llamada "smarck" y se insuflará el manguito.
- El paciente puede tolerar el manguito por un período máximo de dos horas; pasado este tiempo, el manguito deberá ser desinflado, ya que el paciente corre peligro de ser lesionado. Después de un corto período de descanso el manguito puede ser reinsuflado. Aunque el tiempo más seguro es el más corto.
- La presión aproximada: medida de presión sanguínea preoperatoria del paciente. Según su presión habitual, inflar el manguito con 50 a 75 mhg. adicionales para el brazo y 75 a 100 para la pierna por encima de la basal.
- Una vez que el torniquete se ha desinflado, quitar inmediatamente el manguito y el relleno de protección para ayudar a disminuir el edema secundario a la obstrucción venosa.
- Soltar intermitentemente con intervalos constantes y frecuentes.
- Tiempo óptimo de desinflado: 10 segundos.

### BISTURÍ ELÉCTRICO

- El bisturí eléctrico es un aparato que nos permite aprovechar y utilizar de forma controlada corrientes eléctricas de elevada intensidad para cortar tejidos o coagular pequeños vasos sanguíneos. La corriente eléctrica de elevada intensidad causa el calentamiento y quemadura de los tejidos, pero para transmitirse debe pasar de un polo positivo a un polo negativo.

- La corriente penetra a través del terminal activo (polo positivo), donde se produce el efecto deseado, recorre al paciente y sale a través de la placa (polo negativo) hasta el generador.

### Precauciones

- No se pueden utilizar las placas dobladas o el cable de la conexión roto o separado. Las placas desechables nunca se deben cortar.
- Que el paciente no lleve crema hidratante, porque de lo contrario la placa no quedaría lo suficientemente fijada a la piel, con lo que podríamos producir quemaduras.
- La placa debe estar siempre en lugar bien vascularizado, próxima a la incisión y lejos de los electrodos.
- Comprobar que la piel no esté en contacto con las superficies metálicas para evitar quemaduras.

### CUIDADOS DENTRO DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA EN LA COLOCACIÓN DEL PACIENTE QUIRÚRGICO

- *Cuidar la seguridad y confort del paciente:*
  - Respetar su intimidad.
  - Prevenir la hipotermia.
  - Movilizar al paciente evitando movimientos bruscos.
- *Respiración:*  
 Para conservar la función respiratoria, evitar la hipoxia y facilitar la ventilación.
- *Circulación sanguínea:*  
 Evitar la oclusión y presión en vasos sanguíneos y periféricos.
- *Nervios periféricos:*  
 Una presión prolongada en los nervios periféricos puede causar pérdida sensitiva y motora leve, incluso parálisis.

- *Piel:*  
 Presión mínima para evitar que el peso que se concentre en las prominencias óseas pueda causar llagas por decúbito, ya que las lesiones por esta causa son más frecuentes de lo que en general se reconoce después de intervenciones que duran más de tres horas.
- *Zona quirúrgica:*  
 Una exposición óptima de la zona operatoria es imprescindible para disminuir el mínimo traumatismo y el tiempo quirúrgico.
- *Anestesia:*  
 Procuraremos, siempre que nos sea posible tener buen acceso para la administración de la anestesia y monitorización, que la vía venosa esté en el lado contrario al que se ha de intervenir.
- *Satisfacer las necesidades del paciente:*
  - Intentando mantener una alineación adecuada.
  - Realizando un plan de curas individualizado a cada paciente.

### ELABORACIÓN DEL PÓSTER

- La colocación del paciente en el bloque quirúrgico, la utilización de manguitos hemostáticos y bisturí eléctrico, es una práctica tan habitual que hace que nuestro trabajo lo realicemos de forma rutinaria y, junto al estrés, puede que a veces nuestras acciones no sean las más correctas en todo momento y que esto pueda provocar alguna lesión secundaria a la intervención.
- Para cumplir los objetivos que nos habíamos marcado los Auxiliares de Enfermería del servicio decidimos realizar un póster en el que se reflejaran las posiciones más habituales y pudieran ser causa de un mayor riesgo. Un Auxiliar de Enfermería del servicio

tomó fotografías de los pacientes ya colocados antes de la intervención (con el previo consentimiento) donde se destacaran los puntos más críticos para conseguir la mejor alineación posible.

- Este trabajo, además de servirnos de guía para todo el personal implicado en el servicio, se entregó en cada unidad asistencial para que, del mismo modo, lo pudieran utilizar como guía para prever y detectar las posibles molestias no relacionadas con la zona intervenida y así ofrecer una información adecuada y precisa.

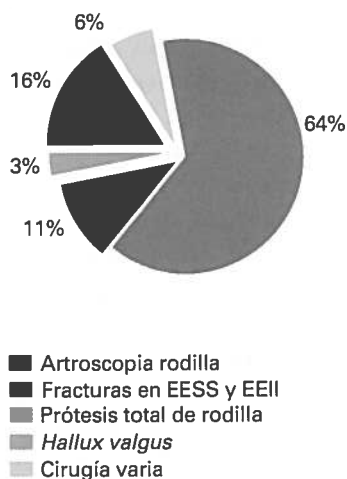
### ELABORACIÓN HOJA DE ESTADÍSTICA

Decidimos realizar una estadística debido a que los registros del quirófano son poco informativos y las estadísticas a cerca de las consecuencias de un posicionamiento incorrecto son escasas. Para ello elaboramos una hoja en la cual se indicaba:

- Datos del paciente.
- Intervención.
- Tiempo de manguito hemostático.
- Posición quirúrgica.
- Posibles lesiones:
  - Quemaduras (por placa de bisturí).
  - Flictenas (por manguito hemostático).
  - Y otras...
- Fecha.

El estudio se llevó a cabo durante tres meses, en intervenciones programadas de Ortopedia y Traumatología, llevando un seguimiento desde su entrada al quirófano, su paso por el servicio

Intervenciones con manguito hemostático de > 1 h. de duración



de Reanimación y por la Unidad de Hospitalización. Por último, una vez dado de alta nos pusimos en contacto con la enfermera de la Sala de Curas para que nos informara si observaba alguna anomalía en la primera cura, por lo que contamos con la colaboración de las compañeras de todos los servicios citados.

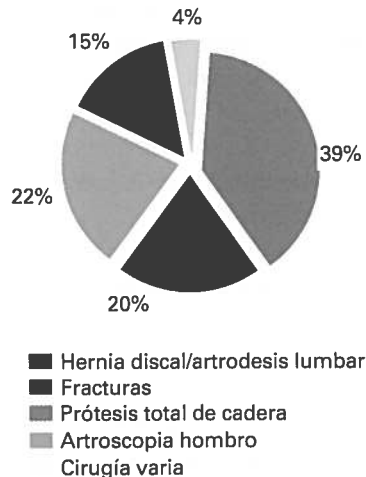
Se realizó el seguimiento a un total de 153 intervenciones, y según los resultados obtenidos se elaboró la estadística. El criterio que seguimos fue:

- Número y tipo de intervención con manguito hemostático de < de 1 hora.
- Número y tipo de intervención con manguito hemostático de > de 1 hora.
- Número y tipo de intervención sin manguito hemostático.
- Resultado de incidencias.

