



nº 39 • Revista de Auxiliares de Enfermería
Tercer Trimestre 2004

Casa

adaptada a los enfermos

virtual

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



CURSO
ACADÉMICO
2004-2005



PROGRAMA DE FORMACIÓN

CURSOS

- Actualización del Auxiliar de Enfermería en el Equipo de Cuidados
- Actualización del Auxiliar de Enfermería/TCAE en el bloque quirúrgico I y II
- Actualización del Auxiliar de Enfermería en Hospitalización
- Anorexia y Bulimia
- Aparato digestivo. Patologías
- Atención a domicilio
- Atención al paciente minúsvulo físico y psíquico I y II
- Atención de Enfermería ante el maltrato
- Atención Primaria
- 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 con Alzheimer y otras demencias
- Cuidados al paciente laringectomizado
- Cuidados al paciente trasplantado
- Cuidados en cardiología
- Cuidados en la unidad de hemodiálisis
- Cuidados en urgencias pediátricas I y II
- Cuidados en salud mental y psiquiatría I y II
- Cuidados en U.C.I. Pediátrica
- Cuidados intensivos
- Cuidados materno-infantiles
- 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
- 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
- Primeros Auxilios
- Reanimación cardiopulmonar
- Riesgos laborales en el medio sanitario
- Salud reproductiva
- Sociología de la salud
- Úlceras por presión
- Urgencias hospitalarias



Sumario



04 DIABETES. Factores de riesgo y síntomas de una patología que afecta a 194 millones de personas en todo el mundo. **08 BURUNDANGA.** Una sustancia hipnógena que puede transformar unas vacaciones de ensueño en una auténtica pesadilla. **12 ESTATUTO MARCO.** El análisis y valoración de la nueva política laboral se recogen en un volumen editado por SAE. **37 DESARROLLO DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA.** El papel de la formación continuada para fomentar una mejor preparación del profesia a los enfermos se mejora en la propia vivienda adaptando algunas recomendaciones. **46 ALIMENTACIÓN Y SALUD.** Un estudio revela que la dieta que incluye leche enriquecida reduce los riesgos de padecer una enfermedad cardiovascular. **52 Y PARA VARIAR.** Segunda y última entrega de ganadores del III Certamen Literario.



CONSEJO EDITORIAL DE NOSOCOMIO

DIRECTORA Dolores Martínez Márquez **REDACCION** Montse García, Cristina Botello, Javier Villoslada **COMITÉ CIENTÍFICO** Pilar Gutiérrez, José Ángel Peña, Agustina Sánchez **COLABORADORES** BERBES 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** Tomas López, 3, 2º dcha. 28009 Madrid. Tels.: 91 309 01 02. Fax: 91 402 23 25. E-mail: sae@sindicatosae.com **DEPOSITO 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 ERA DE LA TECNOLOGÍA ha favorecido, además de la inmediatez en las comunicaciones, la aparición de técnicas delictivas desconocidas hasta ahora que, de una manera fácil, cómoda y, en la mayoría de los casos, sin ningún tipo de consecuencia penal, permiten actuar a los delincuentes.

Sin embargo, junto con las nuevas tecnologías, aún sobreviven métodos punibles más tradicionales. El uso de hipnógenos, que anulan la voluntad de las víctimas, y que ya eran utilizados por los alemanes en la Segunda Guerra Mundial para interrogar a los espías, vuelve a estar de actualidad.

Éste es el caso de la escopolamina, una droga de origen colombiano usada habitualmente en el campo de la medicina para el tratamiento del mareo de los viajeros. Esta sustancia, en bajas dosis, disminuye la náusea, los vómitos y el malestar general ocasionado por el movimiento.

Pero la utilización de esta sustancia para realizar un brebaje conocido como “burundanga” ha hecho saltar la alarma en los países latinos, donde su uso habitual, lejos del campo de la medicina, tiene un carácter delictivo. Así, países como Ecuador, Colombia o Venezuela, entre otros, se han convertido en un destino peligroso.

La principal característica de esta sustancia es que tras ser absorbida por la piel, o bien mezclada con bebidas o alimentos, anula la voluntad de la persona, de tal manera que ésta recibe y ejecuta órdenes sin oposición, desapareciendo los actos inteligentes de la voluntad, lo que es aprovechado por los delincuentes para robar o violar a sus víctimas.

Con el fin de concienciar a la población sobre una cuestión de la que nadie está a salvo, se hace necesario que las autoridades competentes lleven a cabo campañas de información sobre los riesgos que existen en los países latinoamericanos.

Buzón de sugerencias

VERANO EN EL HOSPITAL

Natalia Menéndez

GIJÓN

Trabajar en verano es diferente. La ciudad se queda desierta y una tiene la impresión de que es la única que va al "curro". Este año las vacaciones no me tocaban hasta septiembre, así que he pasado julio y agosto en mi hospital, donde también se nota que es verano. Es diferente, primero, porque hay menos personal, ya que no sustituyen a todos los compañeros que están fuera y, como la demanda no entiende de época del año, no ha faltado tarea. Pero, además, porque hay aspectos que el resto del año pasan desapercibidos. Al haber menos personal, el trato con los pacientes es más continuo, creándose en algunos casos una relación de mayor complicidad. Como a nadie le agrada pasar esta época en una habitación

de hospital, he comprobado nuestra importancia a la hora de darles ánimo y motivarles, de forma que su recuperación sea más rápida y satisfactoria. Ahora me pondré más en el papel del paciente cuando vuelva de vacaciones.

A VUELTAS CON EL COPAGO

Sofía Senra

BARCELONA

La idea de cobrar por la atención en la sanidad pública vuelve a estar de moda. Como siempre, se copian muy rápido los presuntos avances de fuera y aquí se quiere comenzar a cobrar un euro por cada consulta. Con ello se pretende recaudar fondos para hacer sostenible el presupuesto en sanidad, porque a los políticos hace tiempo que no les salen las cuentas. El problema no es que pongan o no un precio simbólico a la sanidad, aunque está claro que pagar por algo que hasta ahora era gratuito no gusta a nadie. Creo que por encima de esto,

lo importante es que todos los que formamos la comunidad sanitaria, profesionales y pacientes, no tengamos que aguantar la desastrosa sanidad que todavía existe en este país. Así que, con copago o sin él, que acierten de una vez con la gestión de la sanidad, que eso sí nos importa a todos.

JUBILACIÓN CON GRATITUD

Valentina Martí

TOLEDO

Ahora que estoy a punto de jubilarme quiero expresar mi satisfacción y orgullo por haber elegido la profesión de Auxiliar de Enfermería. Aprovecho también para dar las gracias a todas mis compañeras y compañeros de todos los estamentos por estos años compartidos.

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@futurnet.es

A woman with dark hair, wearing a white lace-trimmed top, is lying on a white sofa, smiling and reading a magazine. In the foreground, there is a table with a plate of spaghetti, a plate of salad, and a green bottle. The background is a plain white wall.

Una enfermedad en

Diabetes y obesidad. Combate la obesidad, prevén la diabetes

Este es el lema bajo el cual el próximo 14 de noviembre se celebrará el Día Mundial de la Diabetes, una de las principales amenazas para la salud pública mundial por su carácter crónico y progresivo —en los últimos cuatro años ha experimentado un crecimiento superior al previsto— así como por la gran cantidad de complicaciones asociadas a medio y largo plazo.



Continuo crecimiento, la diabetes

TEXTO Cristina Botello

» La diabetes

Se trata de una patología causada por un desorden del metabolismo, el proceso que convierte el alimento en energía. La insulina, hormona segregada por el páncreas, tiene como misión transformar en energía los azúcares contenidos en los alimentos para que, una vez en la sangre, lleguen hasta las células.

Todas las células del cuerpo necesitan energía para estar en activo, mantener las funciones vitales, la temperatura corporal y los movimientos musculares. Cuando el páncreas no produce la cantidad de insulina que el cuerpo necesita, o bien la fabrica de una calidad inferior, la glucosa se concentra en la sangre (hiperglucemia), de forma que el cuerpo se ve privado de su

principal fuente de energía, apareciendo la diabetes.

Aunque existen diversas formas de diabetes, podemos hablar de la diabetes tipo I y la diabetes tipo II como las más extendidas. El primer caso aparece cuando el páncreas no produce insulina o produce poca, por lo que ésta debe administrarse de forma artificial. Suele manifestarse en la infancia o adolescencia y lo hace de forma brusca y muchas veces sin que existan antecedentes familiares. Representa el porcentaje más bajo del total de los casos (de un 5 a un 10%).