## INCIDENCIAS

- *Fx. Tibia y Peroné*  
En un paciente se observaron flictenas en tobillo debido a los 10 días de evolución de la fractura.

Intervenciones sin utilización del manguito hemostático



- *Fx. Pertrocanterea*  
En un paciente se observó flictenas en testículo por tracción ortopédica y un gran hematoma.
- *Prótesis total cadera*  
En un paciente se observó un pequeño eritema por decúbito.

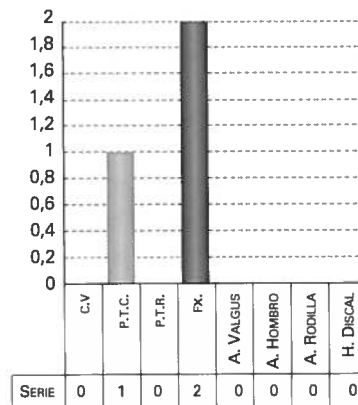
Los resultados finales fueron satisfactorios, teniendo en cuenta que las flictenas de tobillo fueron debidas a los 10 días de evolución de la Fx.

La utilización del manguito hemostático no produjo ninguna lesión, y la placa de bisturí eléctrico ninguna quemadura.

## CONCLUSIONES

Los continuos avances tecnológicos obligan a que el departamento

Resultado de incidencias



quirúrgico y su personal se adaptan a nuevas técnicas y procedimientos que obligan a una formación continuada. La Auxiliar de Enfermería del departamento quirúrgico debe contribuir con su labor a que la calidad de la asistencia prestada al paciente sea la mejor posible.

Nuestra autonomía profesional nos hace responsables de las correctas medidas y del ejercicio de las actividades con el control de calidad que nos requieren. La eficacia del quirófano depende en gran medida de la organización de sus miembros. Cada uno de nosotros conocemos nuestras funciones específicas, cuya finalidad primordial es la atención y seguridad del paciente.

## BIBLIOGRAFÍA

- Barash:** *Anestesia clínica*, 3ª ed. 1999, McGraw-Hill Interamericana.
- Martin J.T.:** *Positioning in Anesthesia and Surgery*, 2ª ed. Philadelphia, WB, Saunders, 1987.
- Dorland's Illustrated Medical Dictionary**, 27ª. ed. Philadelphia, WB Saunders, 1988.
- Kroll D.A., Caplan R.A., Posner K. et al.:** *Nerve injury associated with anesthesia*, Anesthesiology 73202, 1990.

# Riesgos laborales en la enfermería

El pasado mes de mayo se presentó en Madrid el estudio de mercado realizado por la empresa Epistème Plus para AstraZéneca, *Riesgos profesionales del colectivo de enfermería de centros de salud*, cuya pretensión es conducir a una reflexión y concienciación sobre las medidas de protección que deben adoptarse.

se encuentran los contenedores de agujas y los guantes. Sin embargo, la utilización de la jeringa con protector de aguja, cuyo empleo es limitado al estar centralizado para determinados medicamentos, reduciría este riesgo en un 80%, según refleja la encuesta.

El talante altruista y vocacional que caracteriza a la enfermería hace que el personal sanitario no siempre tome las precauciones establecidas, evitando así crear situaciones de desconfianza entre el enfermero y el paciente y, por tanto, anteponiendo el bienestar y seguridad del enfermo al suyo propio. Esta realidad, unida a la experiencia, que transforma el trabajo en algo mecánico, supone un riesgo añadido. Así, por ejemplo, en la visita domiciliaria, al no contar siempre con contenedores de agujas, los enfermeros encapuchan las jeringas después de haberlas utilizado,

momento de mayor riesgo, para posteriormente depositarlas en los contenedores de los centros de salud. Igualmente, se producen situaciones en las que este exceso de confianza hace que no se entiendan como necesarias algunas medidas de protección, como los análisis de prevención tras un pinchazo o corte.

Ante este panorama, los profesionales hacen hincapié en la necesidad de reforzar algunas medidas de protección y seguridad existentes, como incrementar el número de contenedores para agujas en la atención domiciliaria.

Estas situaciones de riesgo se reducirían con campañas de información que fomentaran una mayor conciencia de prevención entre los profesionales, evitando así situaciones de inseguridad. En este punto juega un papel importante la colaboración entre empresa, sindicatos e industria farmacéutica.

**DEL ESTUDIO SE DESPRENDE** que los pinchazos son el principal factor de riesgo percibido por el colectivo (73%), porcentaje que se sitúa muy por encima de riesgos como la contaminación por fluidos e infección por virus (17%), cortes (14%) o la visita domiciliaria y estrés laboral (7%), entre otros.

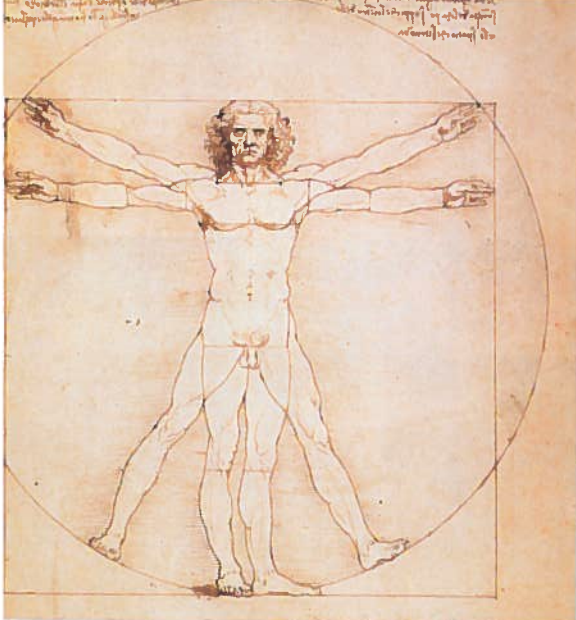
La importancia de los pinchazos radica en que es uno de los medios de contagio de enfermedades como el VIH y la hepatitis. Entre las medidas de protección más habituales

# XV Congreso Nacional de Auxiliares



Los días 2, 3 y 4 de junio el Palacio de Congresos de Madrid acogió la última edición del Congreso Nacional que anualmente organiza la Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería junto con el Sindicato de Auxiliares de Enfermería. El más de medio millar de Auxiliares de Enfermería que asistió fue partícipe de los cerca de 60 trabajos presentados —sumando ponencias, comunicaciones y pósteres— sobre el tema de este año: cirugía plástica, reparadora y estética.





# de Enfermería

TEXTO Javier Villoslada



**DECLARADO DE INTERÉS** científico sanitario por el Ministerio de Sanidad y Consumo, el Congreso Nacional de Auxiliares de Enfermería es ya una cita habitual para cientos de profesionales de la enfermería básica que comparten experiencias y amplían su formación sobre una temática específica durante los tres días en los que se prolonga.