Por su parte, la diabetes tipo II, de carácter hereditario habitualmente, tiene su origen en una falta de respuesta o de resistencia a la insulina, acompañada a veces por la



La insulina, hormona segregada por el páncreas, tiene como misión transformar en energía los azúcares contenidos en los alimentos, para que, una vez en la sangre, lleguen hasta las células. Todas las células del cuerpo necesitan energía para estar en activo, mantener las funciones vitales, la temperatura corporal y los movimientos musculares. Cuando el páncreas no produce la cantidad de insulina que el cuerpo necesita, o bien la fabrica de una calidad inferior, la glucosa se concentra en la sangre (hiperglucemia), de forma que el cuerpo se ve privado de su principal fuente de energía, apareciendo la diabetes.

incapacidad de un organismo para producir suficiente cantidad de esta hormona. Hasta la fecha de hoy este tipo es de aparición adulta, aunque empiezan a documentarse casos en la infancia en niños obesos. Actualmente este tipo de diabetes afecta a unos 150 millones de personas de todo el mundo, lo que se traduce en un porcentaje del 90 al 95% del total. Este tipo de diabetes, junto con la obesidad (uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de esta enfermedad) se considera la epidemia del siglo XXI, ya que se ha convertido en una de las principales causas de enfermedad (ceguera o insuficiencia renal) y muerte precoces en los países desarrollados, en gran medida porque aumenta el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares.

Los síntomas de la enfermedad son diferentes dependiendo del tipo de diabetes. En el caso de la diabetes tipo II, los más comunes son sed excesiva, incremento de la cantidad de orina (proceso mediante el cual se expulsa ese exceso de azúcar en sangre), aumento del apetito, picores, vista nublada, sensación de malestar en el estómago o infecciones, entre otros.

La historia familiar, la edad, el exceso de peso, la falta de ejercicio o los malos hábitos alimentarios, entre otros, son factores que contribuyen a la aparición de la diabetes. Sin embargo, un control óptimo permite prevenir o retrasar la aparición de prácticamente todas las complicaciones asociadas tanto a medio como a largo plazo. Entre éstas, las más frecuentes, y más importantes en ocasiones que la propia enfermedad, son las patologías cardiovasculares, neurológicas, nerviosas, retinopatía (afeción ocular que puede conducir a la ceguera), cetoacidosis diabética,

hipertensión arterial, enfermedad periodontal o nefropatía.

» Situación en el mundo

India, China, Estados Unidos, Rusia y Japón son los estados con el porcentaje más elevado de personas diabéticas, una enfermedad que actualmente afecta, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Internacional de la Diabetes (FID), a unos 194 millones de personas en el mundo (cantidad que habrá ascendido a 333 millones en 2025, aumentando en casi un 20% en Europa) y mata a 3,2 millones.

Además, a esta cifra hay que sumar aquellos casos no diagnosticados, que se estiman en más de la mitad de las personas que la padecen. En nuestro país la diabetes afecta al 6% de la población, lo que significa que hay más de dos millones de personas que padecen la enfermedad.

A pesar de que el desarrollo de la diabetes se suele asociar con el estilo de vida característico de las sociedades desarrolladas (vida sedentaria, envejecimiento, tipo de alimentación, urbanización...), la OMS ya ha alertado sobre el catastrófico impacto de esta enfermedad en las poblaciones más desfavorecidas del mundo, prediciendo que patologías no contagiosas como la que nos ocupa o el cáncer se convertirán en la primera causa de muerte en los próximos 25 años en los países en vías de desarrollo.

Esta situación se explica por el alto grado de urbanización que han experimentado países como la India, lo que ha llevado a sus habitantes a adoptar costumbres propias de los países desarrollados y, por tanto, a sufrir sus enfermedades.

El problema en estos países radica en la inaccesibilidad a los servicios sanitarios mínimos, lo que conlleva un diagnóstico tardío y

las consiguientes complicaciones asociadas a la diabetes. A esto se une el excesivo coste que genera esta enfermedad, ya que los mecanismos para financiar la asistencia sanitaria requerida son inexistentes en la mayoría de estos países. Según datos de la OMS, el 80% de las familias paga directamente parte o la totalidad de sus medicamentos.

Aunque los determinantes de la diabetes son comunes en todo el mundo, el factor hereditario y las particularidades ambientales, culturales, sanitarias y sociales de cada entorno, no sólo pueden estar relacionadas con el incremento de esta patología, sino que configuran un perfil de riesgo propio cuyo conocimiento es necesario para adecuar en cada caso las medidas preventivas correspondientes.

Estas cifras y el aumento de su frecuencia en todo el mundo convierten a la diabetes en una patología con un crecimiento propio de una enfermedad epidémica.

» Una patología con un alto coste

Estamos ante una enfermedad que conlleva un elevado coste tanto económico como para la calidad de vida de las personas que la padecen, por la gran cantidad de complicaciones asociadas que conlleva.

Así, desde un punto de vista puramente material, la diabetes supone entre el 5 y el 10% del presupuesto sanitario mundial. Esta cantidad se podría situar en el 40% en 2025 si las predicciones actuales de la OMS y la FID sobre la prevalencia de esta enfermedad se cumplieren.

Hay estudios que estiman el coste medio global que genera un paciente con diabetes tipo II en 4.301 euros anuales; este gasto se reduce a 1.841 euros si el paciente no tiene complicaciones, las cuales además

reducen la esperanza global de vida en un 25%. Así, por ejemplo, la medicación para el control de la glucemia en diabetes tipo II supone no más del 10% del gasto global que provoca la enfermedad, mientras que el tratamiento para sus complicaciones duplica este porcentaje. Igualmente, las medidas preventivas para la nefropatía diabética conllevan un coste mucho menor que el tratamiento con diálisis, que supone 35.000 euros anuales por persona.

Centrándonos en el aspecto humano, podemos catalogar la diabetes como una enfermedad social, ya que su tratamiento conlleva en muchas ocasiones la degeneración de otros órganos (problemas en la vista, los pies o los dientes, entre otros) lo que hace que no sólo se tenga que tratar su aspecto biológico, sino también psicológico.

Las complicaciones generan la mayor parte del coste sanitario y humano de la diabetes. En gran medida éstas podrían ser evitadas gracias a una educación sanitaria en este sentido y la buena coordinación entre los distintos niveles asistenciales. El conocimiento de la enfermedad, el aprendizaje de una serie de habilidades, como la administración de la inyección de insulina, y conseguir una actitud positiva de las personas diabéticas permitirá al paciente poder tomar decisiones por sí mismo y desarrollar su vida de forma plena.

Desde todas las áreas relacionadas se aboga por un estilo de vida sano, donde prime una dieta equilibrada, la práctica de ejercicio físico, una correcta higiene, una medicación adecuada y revisiones médicas periódicas para mantener el control de la glucosa en sangre, así como exámenes encaminados a detectar precozmente la nefropatía (test de orina), suprimiendo totalmente el tabaco y el alcohol.



Las complicaciones generadas por la diabetes se podrían evitar en gran medida con una educación sanitaria en este sentido (conocimiento de la enfermedad, aprendizaje de una serie de habilidades,...) y la buena coordinación entre los distintos niveles asistenciales. Asimismo, conseguir una actitud positiva de las personas diabéticas permitirá al paciente poder tomar decisiones por sí mismo y desarrollar su vida de forma plena.

Burund

Burundanga, extraño nombre que puede poner en riesgo a aquellos que tengan como destino algún país latino. Se trata sólo del nombre vulgar de una determinada sustancia que, tras ser absorbida por la piel o mezclada con bebidas o alimentos, es usada para fines delictivos. En Colombia y Venezuela es principalmente utilizada contra las mujeres en delitos de violación y con otras víctimas para robarles, ya que la persona queda sometida a plena voluntad del delincuente.



¡Ojo c

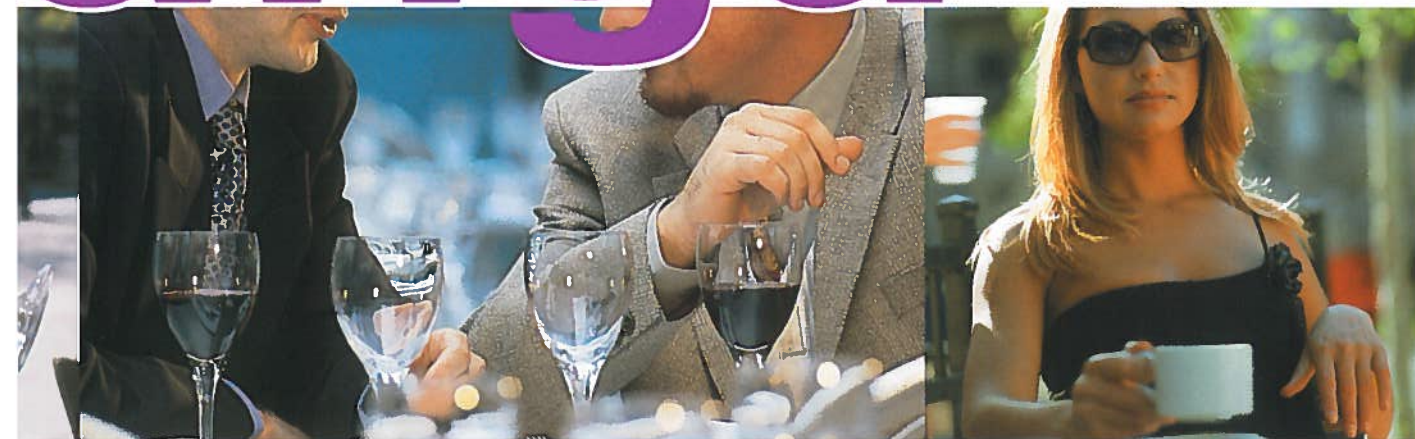
» ¿Qué es la burundanga?