Este año, la sede elegida ha sido Madrid, donde la actividad se dio inicio en el auditorio del Palacio de Congresos del paseo de la Castellana con la apertura oficial, un acto de presentación y bienvenida a los congresistas al que asistieron el subdirector general de Ordenación Profesional, Javier Rubio, el director general del Instituto Madrileño de la Salud (Insalud), Jorge Tapias y, representando a FAE, la presidenta Dolores Martínez y la presidenta del XV Congreso Nacional, Rosa Catalina.

Tras esta presentación se abrió el turno de ponencias y comunicaciones, inaugurándose este apartado con la intervención de la Dra. Beatriz González Meli, facultativo especialista del Área de Cirugía Plástica y Reparadora en la sección de Cirugía Plástica del Hospital Infantil Niño Jesús de Madrid.

Su ponencia se convirtió en una didáctica sesión acerca de la evolución de esta especialidad, desde los orígenes en las civilizaciones históricas hasta su definitivo desarrollo motivado por las nuevas necesidades que se derivaron de los desastres bélicos del siglo XX. Además, no faltó la reseña sobre los principales retos que los cirujanos plásticos se han planteado para los próximos años.

También en esta primera jornada los procesos quirúrgicos que se aplican sobre la glándula mamaria y los especiales cuidados que requieren



los pacientes afectados por quemaduras centraron las explicaciones de otros ponentes. Fue éste el caso del Dr. Tomás Martín García, del Hospital Ramón y Cajal de Madrid, con su ponencia sobre “Patología tumoral de la glándula mamaria”, y Carmen Herrero Pariente, del Hospital Puerta de Hierro de Madrid, con la comunicación “Papel del Auxiliar de Enfermería en el cuidado del paciente sometido a una mamoplastia”, donde se detallaban los cuidados específicos que deben mantenerse en estos casos clínicos, en los que también cobra especial relevancia el apoyo psicológico que se dispensa al paciente por parte de este colectivo.

La atención de quemados graves fue el núcleo central de las intervenciones del Dr. Gregorio J. Gómez Bajo y de la Auxiliar de Enfermería Nieves Cenitagoya López, ambos profesionales del Hospital Universitario La Paz. El tratamiento y tipo de curas que son dispensadas a estos pacientes, además de las últimas técnicas aplicadas para la recuperación de la piel, fueron gráficamente expuestas en el transcurso de sus alocuciones.

1. Apertura del Congreso. De izquierda a derecha: Dolores Martínez, presidenta de IAFE; Javier Rubio, subdirector general de Ordenación Profesional; Jorge Tapias, director general del Insaalud; y Rosa Catalina, presidenta del Congreso.

2. Congresistas en la zona habilitada para los pósters.
3. Clausura del Congreso. De izquierda a derecha: Francisca Arbizu, directora general del Incaul; Dolores Martínez, presidenta de IAFE; Pablo Calvo, director de Gestión del H. Ramón y Cajal; y Rosa Catalina, presidenta del Congreso.
4. M<sup>a</sup> del Rosario Martínez y M<sup>a</sup> Ángeles Ortega Bejarano, del H. Ntra. Sra. de la Montaña de Cáceres, presentando la comunicación “Actualización en el manejo del dolor”.
5. Dr. Antonio Bazán Álvarez, jefe de servicio de Cirugía Plástica de la Clínica Universitaria de Pamplona.
6. Dr. Sergio Alonso Martínez, cirujano plástico del C. H. San Pedro de Alcántara de Cáceres.
7. Mesa con ponentes resolviendo las dudas del auditorio.
8. Albert Ríos y Daniel Torres, de la F. H. Son Llàtzer, durante la ponencia “Indicaciones y tratamiento quirúrgico de las úlceras por presión”.
9. Mesa Redonda. De izquierda a derecha: Dr. José Ángel Peña, médico de los servicios de Inspección Sanitaria de la Consejería Sanidad de Consumo de Madrid; Concepción Gómez García, AF del H. U. La Paz; Dr. Mamiel Sánchez, presidente de Secpre y Gabriela García, abogada de SAE en Aragón.



### » Fisonomía y virtudes del láser

La cirugía plástica, aplicada para reparar defectos corporales con una finalidad estética se abordó también desde diferentes prismas en la

segunda jornada de Congreso. Fueron varios los procedimientos analizados: rinoplastias, blefaroplastias, cirugía con láser, electroestimulación...

El Dr. Antonio Bazán Álvarez presentó su ponencia “Rinoplastia



funcional: más que cirugía estética”, con profusión de ejemplos de casos clínicos. Esta cirugía se aplica sobre la nariz, uno de los rasgos que de forma más radical caracterizan la fisonomía de una persona. El Dr. Bazán sostuvo que, para llevar a cabo una rinoplastia, debe valorarse tanto el aspecto morfológico —la vertiente estética— como su funcionalidad.

También las múltiples aplicaciones y aportaciones que tiene el láser en la cirugía plástica y estética fueron objeto de revisión tanto por parte del Dr. Ignacio Sanz Alonso con la ponencia “Beflaroplastia trasconjuntival con láser CO<sub>2</sub>” como por la Dra. Nuria Barrientos, con “Aportaciones de la tecnología láser en cirugía plástica y reparadora”. Ambos galenos, de Instituto Médico de Madrid, expusieron la utilidad de este sistema y desmontaron el tópico que se le asocia y que sólo lo liga a tratamientos de depilación y rejuvenecimiento. Por contra, entre sus aplicaciones también se encuentra la de complemento a tratamientos quirúrgicos y complicaciones posquirúrgicas. De

igual forma, fue motivo de disertación y posterior coloquio en este segundo día la participación del Auxiliar de Enfermería desde el punto de vista de la relación directa que este profesional sanitario mantiene con los pacientes que permanecen ingresados o van a ser sometidos a una intervención. También se dieron cita profesionales de este colectivo que expusieron las dinámicas de trabajo que se siguen al actuar sobre episodios concretos, como es el caso de la actuación sobre la gangrena de Fournier o con pacientes sometidos a una operación de otorrinolaringología.

#### » Reconstrucción mamaria y heridas faciales

Durante la última jornada del XV Congreso Nacional la reconstrucción mamaria y las cirugías y cuidados sobre heridas faciales y úlceras fueron los temas protagonistas

en la tribuna de oradores. El Dr. Víctor M. Salinas Velasco expuso las posibilidades quirúrgicas y los resultados de la cirugía plástica aplicada para reconstruir la mama, contribuyendo a normalizar la vida de muchas mujeres que recuperan la confianza en su cuerpo y, por ende, en sí mismas.