Burundanga es el término popular, usado por brujas y hechiceros en ritos de la cultura precolombina de los chamanes, proviene del afrocu-bano y significa “brebaje utilizado para fines delictivos”.

Aunque no hay una sustancia específica identificada como burundanga, se le ha denominado así a cualquier hipnógeno capaz de controlar a una víctima con el fin de cometer actos ilícitos.

Es un brebaje a base de escopolamina, alcaloide que se extrae de plantas de la familia de las solanáceas, principalmente del cacao sabanero o borrachero y de la datura, planta de origen colombiano, se trata de una sustancia química que produce una intoxicación similar a la atropina, de manera que

angga



on lo que bebes!

TEXTO Dr. José María Pérez Sastre
Servicio Médico Iberia

los afectados tienen alucinaciones, alteraciones en el estado de conciencia y una pérdida de la memoria que al recuperarse les impide recordar lo que sucedió, por lo que se convierte en una eficaz arma para delinquir.

Se sospecha que el uso de diversas sustancias para tal fin, como son gases paralizantes posiblemente a base de éter o cloroformo, se administrarían inicialmente a la víctima desprevenida, adicionando luego escopolamina y/o benzodiazepinas y/o fenotiazinas en dulces, chicles, gaseosas, licores, etc.

Además se administra con mucha frecuencia a víctimas que han consumido previamente bebidas alcohólicas, lo cual hace más difícil determinar cuál o cuáles sustancias son las responsables del estado de intoxicación aguda en

que llega el paciente al servicio de urgencias.

» ¿Cómo es la intoxicación?

La Burundanga se absorbe rápidamente por vía digestiva, la mayoría de las veces se administra en dulces, chocolatinas, o bebidas como refrescos, cafés y licores. Es posible el ingreso por vía inhalatoria a través de cigarrillos preparados o polvo inhalado.

Desde el punto de vista farmacológico es un antagonista competitivo de los ésteres de la acetilcolina o de las sustancias parasimpaticomiméticas a nivel de sistema nervioso central y periférico, produciendo un cuadro típico anticolinérgico. De hecho tiene también indicaciones médicas, una de ellas muy relacionada con el medio aéreo: el mareo o mal del movimiento.

Al ser absorbida ocasiona un estado de pasividad completa de la víctima con actitud de automatismo, quien recibe y ejecuta órdenes sin oposición, desapareciendo los actos inteligentes de la voluntad, lo cual es aprovechado por los delincuentes.

El efecto máximo se alcanza durante una o dos horas y cede paulatinamente. Tiene una vida promedio de dos horas y media, sus efectos se prolongarán según la dosis absorbida.

Por sus características de polvillo insípido e incoloro, las recomendaciones sobre la Burundanga apuntan a no aceptar tragos ni otras bebidas de extraños, sobre todo en pubs y clubes nocturnos que son los sitios de donde se tiene indicios de que ocurren estos ataques.

En Venezuela se aplica el llamado "tranvía millonario", que consiste en aplicar la droga a la víctima, y después hacerla un recorrido por cajeros automáticos. En Colombia más del 50% de las intoxicaciones tratadas

en las salas de emergencia de los hospitales son debidas a la Burundanga, la cual se usa desde hace tiempo por los cacos callejeros para atontar a sus víctimas y conseguir así sus objetivos.

» Lo que debe saber sobre la Burundanga...

- El efecto del alucinógeno puede durar entre 2 y 6 horas. La dosis tóxica para adultos es mayor a la cantidad de 100 miligramos, en tanto que la de los niños es mayor a 10 miligramos.
- La droga se absorbe rápidamente a través del sistema digestivo y es por vía oral como se suele administrar, mediante la toma de café, refrescos o bebidas alcohólicas.
- La ingesta disminuye la secreción de saliva, produciendo sequedad de la boca, sed, dificultad para deglutir y hablar, las pupilas se dilatan y la visión se torna borrosa.
- Si la dosis es muy alta desencadena arritmias cardíacas, taquicardias severas, insuficiencia respiratoria o la muerte.
- Se recomienda ser cauteloso al aceptar bebidas o cigarrillos.
- Al sentir los síntomas es necesario conservar una adecuada oxigenación, controlar la hipertermia por medio de bolsas de hielo o

compresas frías, y permanecer en un sitio con iluminación de mediana intensidad. Pida ayuda a un médico y denuncie.

» Prevenir mejor que curar

Recomendaciones:

- Poner atención a las personas que se acercan en discotecas. Cuidado al entablar amistad con extraños.
- No dar a extraños datos comprometidos, como la dirección, su teléfono de la casa o del móvil.
- Es necesario tener mayor precaución con personas desconocidas que insistan en que ingieran licor.
- Si está "de fiesta", tome y fume lo que usted compró. Exija que la bebida sea preparada o destapada en frente suyo.
- Trate de andar en grupo con gente conocida y no se quede bebiendo con personas que no conoce.
- Si sale a bailar a la pista, vigile que no se acerque ningún desconocido a su mesa, pues puede colocarle la droga en el vaso.
- No aceptar bebidas de ningún desconocido.



Cuadro clínico por intoxicación de Burundanga

• Síntomas periféricos

Hay disminución de secreción glandular, la producción de saliva se suspende produciendo sequedad de boca, sed, dificultad para deglutir y hablar, pupilas dilatadas con reacción lenta a la luz, visión borrosa para objetos cercanos y puede existir ceguera transitoria; taquicardia acompañada, a veces, de hipertensión, enrojecimiento de la piel por vasodilatación cutánea y disminución de la sudoración. A nivel de orina puede producir espasmos del esfínter y retención urinaria. Dosis muy altas desencadenan arritmias cardíacas, taquicardia severa, fibrilación, insuficiencia respiratoria, colapso vascular y muerte.

• Sistema nervioso central

La escopolamina, al ser absorbida, ocasiona un estado de pasividad completa de la víctima con actitud de "automatismo", quien recibe y ejecuta órdenes sin oposición, desapareciendo los actos inteligentes de la voluntad y la memorización de hechos. En algunas personas puede causar desorientación, excitación, alucinaciones, delirio y agresividad. En dosis muy altas causa convulsiones, depresión severa, coma y aún la muerte.

Aunque se usa desde tiempos milenarios, lo que es realmente novedoso es su uso delictivo.

Recientemente un tripulante de Iberia fue intoxicado con Burundanga en Ecuador: entró a tomar un refresco en un local y desapareció durante 15 horas sin saber dónde estuvo ni lo que hizo. Le dejaron a la puerta del hotel después de robarle.



Nueva Regulación Profesional de la Enfermería Básica en el Sistema Nacional de Salud

Estatuto Marco

TEXTO Cristina Botello

EL SINDICATO DE AUXILIARES DE ENFERMERÍA (SAE) ha editado *Nueva Regulación Profesional de la Enfermería Básica en el Sistema Nacional de Salud. Estatuto Marco*, una obra que resume, relaciona, analiza y presenta la normativa que regula la política laboral del personal estatutario que trabaja en los servicios de salud de las comunidades autónomas en general y, específicamente, de los aspectos profesionales que afectan a los Técnicos (en cuidados auxiliares) de Enfermería.

Desde que el 25 de abril de 1986 la aprobación de la Ley General de Sanidad marcara el nacimiento de una nueva época sanitaria, la actividad normativa y organizadora en este sentido no ha cesado. En los últimos años la sanidad en nuestro país ha experimentado un cambio estructural significativo caracterizado por la transferencia de las competencias en materia sanitaria del INSALUD a las comunidades autónomas.

Asimismo, la planificación de los programas asistenciales a través de catálogos de prestaciones y de medicamentos y la incorporación al ordenamiento jurídico de las directivas de la Unión Europea en materia de salud pública, laboral y homologaciones profesionales, entre otros aspectos, han contribuido

a dibujar el nacimiento de una nueva época en la sanidad española.

La modernización que ha experimentado el Sistema Nacional de Salud en estos años se refleja en el marco normativo de referencia profesional. Entre noviembre de 2002 y diciembre de 2003 vieron la luz cuatro leyes básicas para la regulación de la sanidad.