Otro de los puntos álgidos del programa del viernes fue la ponencia “Heridas faciales en cirugía plástica”, presentada por el Dr. Sergio Alonso Martínez, cirujano plástico del Complejo Hospitalario San Pedro de Alcántara de Cáceres. La incidencia de este tipo de heridas es alta comparada con otras áreas, tal y como quedó analizado, debido fundamentalmente a la situación expuesta y sin protección del rostro y al incremento de accidentes, sobre todo de tráfico.

También hubo notable presencia de comunicaciones elaboradas por Auxiliares de Enfermería, que



10. Autoras del mejor póster Gracias por cambiarme la vida.  
 11. De izquierda a derecha: Mercedes Mena, del Comité Organizador; Dolores Martínez, presidenta de FAE; y las ganadoras del premio a la mejor comunicación, Angeles González (I.I. de la Santa Creu - Sant Pau de Barcelona) y Dolores Esteban (I.I.U. Germans Trias y Pujol de Badalona).  
 12. Momento de la segunda mejor comunicación, Cirugía reparadora de labio y paladar hendidos, de Soledad Dorado, AE en el H. I. U. Niño Jesús de Madrid.  
 13. Congresistas durante la primera jornada.

abordaron materias como la actitud del Técnico Auxiliar ante pacientes mastectomizadas, los cuidados al paciente parapléjico o la cirugía reparadora de labio y paladar hendidos.

El final de la actividad congresual se puso con una mesa redonda en la que participaron el Dr. Manuel Sánchez Nebreda, presidente de la Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética, el Dr. José Ángel Peña, médico de los servicios de Inspección Sanitaria de la Consejería de Sanidad y Consumo de Madrid, y M<sup>a</sup> Gabriela García García, abogada de SAE en Aragón, quienes analizaron la situación actual de esta cirugía, así como los planteamientos legales que deben ser tenidos en cuenta en la relación profesional sanitario-paciente.

Igualmente se citaron datos concluyentes al respecto, como el hecho de que España, donde trabajan

800 cirujanos plásticos, es el país de Europa con mayor presencia de estos especialistas por cada 100.000 habitantes —duplicando e incluso triplicando al resto de países vecinos—. De igual forma se advirtió sobre la necesidad de evitar la publicidad engañosa para no crear falsas expectativas en un campo donde se ha avanzado de forma muy relevante en los últimos años.

La despedida a los tres días de ponencias y comunicaciones llegó con el acto de clausura, en el que estuvieron presentes el director de Gestión del Hospital Ramón y Cajal de Madrid, Pablo Calvo, la directora general del Instituto Nacional de las Cualificaciones (Incual), Francisca Arbizu, así como la presidenta de FAE Dolores Martínez y la presidenta del Congreso Rosa Catalina.

» Reconocimientos para las mejores comunicaciones y póster

Como cada año, en esta edición también se destacaron las mejores comunicaciones y el mejor póster entre todos los presentados al Congreso. En el primer apartado

resultó reconocida con el primer premio “Musicoterapia, apoyo emocional al paciente, un camino a la relajación”, de las Auxiliares de Enfermería Dolores Esteban García y Ángeles González Cañueto, del Hospital Universitario Germans Trias i Pujol de Badalona y el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona, respectivamente.

Como segunda mejor comunicación fue elegida “Cirugía reparadora de labio y paladar hendidos”, realizada y expuesta durante el Congreso por Soledad Dorado Pujade, Auxiliar de Enfermería del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús de Madrid.

Por último, en el capítulo relativo a los pósteres, resultó elegido por votación de los congresistas “Gracias por cambiarme la vida”, obra de Teresa Maeso Muñoz, Hortensia Muñoz Fort y Josefa Crespo Lorente, del Hospital de Manzanares de Ciudad Real.

La próxima oportunidad de optar a estos reconocimientos será en el XVI Congreso Nacional de Auxiliares de Enfermería, que tendrá lugar en Valencia en 2005, y se centrará en la siguiente materia: “Pubertad, fertilidad y climaterio”.



# Un último viaje

TEXTO Cristina Botello

## ¿Qué nos espera tras la muerte?

Esta inquietud es tan vieja como el ser humano. Hoy en día podemos encontrar ejemplos en el cine y en la literatura que intentan dar respuesta a esta pregunta, acercando así este campo a una población cada vez más motivada por saber qué ocurre en el tránsito y qué nos espera tras esta vida.

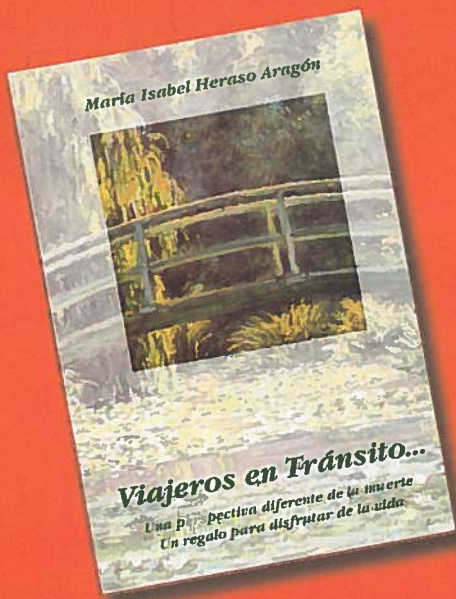
**DESDE UN PUNTO** de vista científico, la muerte consiste en la suspensión permanente de todas las funciones corporales vitales. Sin embargo, existen miles de personas en todo el mundo que, como consecuencia de accidentes, operaciones o enfermedades, han estado en coma o clínicamente muertas y han logrado recuperarse.

Este tipo de vivencias es lo que hoy en día se conoce como una experiencia cercana a la muerte, término que acuñó Raymond Moody, psiquiatra norteamericano, en 1975 con la publicación de su libro *Vida después de la vida*, que despertó el interés de la comunidad científica

y del público en general. Cada vez más investigadores han buscado explicaciones a este fenómeno, publicándose diversos estudios en revistas especializadas que muestran una visión distinta a la hasta ahora conocida de la muerte y que requieren una atención científica que, de hecho, ya ha comenzado a recibir. Cardiólogos, cirujanos, psiquiatras, psicólogos, biólogos y otros especialistas de todo el mundo intentan dar respuesta a cuestiones como ¿son estas experiencias un anticipo de lo que nos aguarda después de la muerte o acaso tienen una explicación más mundana?, estudiando detalladamente los relatos

de personas que han vivido una experiencia de este tipo.

En España la actividad editorial sobre estos temas ha sido más tímida, siendo *Viajeros en tránsito... una perspectiva diferente de la muerte. Un regalo para disfrutar de la vida*, editado por la Fundación Internacional del Dolor, el primer libro que se publica en nuestro país sobre estas cuestiones. En sus páginas se ofrece una perspectiva de la muerte muy lejana a la tragedia. Nos presenta este episodio de la vida como algo sencillo, esperanzador e incluso agradable, alejándose de los tabúes que rodean el deceso, lo que le convierte en



*Viajeros en tránsito... una perspectiva diferente de la muerte. Un regalo para disfrutar de la vida*, editado por la Fundación Internacional del Dolor, nos ofrece en sus páginas una perspectiva de la muerte muy lejana a la tragedia. Nos presenta este episodio de la vida como algo sencillo, esperanzador e incluso agradable, alejándose de los tabúes que rodean el deceso, lo que la convierte en una guía repleta de conclusiones válidas para todos.

una guía repleta de conclusiones válidas para todos.

No sólo la literatura ha contribuido a despertar el interés de la población hacia estas cuestiones. En los últimos años, el séptimo arte ha hecho aportaciones muy enriquecedoras en las que se recrean episodios de personas en tránsito. Películas como *El sexto sentido*, *Los otros* o *Ghost* han contribuido a que hoy en día exista un mayor interés por parte del público hacia estos temas.

#### » ¿En qué consiste el viaje?

La Dra. M<sup>a</sup> Isabel Heraso, presidenta de la Fundación Internacional del Dolor y autora de *Viajeros en tránsito*, aporta sus conocimientos y experiencias para entender en qué consiste este viaje.

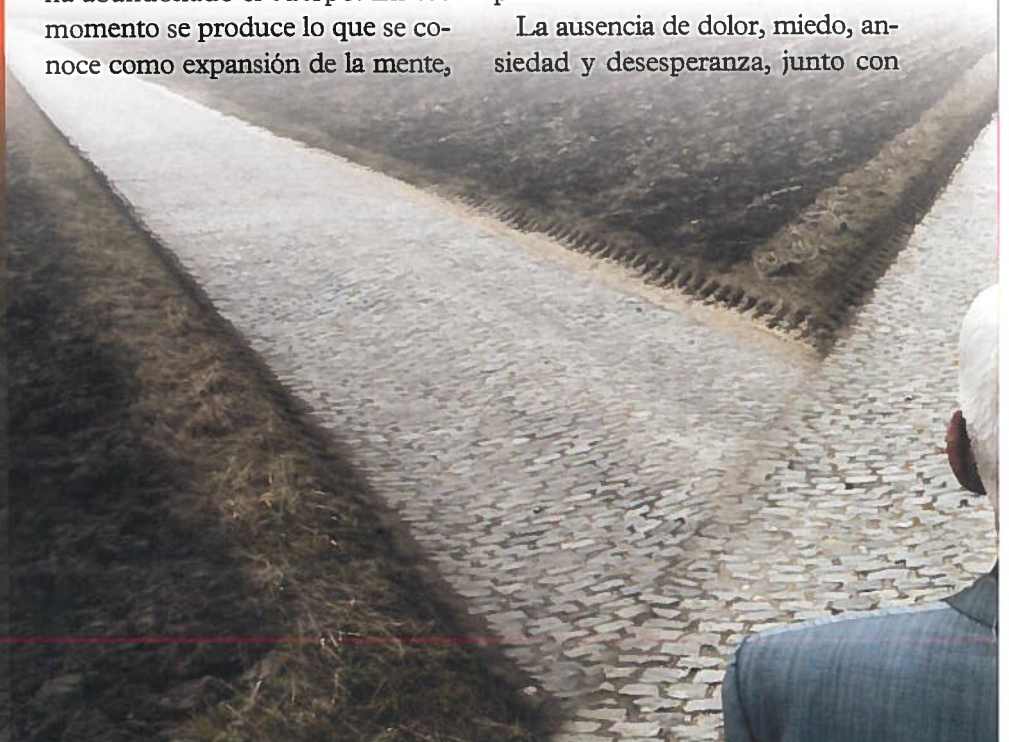
A lo largo de la historia, sociedades como la egipcia han planteado la muerte como el comienzo de una nueva vida en el más allá, lo que supone la creencia en un tipo de existencia diferente a la terrenal.

Partiendo de esta premisa, y siguiendo el pensamiento tradicional que separa el cuerpo del alma, se puede afirmar que el momento del tránsito es aquel en el que el alma ha abandonado el cuerpo. En ese momento se produce lo que se conoce como expansión de la mente,

fenómeno que, según la Dra. Heraso, ocurre siempre. Los resultados de diversas investigaciones coinciden en que durante esta fase se amplían las percepciones, limitadas hasta entonces por los sentidos, el estrés, el cúmulo de sensaciones y las enseñanzas que hemos recibido y que nos han condicionado a lo largo de nuestra vida, se experimenta una vivacidad acrecentada de las percepciones auditivas y visuales y una sensación de ligereza o ausencia corporal, que puede provocar que el paciente sienta que se eleva y cambia de perspectiva, observando su propio cuerpo desde fuera del mismo.

“Estas salidas astrales se pueden producir sin necesidad de estar muerto, ya que el paciente puede vivir síntomas parecidos a la muerte: en el momento en que se produce una isquemia cerebral y el cerebro deja de recibir sangre ocurre que nosotros, como energía, no podemos estar dentro de la mente porque está clínicamente muerta y, por tanto, estamos fuera observando lo que ocurre”, sostiene la Dra. Heraso. Esta expansión de la mente es lo que les sucede a los astronautas al realizar algunos de los ejercicios que forman parte de su entrenamiento.

La ausencia de dolor, miedo, ansiedad y desesperanza, junto con



un sentimiento de seguridad y calma caracterizan esta experiencia en la que la duración subjetiva del tiempo se expande.

Según Albert Heim, autor del primer estudio sobre experiencias cercanas a la muerte, esta aceleración mental se explica como una respuesta a un grado extremo de sorpresa, mientras que, en respuesta a un grado inferior, muchas personas se sienten paralizadas.

La autora de *Viajeros en tránsito* explica que es en el momento en el que salimos en astral cuando decidimos si nos queremos ir o quedar en el mundo que conocemos. Así, dependiendo de si hemos vivido y aprendido todo lo que teníamos que vivir y aprender en la tierra aceptamos el poder irnos o no, eligiendo de este modo el momento de marcharnos.

Para muchas personas esta afirmación puede resultar incomprendible, y más aún cuando hablamos de muertes traumáticas, como puede ser un asesinato. Sin embargo, la Dra. Heraso manifiesta que la muerte de una persona nunca es en vano, ya que, por ejemplo, puede llevar a una reflexión que derive en un aprendizaje para otra.

Según recoge esta publicación, una vez que hayamos decidido marcharnos, lo que hay que hacer durante el tránsito es despegarse de

las cosas mundanas e iniciar el viaje hacia la luz. Durante este viaje estaremos acompañados por nuestros guías que, aunque no los vemos, siempre nos acompañan.

En este sentido, en 1907, el psicólogo James Hyslop descubrió que los enfermos terminales experimentaban uno o dos días antes de morir apariciones de parientes o amigos, generalmente ya fallecidos, incluso iconos religiosos que intentaban hacerles comprender que aún no había llegado el momento de su muerte, o bien aparecían como sus guías en el tránsito.