El 14 de noviembre de 2002 se aprobó la Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, un texto fundamental por cuanto trata de impulsar el deber de todos los profesionales sanitarios a la realización de los registros sanitarios. El 28 de mayo de 2003 se aprobó la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, en la que se reconoce a los profesionales sanitarios como elemento esencial en la modernización y calidad del sistema. La Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias del 21 de noviembre de 2003 permite analizar, a partir de ésta y su interacción con el conjunto normativo, el derecho a la carrera profesional de los Técnicos (en cuidados auxiliares) de Enfermería. Y, finalmente, el 16 de diciembre de 2003 se promulgó

la Ley del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud, texto que profundiza en la valoración de los derechos del personal sanitario.

Nueva Regulación Profesional de la Enfermería Básica en el Sistema Nacional de Salud. Estatuto Marco se convierte en un compendio de estas cuatro leyes, dividido en tres capítulos. En el primero se realiza el análisis y valoración del Estatuto Marco; la carrera profesional en el marco normativo es el tema sobre el que gira el segundo apartado; y el registro de Enfermería se convierte en la materia central del tercero.

Finalmente, la obra concluye con un anexo en el que se recoge la Ley del Estatuto Marco y los extractos de la Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud y de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.

Por su contenido, esta publicación es fundamental para los Técnicos (en cuidados auxiliares) de Enfermería por cuanto les permitirá tener una visión más real del medio profesional y, en consecuencia, una potenciación de la mayor presencia del colectivo en los debates y una

más sólida reivindicación sobre los programas de política del personal. Lo que, a su vez, permite que el Sindicato de Auxiliares de Enfermería sea más firme en la defensa de los intereses de sus afiliados.

Así, esta obra se convierte en un manual esencial en el que poder consultar la legislación más reciente en materia de sanidad.



¿Cómo conseguirlo?

El libro se distribuye de forma gratuita para los afiliados al Sindicato de Auxiliares de Enfermería.

Aquellas personas no afiliadas que estén interesadas en conseguir un ejemplar podrán hacerlo por 3 euros en las secciones sindicales de esta organización sindical.

IX Certamen Nacional de Investigación



 **1^{er} PREMIO: 1.202 €**

 **ACCÉSIT: 300 € + Inscripción al Congreso Nacional**

 **MENCIÓN ESPECIAL: Inscripción a la revista NOSOCOMIO**

Dirigido a Auxiliares de Enfermería que desarrollen su profesión en cualquiera de los ámbitos de la sanidad o que posean la titulación requerida aunque no ejerzan.

Plazo de presentación de los trabajos:

Hasta el 28 de febrero de 2005

Remita su trabajo a: FAE

C/ Fuencarral, 77 - 6^o izda.
28004 Madrid
Tel.: 91 521 52 95
Fax: 91 521 53 83
E-mail: fae@furnet.es

Bases

1

El Premio FAE consta de un primer premio de 1.202 euros, un accésit de 300 euros, una inscripción al congreso anual de FAE y una mención especial que incluye una inscripción a la revista *Nosocomio* por un año (los premios están sujetos a las retenciones legalmente establecidas). Está dirigido a Auxiliares de Enfermería y TCAE, tanto a los que desarrollan activamente su labor profesional en cualquiera de los ámbitos de la sanidad como a los que, encontrándose en posesión de la titulación, no la ejercen en la actualidad.

2

Entrarán a concurso todos aquellos trabajos remitidos a la sede de FAE (C/ Fuencarral, 77 - 6º izq. 28004 Madrid), de los que se requieren sean originales, novedosos, inéditos y que estén relacionados con la temática propia de la sanidad o la salud. Deberán ir acompañados en una hoja aparte de los datos personales de todos los autores; nombre, apellidos y DNI, así como también la dirección y el teléfono de al menos uno de ellos. Quedarán fuera de concurso los temas premiados en los años anteriores ("El enfermo terminal", "Alzheimer", "Úlceras por presión", "Desinfección y esterilización", "Esclerosis Múltiple", "Accidente Cerebro Vascular —ACV—", "Trasplante autólogo de precursores hemopoyéticos", "Lactancia materna", "Caries y periodontitis", "Rehabilitación del enfermo esquizofrénico crónico", "Insatisfacción laboral en enfermería y su tratamiento", "Geriatría y Gerontología, el Auxiliar de Enfermería y las escalas de valoración en una población psicogeriátrica", "Parapléjicos y tetrapléjicos", "Satisfacción de los usuarios con los cuidados prestados por las Auxiliares de Enfermería en la unidad de cuidados intensivos coronarios", "Técnicas de trabajo del Auxiliar de Enfermería en las quemaduras", "Reconocimiento del trabajo y responsabilidad del Auxiliar de Enfermería en quirófano").

3

Se valorarán los aspectos científicos y técnicos de los trabajos, así como su interés social y profesional y la labor investigadora desarrollada en los mismos.

4

Los trabajos deberán presentarse en tamaños DIN A-4, acompañados de soporte informático en Windows 95 o 98, mecanografiados a una cara a doble espacio, en castellano y con margen lateral, superior e inferior, con páginas numeradas. 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, título del libro, editorial, fecha y lugar de publicación. Se podrán presentar los trabajos acompañados de soporte documental, fotografías, diapositivas y vídeos que realcen la presentación de los mismos.

5

El premio tendrá periodicidad anual y ámbito nacional. La fecha límite de presentación de trabajos será el 28 de febrero del año 2005.

6

El tribunal estará compuesto por cinco miembros, dos destacados profesionales del mundo sanitario, dos miembros de FAE y un representante nombrado por el patrocinador.

7

El premio se entregará el 12 de mayo, Día Internacional de la Enfermería, siendo inapelable la decisión del tribunal, que puede declarar desierto el premio. Su adjudicación se comunicará directamente a los interesados, haciéndose público a través de los medios de comunicación que FAE considere oportunos.

8

Los trabajos remitidos no serán devueltos y pasarán a ser propiedad de FAE, que se reserva el derecho a su inserción en las publicaciones que estime convenientes, respetando la autoría de los mismos.

9

No podrán optar al premio FAE los miembros del Patronato y el Comité Científico de NOSOCOMIO.

10

La participación en el premio supone la aceptación de las presentes bases.

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.

Reconocimiento del trabajo y responsabilidad del Auxiliar de Enfermería de Quirófano

MARÍA SOLEDAD MONTES CALERO

*Auxiliar de Quirófano
Hospital Infanta Cristina (Badajoz)*

La palabra "quirófano" es muy extensa, teniendo en cuenta los trabajos y especialidades que en ellos se desarrollan, por su valor y progreso en la ciencia y aplicación en la sanidad.

Se han de tener siempre presentes los equipos de especialidades que en ellos trabajan junto al personal de enfermería, celadores, limpiadoras, etc., colaborando en superar los inconvenientes que se presenten.

En el equipo de quirófano hay una parte poco llamativa, pero muy importante, que es el trabajo del Auxiliar de Enfermería.

Antes el Auxiliar de Enfermería era el contacto directo entre el médico, la enfermera y el enfermo, por lo que casi siempre estábamos en contacto colaborando con nuestro trabajo.

Hoy parece que no aportamos mucho a la sanidad, así como al desarrollo del progreso o trabajo

en quirófano, dado que pocas veces se nos tiene en cuenta para opinar, escuchar o asistir a algunas charlas instructivas para mejorar nuestro conocimiento.

Siento tristeza al ver cómo las nuevas generaciones de Auxiliares de Enfermería se mueven o trabajan de forma mecánica dentro de un área tan extensa, responsable y bonita, como son el funcionamiento de los quirófanos en cualquier especialidad. Hacen su trabajo de forma rutinaria, sin reconocer que el fruto y buen hacer de su trabajo y las intervenciones no sólo dependen de personal especializado, sino también de nosotros, ya que con nuestro trabajo y colaboración les ayudamos a ellos.

Debemos cuidar mucho nuestra ética profesional y nuestra conciencia quirúrgica. Que el paciente que va a ser intervenido reciba lo mejor de cada uno y que el entorno en el que se vayan a realizar las funciones sea un lugar lo más idóneo para este no sólo depende de las Auxiliares de Enfermería, sino de todo el equipo de trabajo, enfermeros, celadores, etc. No debemos olvidar nunca que nuestro objetivo principal ha de ser siempre el bienestar del paciente.

Comenzaré por relatar algunos apuntes sobre nuestra función en quirófano, desde el comienzo de cualquier turno o jornada.

Recibimos la lencería y la distribuimos en su lugar correspondiente. A continuación leemos de la parte de operaciones y vamos supervisando y colocando el instrumental necesario para cada intervención; así como comunicamos la carencia de algún instrumental especial que tengamos que reclamar porque sabemos que va a ser utilizado posteriormente, durante la intervención.

La voz de alarma la solemos dar nosotros, haciendo saber a

la supervisora o enfermera la necesidad del equipamiento antes de que llegue el enfermo, contribuyendo de este modo a no retrasar la intervención.