Algunos escépticos explican estas situaciones como elaboraciones inconscientes producidas por la tensión psíquica; otros las atribuyen a las alucinaciones que acompañan a la agonía, provocadas por desórdenes químicos debidos a la secreción de endorfinas y de otras drogas naturales que inducirían a estados alterados de la conciencia. Sin embargo, estas teorías o bien tienen un escaso fundamento científico o son incapaces de explicar los casos de experiencias extracorporales constatadas.

Desde el punto de vista profesional, se hace evidente una necesaria formación del personal sanitario por cuanto su conocimiento en este ámbito puede ayudar tanto a los

pacientes como a sus seres más cercanos a entender lo que les está ocurriendo. En el caso de los Auxiliares de Enfermería, tal y como ha quedado constatado en múltiples ocasiones, son los profesionales que mantienen un contacto más directo con los enfermos, lo que hace que su formación en este campo sea tan importante. Así lo reitera la Dra. Heraso, "sería estupendo que los Auxiliares de Enfermería recibieran una formación adecuada para poder ayudar a los familiares y pacientes a comprender lo que les está ocurriendo. Aunque el médico mejore la enfermedad concreta, el estado espiritual y mental de un paciente puede depender de la persona que tenga al lado y que le esté aseando diariamente. Con esta función, los Auxiliares de Enfermería establecen un vínculo con el enfermo que pueden aprovechar para profundizar en lo que le ocurre y ayudarlo explicándole qué es lo que le está sucediendo".

Cabe concluir que lo que nos espera después del deceso sigue siendo, por lo que a las experiencias cercanas a la muerte se refiere, un enigma. Sin embargo, estas experiencias pueden servir de ayuda desde el momento en que eliminan en cierto modo el miedo y la incertidumbre que surge ante lo desconocido.



# Nutrición y salud



En la actualidad, la alimentación, y en concreto la nutrición, se ha convertido en un área prioritaria en la prevención primaria. Los cambios de hábitos de vida, el estrés, la ansiedad y una vida sedentaria son algunos de los factores que, junto con una mala alimentación, afectan negativamente a determinadas enfermedades.



# del hueso



**LA MALA ALIMENTACIÓN** es un factor de riesgo importante a tener en cuenta a la hora de prevenir ciertas patologías, como por ejemplo, el cáncer, la enfermedad cardiovascular, la diabetes, el sobrepeso, la osteoporosis... La prevención a través de unos hábitos de vida saludables, como llevar una alimentación variada y equilibrada, van a ayudar a disminuir el riesgo de prevalencia de estas enfermedades.

La osteoporosis es una enfermedad que afecta a la calidad de los huesos, haciéndolos más frágiles y propensos a padecer fracturas. Se trata de una enfermedad progresiva, que se va produciendo poco a poco, sobre todo en mujeres a partir

## Factores de riesgo más destacados

Menopausia precoz  
 Vida sedentaria  
 Baja ingesta de calcio a través de la dieta  
 Plurifármacos  
 Hábitos tóxicos (exceso de café, té, tabaco, alcohol y bebidas carbonatadas)

de la menopausia. Los datos que se conocen indican que un 80 por ciento de los casos diagnosticados corresponden a mujeres, y el 20 por ciento a hombres. Conocida como una "enfermedad silenciosa", en la mayoría de los casos no produce síntomas hasta que

aparece la primera fractura; para entonces, la enfermedad puede estar avanzada.

Se considera que unos tres millones de mujeres padecen osteoporosis en España y muchas de ellas están sin diagnosticar.

Además de una mala alimentación, también tenemos otros factores de riesgo que influyen muy directamente en la progresión de esta enfermedad.

El hueso es una estructura viva, que durante toda la vida está formando tejido y a su vez destruyendo el antiguo. Durante la primera etapa de la vida, hasta los 30-35 años, la formación de hueso es muy superior a la destrucción,

momento en el que se alcanza la máxima masa ósea en nuestros huesos, *pico de masa ósea*, que irá disminuyendo con la edad; la velocidad con que lo haga dependerá en gran medida, entre otros factores, de que llevemos unos hábitos de vida saludables o no.

Para alcanzar el pico máximo de masa ósea es necesario el consumo de una dieta rica en calcio y vitamina D, es decir, seguir las recomendaciones de ingesta previstas para cada edad y etapa de la vida.

Con todos estos alimentos que nos aportan calcio parecería imposible pensar que exista un porcentaje muy alto de la población que no llega a las recomendaciones de ingesta de calcio citadas, pero es así. Es importante recordar que las indicaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) es una ingesta de entre 2 y 4 lácteos al día, como principal fuente de calcio y vitamina D. El alto consumo de leche y productos lácteos se produce en el período infantil y éste disminuye

significativamente a medida que avanza la edad, siendo prácticamente nulo durante el período de los 25-45 años, lo que supone un riesgo para el estado de salud de nuestros huesos.

» ...Si tengo tendencia a la formación de cálculos en el riñón, ¿qué ingesta de calcio sería la recomendada?

Siempre se ha pensado que una ingesta elevada de calcio es la causa de la formación de cálculos renales, por lo que a las personas con tendencia a la formación de litiasis se les hacía una restricción en el consumo de productos lácteos. En la actualidad existen numerosos estudios que avalan que una limitación de los niveles de calcio en realidad puede aumentar el riesgo

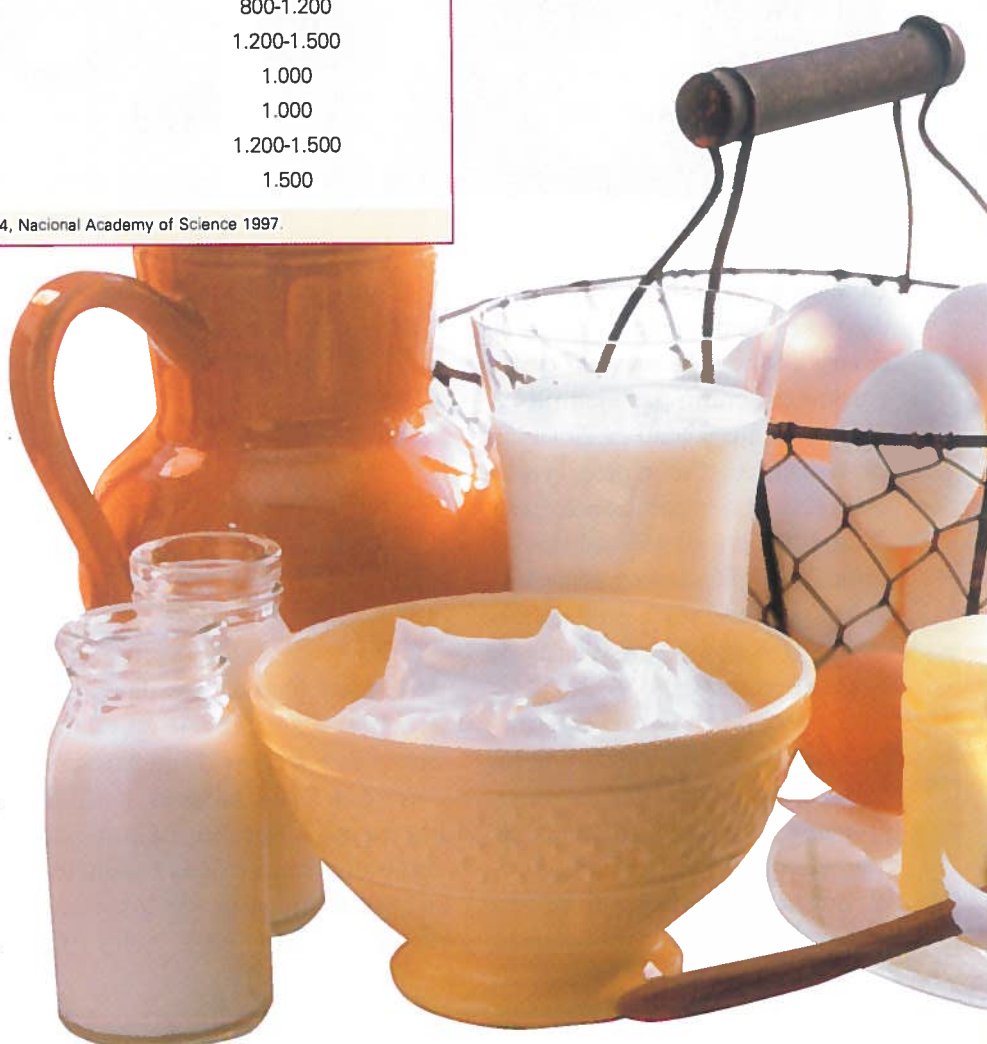
### Ingestas de calcio recomendadas

Edad	Ingesta de calcio diario (mg)
Hasta los 6 meses	400
6-12 meses	600
1-5 años	800
6-10 años	800-1.200
11-24 años	1.200-1.500
Hombres 25-70 años	1.000
Mujeres premenopáusicas	1.000
Embarazo y lactancia	1.200-1.500
> 70 años	1.500

Adaptado de National Institute Health Consums 1994, National Academy of Science 1997.

» ¿Cómo conseguimos que nuestra dieta se adapte a estas recomendaciones?

El modo más correcto es a través de fuentes dietéticas, donde incluimos los productos enriquecidos en calcio. Los lácteos, por su alto contenido en calcio y por ser el medio más adecuado para su correcta absorción, son los que más contribuyen a este aporte de calcio y vitamina D. Existen otras fuentes de calcio como vegetales verdes, legumbres, pescados y frutos secos, aunque por la presencia de *oxalatos*, por ejemplo en las verduras, o de *ácido fítico*, en los cereales, la absorción del calcio se ve reducida.



de que se produzcan cálculos renales bajo ciertas condiciones.

La conclusión a la que se llegó en el estudio publicado en el *New England Journal of medicine* (Curhan, 1993), fue que una alta ingesta de calcio disminuye el riesgo de formación de cálculos renales sintomáticos.

Existen también otros factores alimenticios que pueden influir negativamente en su aparición, como el consumo elevado de proteína animal, el sodio, exceso de bebidas gaseosas por su alto contenido en fosfatos y el oxalato presente fundamentalmente en nueces, té, chocolate, remolachas, fresas y salvado de trigo.

» ¿Cómo podemos prevenir la osteoporosis?

1. Realiza ejercicio físico de forma habitual.
2. Consume al menos tres lácteos al día (leche, yogur y queso). Si



### Contenido en calcio de algunos alimentos

Verduras	(mg/100 g)	(mg/100 ml)
• Repollo	400	
• Soja seca	226	
• Acelgas	110	
• Judías pintas	106	
• Lentejas	79	
Frutos secos	(mg/100 g)	(mg/100 ml)
• Avellanas	250	
• Almendras secas	234	
• Nueces	99	
• Cacahuetes	74	
Leche y derivados lácteos	(mg/100 g)	(mg/100 ml)
• Leche entera pasteurizada		123
• Leche enriquecida		160
• Leche desnatada		133
• Yogur	150	

no lo haces apúntate a los lácteos enriquecidos en calcio y vitamina D, te ayudarán a conseguir el aporte que necesitas (un vaso de leche enriquecida de 250 ml. te aportan el 50 por ciento de calcio y el 38 por ciento de vitamina D en la cantidad diaria recomendada).

3. Disminuye los hábitos tóxicos: exceso de café, tabaco, alcohol, bebidas gaseosas...
4. Asegúrate de que tu dieta sea variada y equilibrada.

**Curhan, G.C. et al.**, "A Prospective Study of Dietary Calcium and Other Nutrients and the Risk of Symptomatic Kidney Stones", *New England Journal of Medicine*, 328:833-834, 1993.

# Noticias del M

## Noticias

### » Anticuerpos de doble acción

La compañía farmacéutica Domantis (Inglaterra) ha desarrollado una gama de anticuerpos de doble acción (dAb) cuya aplicación puede mejorar altamente las terapias de enfermedades como el asma, la artritis reumatoide o el cáncer.

Los anticuerpos normales están formados por dos brazos idénticos, cada uno compuesto por dos cadenas que se unen a la misma diana. Sin embargo, los anticuerpos de doble acción (dAb) se unirían a dos dianas terapéuticas, neutralizando así a ambas. Para ello se han modificado las cadenas que forman cada brazo, de tal manera que cada una ataque a una diana.

De esta forma, los medicamentos con esas moléculas serían más eficaces, resolverían los problemas de más pacientes y tendrían menos efectos secundarios comparados con los tratamientos tradicionales de una sola acción.

Una de las principales ventajas que presenta la fabricación de estos anticuerpos de doble acción, frente a otros intentos que se han llevado a cabo para crear este tipo de anticuerpos, es lo fácil que resulta su elaboración, pues se pueden producir como los actuales anticuerpos de una sola acción.

En la actualidad, Domantis, tras haber demostrado su eficacia en pruebas *in vitro*, va a realizar ensayos con animales y espera poder comenzar en 2005 a hacer las pruebas con personas.

# Mundo Médico del Mundo Médico

» Tres líneas de investigación contra las bacterias en los hospitales



Hasta un 20% de las infecciones contraídas en los hospitales británicos son causadas por las bacterias que existen en el aire. Este porcentaje, unido al coste que estas infecciones suponen para la sanidad inglesa, ha llevado a una serie de ingenieros de la Universidad inglesa de Leeds a investigar el uso de ionizadores para acabar con dichas bacterias.

El proyecto ionizador está basado en un estudio realizado en el hospital universitario de St. James' de Leeds, donde se ha comprobado que estos aparatos cargan negativamente las partículas de aire en las unidades de cuidados intensivos (UCI), evitando así las infecciones causadas por la bacteria *Acinetobacter*, la cual es inmune a casi todos los antibióticos actuales, por lo que se convierte en un problema que puede resultar fatídico para algunos grupos de pacientes.