Cuando llega el enfermo a quirófano, le saludamos o le recibimos junto al personal enfermero de ese quirófano. Intentamos aportarle la sensación de cercanía con preguntas sencillas como qué tal está, si tiene frío, si los familiares están esperándole fuera, si necesita algo, etc.

A veces, los nervios o la preocupación del enfermo vienen originados por no haber visto a sus familiares en el traslado de la habitación o de la unidad de urgencias al quirófano. En estos casos, salimos, nos interesamos y se lo comunicamos al enfermo, para que esté tranquilo, ya que su estado al entrar en quirófano es de miedo, inseguridad, impotencia, temor; por ello tratamos de calmarle y darle compañía.

También le vamos informando y presentando a los ATS y médicos, en general al personal que estará con él durante la intervención, para que se sienta confiado y acompañado.

Hay ocasiones en que se necesita nuestra colaboración dentro del propio quirófano, y ahí estamos con nuestro trabajo y eficacia.

Cuando la intervención se complica y hay que correr, traer o llevar, poner y cambiar cajas de instrumental, sueros templados, etc., nosotros respondemos profesionalmente, pues somos conscientes y responsables de nuestro trabajo y las necesidades del momento.

Al salir el enfermo de quirófano, cuando va a despertar, procuraremos atenderle, junto a la enfermera, según las necesidades.

Finalizada la intervención se recoge el instrumental. En ese momento debemos tener en cuenta

que no falte ningún elemento. Se limpia y desinfecta, dado que existen enfermedades infectocontagiosas y cualquier negligencia del personal puede ser un peligro para la vida del paciente y de todos los trabajadores. Por ello la higiene personal es estricta y el cumplimiento riguroso de los métodos de limpieza, manipulación y descontaminación requieren una firme conciencia quirúrgica. El Auxiliar de Enfermería juega un papel indispensable en ello.

Al término de la intervención y al finalizar el turno, se limpia y desinfecta el quirófano, con la ayuda de la limpiadora y con la responsabilidad de que quede todo en orden.

Entre otras obligaciones, está la de mantener las dependencias de intermedia, farmacia, lencería, almacenes, etc., para que no sean cúmulos de polvo y prevenir así un mal mayor.

Es parte de nuestro cometido la reposición, durante la intervención, de sueros y jeringas, sistemas, gasas, etc. Que todo lo que se necesite dentro y fuera de quirófano se encuentre completo.

Asimismo, viendo el remanente, requerimos la ropa estéril necesaria para el día siguiente.

A ayudamos a hacer los pedidos de almacén y farmacia.

Creo que con todo esto, y algunas cosas más, nuestra colaboración y trabajo, aunque poco llamativas, son importantes para el buen funcionamiento y desarrollo de los trabajos que componen un quirófano.

Por esta razón, considero necesario tener un reciclaje continuo, con más información y cursos, sobre todo aquello que compete a nuestro trabajo y responsabilidad, como son la utilización de nuevas tecnologías, para no acusar las barreras profesionales que existen para los Auxiliares de Enfermería de quirófano.



Auxiliares de Enfermería ante la metodología informática

M^º. DOLORES GARCÍA-PANTALEÓN
ANA VILLAR CANO
*Hospital Universitario Reina Sofía
Andalucía*

En el siglo XXI, la informática se impone en todos los ámbitos de la vida. Por tanto, como no podía ser menos, acabará imponiéndose en toda la medicina hospitalaria, siendo nuestro centro de trabajo uno de los pioneros de la aplicación de los avances que nos brinda la tecnología informática.

Nuestra aplicación "FLOR +" registra todas las necesidades y requerimientos en las historias clínicas de los pacientes ingresados en planta. Esta aplicación consiste en ir introduciendo, a través de una serie de ventanas que aparecerán en el monitor y utilizando una simbología, datos tales como habitación, cama, hora, nombre del paciente, etc.

Los registros que realizamos los Auxiliares de Enfermería para

llevar a cabo todas las necesidades y requerimientos de un paciente, permiten y aseguran la continuidad de sus cuidados y su aplicación al cien por ciento, lo que redundará en su propio beneficio.

Las hojas clínicas se componían de una serie de hojas en las que el personal asignado en planta anotaba las incidencias producidas en el transcurso de la jornada,

de acuerdo a las indicaciones pertinentes del facultativo.

- Tratamiento.
- Dieta.
- Cuidados.
- Curas.
- Tomas de constantes (diuresis, temperatura...).

Además se llevaba un libro de novedades, donde se anotaban

aquellas otras incidencias surgidas durante el turno (mañanas, tardes o noches).

Con este método, a veces se obviaban algunas acciones por no tener una agenda (de necesidades/requerimientos), de la que hoy ya disponemos.

FLOR +

A continuación pasamos a explicar todos y cada uno de los pasos que conlleva la aplicación "Flor +".

Se accede al programa mediante una clave y código personal. Seguidamente aparece en el monitor "acciones de enfermería".

- Agenda.
- Año.
- Auxiliar.
- Día.
- Cama.
- Hora.
- Paciente.
- Acciones enfermería.
- E.A.

Los campos "cama", "paciente", y algunas "acciones de enfermería" aparecerán directamente en pantalla, por haber sido asignadas previamente por la enfermera en el momento del ingreso en planta del paciente (figura 1).

- "x": marca acciones una a una.
- "m": marca todas las acciones con hora asignada.
- "d": desmarca acciones.
- "h": para cambiar la hora asignada.
- "a": añadir nuevos cuidados.
- Cursor abajo/arriba para elegir paciente.
- Enter.

Si lo que queremos es añadir alguna acción nueva, pulsaremos la tecla "A", que dará paso a una ventana donde nos aparece

FIGURA 1. MÓDULO CCT

Registro personal				
Aux.: Teresa Teresa Teresa				Día: 12-09-2002
Cama	Hora	Paciente	Acciones de enfermería	
105A	---	Cecilia Cecilia	Adecuar habitación al alta	/
105A	09	Cecilia Cecilia	Aliment./Hidra. oral. Pac. Aut.	X
105A	09	Cecilia Cecilia	Higiene general. Pac. Autónomo	X
105A	09	Cecilia Cecilia	Arreglo de camas. Cama libre	X
105A	09	Cecilia Cecilia	Comu. con pac/fam. Hablar/Escucha	X
105A	10	Cecilia Cecilia	Retirar bandeja de comida	X
105A	13	Cecilia Cecilia	Aliment./Hidra. oral. Pac. Aut.	X
105A	14	Cecilia Cecilia	Retirar bandeja de comida	X
105A	---	Muñoz Muñoz	Adecuar habitación al alta	/
105B	09	Muñoz Muñoz	Aliment./Hidra. oral. Pac. Aut.	X
105B	09	Muñoz Muñoz	Higiene general. Pac. Autónomo	X

F1 - Aceptar ? - Ayuda
ttyeb

la opción requerimientos/necesidades (figura 2).

R Ingr, Tras, Alta >
 N Respiración >
 N Aliment/Hidratación >
 N Eliminación >
 -
 -

- Cursor abajo/arriba para elegir necesidad.

- Cursor derecha.
- Cursor abajo/arriba para elegir actividad.

Con el cursor flecha arriba/flecha abajo nos colocamos en la acción que queremos ejecutar. Pulsamos cursor derecha y nos aparece el catálogo de actividades que tiene ese requerimiento o necesidad (figura 3).

FIGURA 2. MÓDULO CCT

Registro personal				
Aux.: Teresa Teresa Teresa				Año: 2002
				Día: 12-09-2002
Cama	Hora	Paciente	Acciones de enfermería	
105A	---	Cecilia Cecilia	R Ingr. Tras. Alta	->
105A	09	Cecilia Cecilia	N Respiración	-> /
105A	09	Cecilia Cecilia	N Alimentación/Hidratación	-> /
105A	09	Cecilia Cecilia	N Eliminación	-> /
105A	09	Cecilia Cecilia	N Movilización	-> /
105A	09	Cecilia Cecilia	N Reposo-sueño	-> /
105A	10	Cecilia Cecilia	N Vestirse	-> /
105A	13	Cecilia Cecilia	N Termorregulación	-> /
105A	14	Cecilia Cecilia	N Higiene/piel	-> /
105A	---	Muñoz Muñoz	N Seguridad	-> /
105B	09	Muñoz Muñoz	N Comunicación	-> /
105B	09	Muñoz Muñoz	Arreglo de camas. Cama libre	/

F1 - Aceptar ? - Ayuda
ttyeb

FIGURA 3. MÓDULO CCT

Registro personal		Año: 2004
Aux.: Purificación Martínez Vidal		Día: 24-02-2004
Cama	IT-1 R. acogida pac. y fam.	
1319BA	IT-2 R. ubicación del pac.	
1319BA	IT-3 R. montaje de H.C.	
1319BA	IT-4 R. Val. de enf. al ingr.	
1319BA	IT-5 R. trasl. pac. otra Unidad	
1319BA	IT-6 R. trasl. pac. pruebas compl.	
1319BA	IT-7 R. trasl. pac. interv. qca.	
1319BA	IT-8 R. trasl. pac. otro cento	
1319BA	IT-9 Trasl. acompañar al pac.	
1319BA	IT-10 Recep. tras pruebas compl.	
1320AA	IT-11 Recep. tras interv. quirúrgica	
1320AA	IT-12 R. informe de enf. al alta	
1320AA	IT-13 Realizar cuidados post-mortem	
	IT-14 Recoger-unificar H.C. al alta	

F1

Se pulsa la tecla "Enter/Intro" para fijar la acción; apareciendo a la derecha un asterisco (*). Pulsando el cursor izquierdo aparece una "ventana" horaria; el cursor arriba/abajo nos deja seleccionar la hora, una vez sobre ella pulsamos "Enter/Intro" para fijarla (figura 4).