Otra línea de investigación en este sentido es la que se está siguiendo en la Universidad de Warwick mediante virus bacteriófagos. Este grupo de trabajo ha centrado su investigación en la búsqueda de métodos para acabar con la bacteria MRSA. Para ello estudian los lisogénicos, que viven como huéspedes en las bacterias y sólo la atacan cuando están a punto de morir. Los investigadores han desarrollado técnicas para identificarlos dentro de las bacterias y, así, poder producir mutaciones que permitan al virus infectar y matar antes a la misma.

Finalmente, una tercera vía de actuación contra las bacterias es la que se está desarrollando en la Universidad del Ulster (Irlanda del Norte), donde un grupo de investigadores está cultivando plantas, concretamente hongos traídos de la India, China y Australia, que podrían proporcionar componentes para nuevos medicamentos.

# ...Y para variar

El Sindicato de Auxiliares de Enfermería (SAE) y la Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería (FAE) han organizado la III Edición del Certamen Nacional Literario Infantil. En este número se publican los trabajos que han resultado ganadores dentro de la categoría que comprende las edades de 8 a 12 años. En la modalidad de poesía el primer premio ha recaído en Míriam Velasco Reguero, de Palencia, con su poesía *La Luna y el Sol*. El relato *Mis amigas especiales*, de Rosa del Valle Álvarez, de Asturias, ha resultado el ganador del primer premio en su modalidad. Además de la publicación de los trabajos en el SAE INFORMATIVO y en esta revista, los ganadores recibirán un lote de libros.

## La luna y el sol

La Luna es marchosa,  
cuando sale el Sol,  
se pone moderna,  
y sale a la acción.  
A mi amiga la Luna,  
le gusta bailar, cantar y gozar,  
con un amigo muy especial.  
Su amigo es el Sol,  
pero como es muy dormilón,  
no sale con ella a la acción.  
La Luna y el Sol no se pueden ver,  
a no ser que haya un despiste,  
y se produzca un eclipse.  
La Luna es marchosa,  
y el Sol es dormilón,  
y durante el eclipse,  
gozan de la emoción.

*Míriam Velasco Reguero*

(8-12 años)

PALENCIA

## Mis amigas especiales

El sol pegaba fuerte, eran apenas las doce de la mañana y yo allí estaba, en la playa. Aquel verano del 2002 no fue muy caluroso y si el día amanecía bueno nos cogíamos la toalla y nos íbamos corriendo a tumbarnos en la arena. Por fin teníamos un estupendo día y yo decidí darme un baño, así que me metí entre las olas y allí, sin saber cómo, conocí a Goti y Betty, dos traviesas gotas de agua que saltaban entre la resaca. Me pasé un buen rato con ellas hasta que se hicieron espuma y luego se evaporaron como por arte de magia. Las vi subir, subir y subir para alojarse en una pequeña nube, un pequeño trozo de algodón con forma de sonrisa, que me saludaba desde el cielo.

Pero el día se estropeó, el cielo se volvió gris y decidimos irnos a casa. Allí estaba yo en mi pequeño cuarto y leyendo una vez más mi libro preferido cuando la lluvia empezó a golpear los cristales. Sentí que me llamaban, ¡qué sorpresa!, eran Goti y Betty que resbalaban por la ventana de mi habitación haciendo mil piruetas, derecha, izquierda, abajo, izquierda...

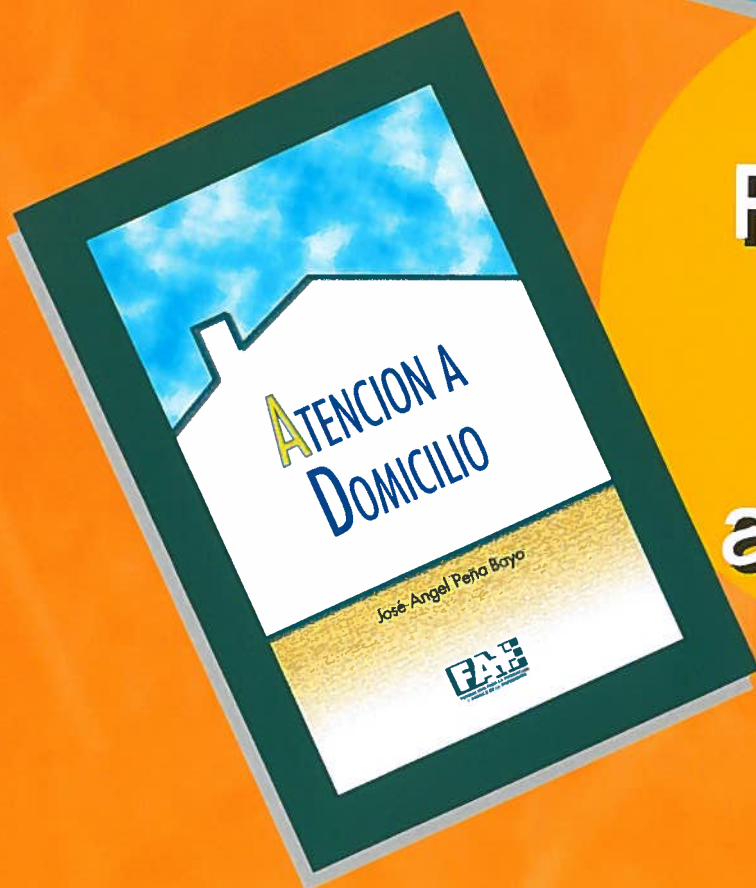
Salí corriendo y sólo me dio tiempo a decirles adiós, corrían a toda velocidad por la cuneta mientras gritaban incansables: ¡no me pillas!, ¡eso ya lo veremos!..., las seguí hasta llegar al arroyo y allí las perdí de vista.

Esa noche pensé mucho en Goti y Betty, hacía poco que en el colegio habíamos estudiado el ciclo del agua y me parecía que la vida de mis dos amigas debía de ser apasionante. En eso estaba pensando cuando mi padre me despertó; nos íbamos de pesca, sí, al río. Aquella fue la última vez que las vi en el agua, mientras lanzábamos el anzuelo, Goti y Betty gritaron mi nombre: ¡Adiós!, ¡Nos vamos al mar!...

*Rosa del Valle Álvarez*

(8-12 años)

ASTURIAS



**Reediciones  
ampliadas  
y  
actualizadas**

**Consigue tus ejemplares poniéndote en contacto con el delegado de SAE en tu centro de trabajo o llamando a los teléfonos y fax de la Fundación**

**Tel.: 91 521 52 24 / 91 521 52 95**

**Fax: 91 521 53 83**



**PULEVA OMEGA 3,**  
la única que ha  
demostrado  
científicamente que  
ayuda a reducir el  
colesterol.



POR TU BIENESTAR

Para más información: 902 100 019 - [www.pulevasalud.com](http://www.pulevasalud.com) o [www.puleva.es](http://www.puleva.es)