- Enter (*) + cursor izquierdo.
- Cursor izquierdo cuando se haya terminado el registro de ese paciente.

El cursor izquierdo nos devuelve a la ventana de requerimientos y necesidades, y si no deseamos ninguna, pulsamos de nuevo el cursor

FIGURA 4. MÓDULO CCT

Registro personal		Año: 2002
Aux.: Antonia Antonia Antonia		Día: 13-09-2002
Cama		
703A	09 Redondo Redondo	Alimer
703A	09 Redondo Redondo	Vestir
703A	09 Redondo Redondo	Higiene
703A	09 Redondo Redondo	Arreglo
703A	09 Redondo Redondo	Comu.
703A	10 Redondo Redondo	Retirar
703A	13 Redondo Redondo	Alimer
703A	14 Redondo Redondo	Retirar

F1 -

ttyz3

- Enter (*) + cursor izquierdo.
- Cursor abajo/arriba para elegir la hora.

izquierdo para "salir". Una vez introducidos todos los datos, pulsamos "F1", grabando y dando por

finalizada la sesión de trabajo. Si lo que deseamos es imprimir, pulsamos la tecla "F4".

- F1 para salir.

Para consultar un plan de cuidados:

Planes de cuidados estandar (Enter):

- Cursor arriba/abajo para elegir el plan.
- Cursor derecha.
- Cursor arriba/abajo para elegir el día.
- Enter.
- Cursor arriba/abajo para elegir día.
- Enter.

Para dar a un paciente de alta:

1. Registra la AE añadiendo el alta.
2. Registra la E.
3. Se imprimen los cuidados realizados en el día del alta y los del día anterior.

NOTA: antes de comunicar el alta o traslado de un paciente a admisión, hay que realizar el registro y la impresión de los cuidados de las 24 horas del día anterior y los cuidados del día actual.

1. Agenda y planificación (Enter)

- F4
- Por defecto aparecerá tu impresora, en caso de no aparecer:
 - Cursor abajo/arriba para elegir impresora.
 - Dos veces Enter.

La Agenda de Trabajo de "FLOR +" está planificada para 24 horas. En el turno de noche se imprimen los cuidados con objeto de dejar constancia escrita y evaluar la evolución

de cada uno de los pacientes. Todos y cada uno de estos registros se archivan en la hoja clínica de cada paciente. Pese a las ventajas de la informática aplicada a la gestión de enfermería, se necesita tener constancia escrita de la evolución de los pacientes para su posterior consulta en cualquier momento y su informe de alta hospitalaria.

OBJETIVOS

Pretendemos comprobar la utilidad de la informática aplicada al seguimiento de los enfermos en planta, que tradicionalmente se venía haciendo mediante "carpetas" llamadas "historias clínicas".

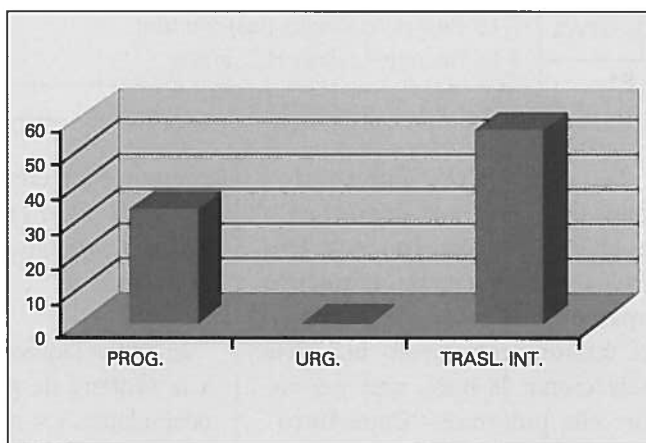
Otro de los aspectos positivos del rendimiento de la aplicación informática es la obtención de

diversas estadísticas que nos ayudan a verificar la gestión no solamente de una planta, sino que puede ayudar a los responsables de las diferentes áreas del centro a hacer un mejor aprovechamiento de los recursos humanos, materiales, etc.

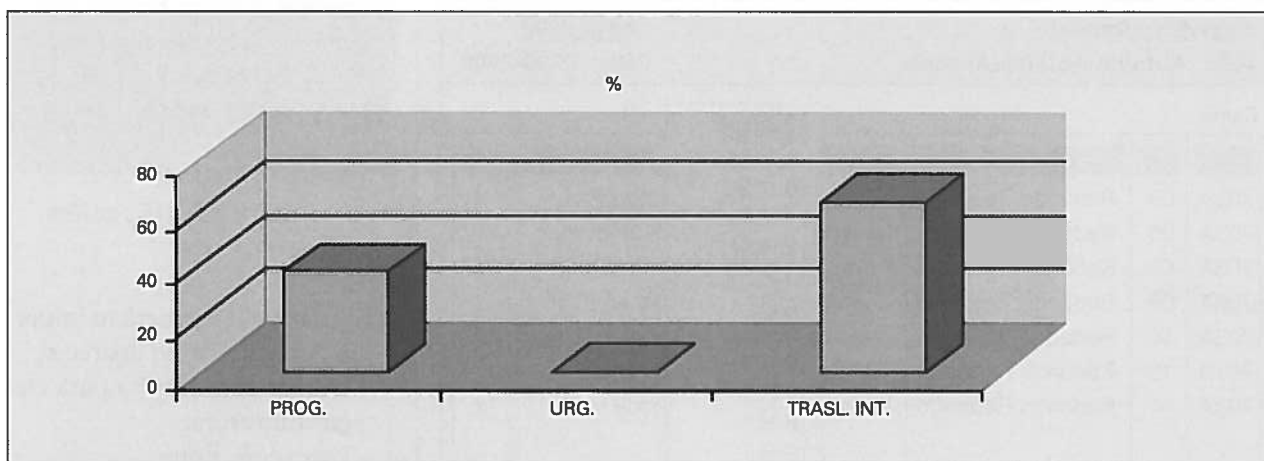
Como muestra incorporamos tablas de los movimientos sufridos por planta tercera B, Cirugía Torácica.

Estadística mensual

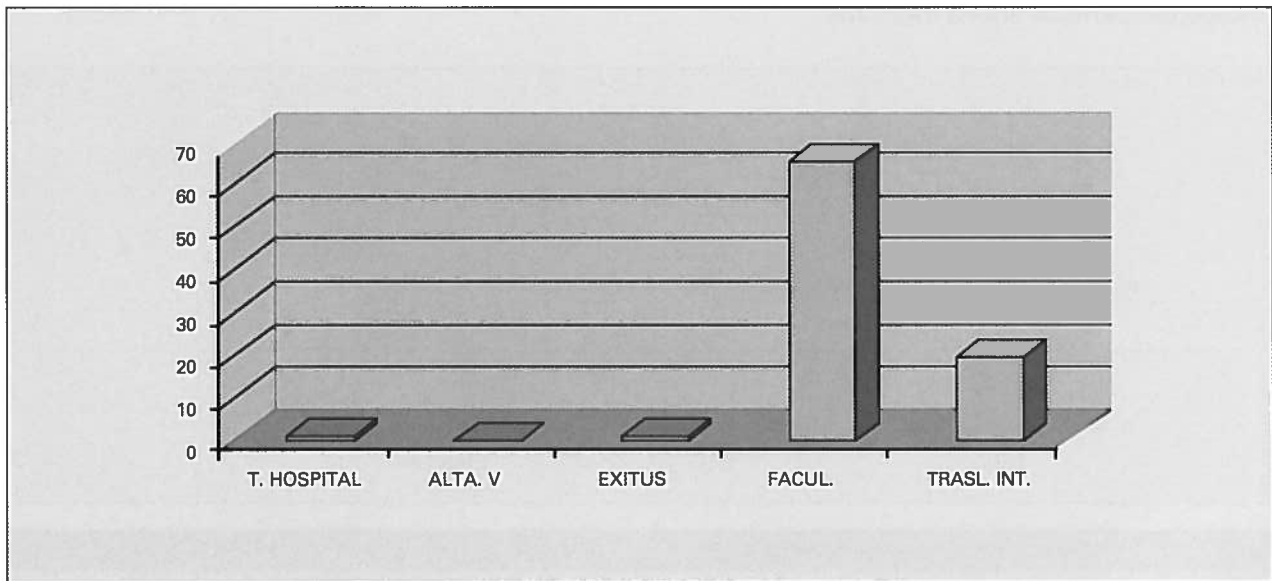
INGRESOS				
EXTERNOS			TRASL. INT.	TOTAL
TOTAL	PROG.	URG.		
33	33	0	56	89



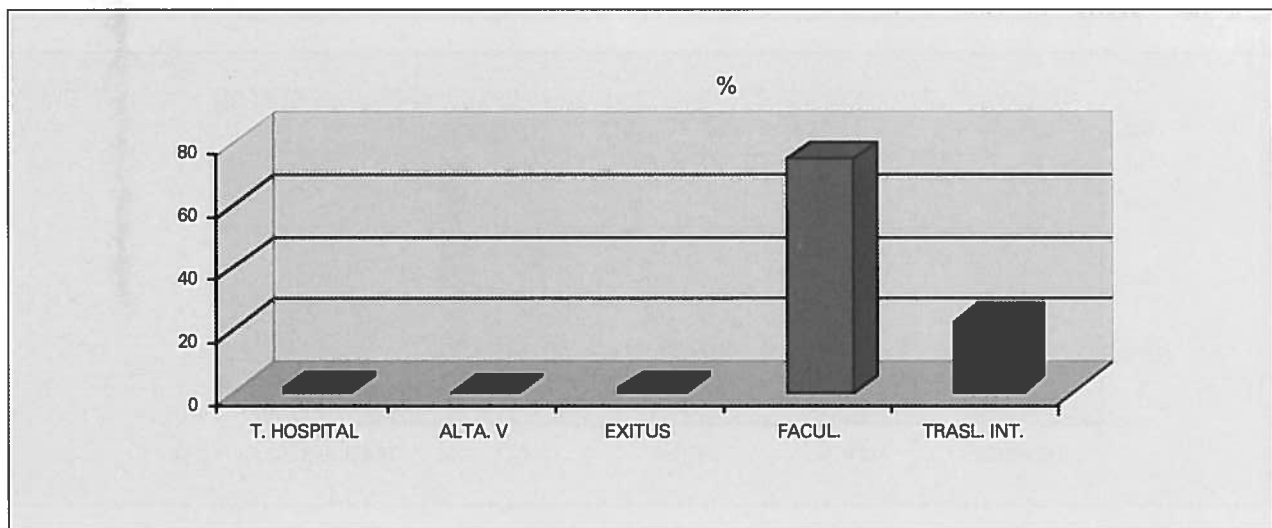
Índice porcentual sobre ingresos



ALTAS						
EXTERNAS					TRASL. INT.	TOTAL
TOTAL	T. HOSPITAL	ALTA. V	EXITUS	FACUL.		
64	1	0	1	62	19	83

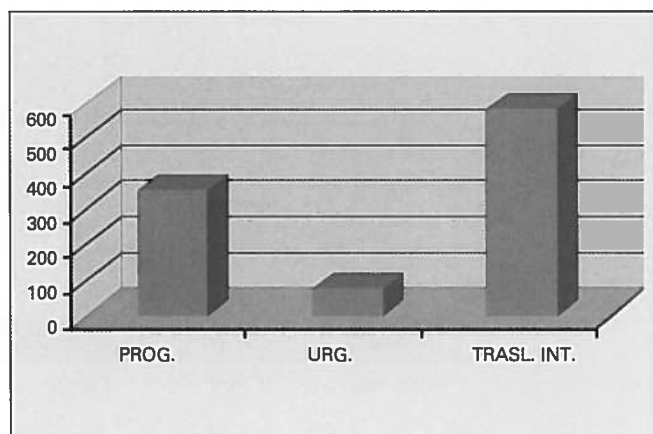


Índice porcentual sobre altas

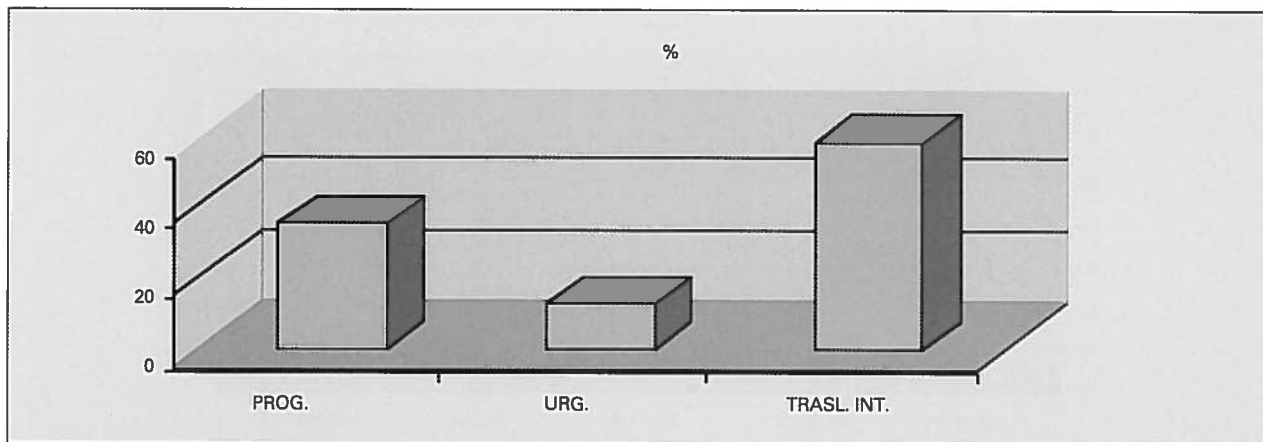


Estadística anual

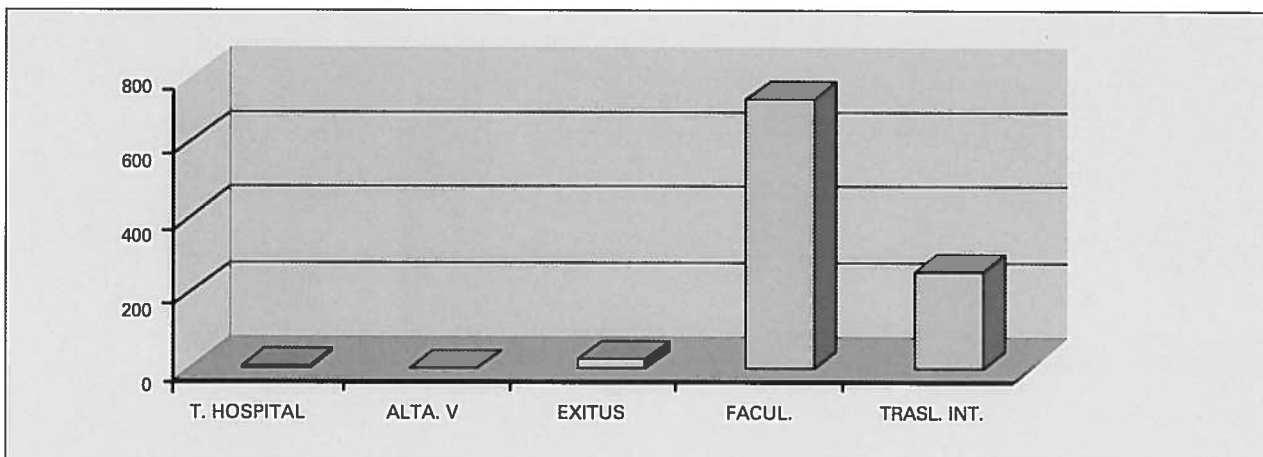
INGRESOS				
TOTAL	EXTERNOS		TRASL. INT.	TOTAL
	PROG.	URG.		
423	350	73	579	1.002



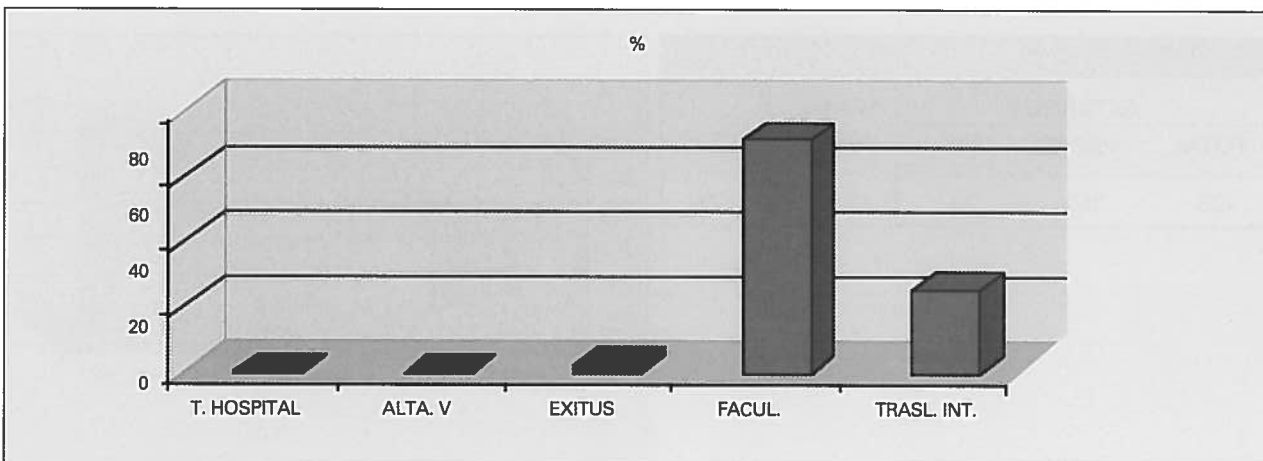
Índice porcentual sobre ingresos



ALTAS						
TOTAL	EXTERNAS				TRASL. INT.	TOTAL
	T. HOSPITAL	ALTA. V	EXITUS	FACUL.		
745	5	1	25	714	255	1000



Índice porcentual sobre altas



Metodología

Tipo de estudio transversal

Sujetos sobre un estudio realizado en treinta enfermos al azar ingresados en la planta tercera B (Cirugía Torácica, Trasplante de Pulmón y Neumología) observaremos que en los cuidados referentes a variables recogidos hacen referencia a:

- Ingresos.
- Movilización.
- Higiene.
- Eliminación.
- Comunicación.

Cada uno de estos enfermos, independientemente de lo establecido en los protocolos específicos, tiene unas necesidades de acuerdo con su problemática.

Ingresos

A nuestros pacientes se les practica a su ingreso lo que nosotros llamamos "acogida paciente y familiar". El Hospital Reina Sofía recibe pacientes de otras provincias y no conocen el centro, para que su entrada y estancia no resulten traumáticas ofrecemos un tratamiento personalizado, lo que conlleva nuestra presentación, ubicación (habitación, cama, etc.), entrega de ropa hospitalaria y para el aseo personal. El requerimiento de ingreso puede abarcar otras necesidades.

Movilización

Dependiendo del estado físico del enfermo a su ingreso, necesitará una serie de ayudas parciales/totales, como por ejemplo:

- Levantar. Ayuda total.
- Sentar sillón. Ayuda total o parcial.
- Cambios posturales, horarias/turno, etc.

Estas ayudas van cambiando en función de la evolución positiva del enfermo, salvo casos excepcionales, en los que su patología no presenta mejoría.

Higiene

En el caso del enfermo para trasplante de pulmón o cirugía torácica se requiere una higiene específica consistente en rasurado y ducha con un desinfectante.

Los Auxiliares de Enfermería realizan la higiene de aquel enfermo limitado en su movilidad, al que tenga capacidad de movilidad se le invitará al aseo diario.

Eliminación

Una de las acciones de este apartado es la diuresis, que no todos los pacientes estudiados la requieren.

Dentro de los que la necesitan nos podemos encontrar con dos casos muy concretos:

- Cambio de bolsa por sonda vesical.
- Vaciado de copa donde el enfermo o el Auxiliar de Enfermería ha ido depositando la orina. Esta anotación se hace por turnos (mañana, tarde, noche) o cada veinticuatro horas.

Otra de las necesidades que pueden plantearse es el cambio de pañal. Como es de suponer, nos referimos a pacientes que por su edad o patología padecen incontinencia.

El enema de limpieza es obligatorio en todos aquellos pacientes que van a ser trasplantados o para aquellos que lo prescriba el facultativo.

Comunicación

Esta necesidad, a nuestro juicio, es una de las más fundamentales

por ser de aspecto psíquico, dado que el enfermo llega al centro desorientado, con miedo, ansioso, expectante, etc. Es muy importante transmitir por los Auxiliares de Enfermería un clima de tranquilidad y seguridad en un primer contacto, para que el paciente pueda sentirse cómodo en un lugar desconocido. Se le acompaña a su habitación informándole de la ubicación del teléfono, luz de cabecera, timbre, etc. También se le facilita el contacto con otros pacientes para que su comunicación le ayude en su estancia. En todo momento se debe tener informado al enfermo de todas sus demandas.

En esa estancia son observadas para su evaluación posterior circunstancias como:

- Relaciones familiares.
- Síntomas de disfunción sexual.
- Capacidad de comunicación.

Estos datos, recogidos con el mayor cuidado, nos permiten un grado de eficacia muy importante en el seguimiento de la evolución de los pacientes.

Gracias al programa "FLOR +", todos estos datos están perfectamente registrados, quedando patente su efectividad y mejora con respecto al sistema tradicional.

Método de recogida (para el estudio)

Para obtener información sobre la cumplimentación de los cuidados realizados, hemos elegido un día al azar en el que hemos sacado el registro de cuidados de los treinta pacientes incluidos en el estudio.

Análisis estadístico

De cada una de las variables hemos realizado análisis descriptivo mediante distribución de frecuencias, pues todas ellas son categóricas.

Resultados

Las actividades que con más frecuencia se realizan en este tipo de pacientes son las expresadas en la siguiente tabla:

INGRESOS, ALTAS, TRASLADOS

REQUERIMIENTOS	Nº	%
Acogida paciente/familiar	5	16,67
Ubicación del paciente	5	16,67
Trasladar paciente a otra unidad	2	6,67
Trasladar paciente pruebas complementarias	4	13,34
Trasladar paciente intervención quirúrgica	1	3,34
Recepción tras prueba complementaria	4	13,34
Recepción intervención quirúrgica	1	3,34
Adecuar habitación al alta	5	16,67

MOVILIZACIÓN

NECESIDADES	Nº	%
Ayudar a deambular	2	6,67
Colocar alargadera oxígeno	3	10
Levantar ayuda parcial	4	13,34
Levantar ayuda total	2	6,67
Acostar ayuda parcial	5	16,67
Acostar ayuda total	2	6,67
Sentar al sillón. Ayuda parcial	3	10
Sentar al sillón. Ayuda total	2	6,67
Cambios posturales. Ayuda parcial	3	10
Cambios posturales. Ayuda total	2	6,67

HIGIENE

NECESIDADES	Nº	%
Higiene general. Pac. autónomo	26	86,67
Higiene general. Ayuda parcial	4	13,34
Higiene general. Ayuda total	2	6,67
Cuidados del cabello. Lavado	1	3,34
Arreglo de camas. Cama libre	26	86,67
Arreglo de camas. Cama ocupada	2	6,67

ELIMINACIÓN		
NECESIDADES	Nº	%
Acompañar al baño	3	10
Poner botella/cuña	3	10
Incontinencia. Poner pañal	2	6,67
Medir diuresis	12	40
Colocar sonda rectal	1	3,34
Enema evacuador de limpieza	2	6,67
Montar aspirador liqui. corp.	1	3,34
Mantener aspirador liqui. corp.	1	3,34
Retirar aspirador liqui. corp.	1	3,34

COMUNICACIÓN		
NECESIDADES	Nº	%
Facilitar comu. Pac./fam.pres.fisica	5	10,67
Comunicación paciente/familiar. Hablar	15	50
Comunicación paciente/familiar. Escuchar	10	33,34
Facilitar contacto otros pacientes	3	10
Informar al paciente	10	33,34
Informar a los familiares	10	33,34
Valorar relaciones familiares	7	23,34

CONCLUSIONES

Como se puede comprobar en las tablas anteriores, la informática nos ayuda a llevar un mejor control de nuestro trabajo, quedando registrados los requerimientos y necesidades, con lo cual se obtienen datos que nos ayudan a una mejor atención al cliente externo.

AGRADECIMIENTOS

Unidad de Docencia del Hospital Universitario Reina Sofía y al supervisor de la tercera B.

Factores desencadenantes de estrés en el paciente cardiológico



MILAGROS RICO AGUILAR
CARMEN DEL AGUA PARDO
MARÍA SILVA BOHÓRQUEZ
M^º ÁNGELES RODRÍGUEZ NÚÑEZ
NURIA BUENO ALBA
TONI LAVADO SANTISTEBAN
MARISA SOPEÑA DE VEGA

M^º JOSÉ CRUZ PEREIRA (SUPERVISORA DEL SERVICIO)

*Auxiliares de Enfermería del Servicio de Cardiología.
Hospital Regional Universitario Infanta Cristina. Badajoz.*

INTRODUCCIÓN

Generalidades acerca del estrés

El término “estrés” es difícil de definir, significa diferentes cosas para distintos autores. Cannon, en 1936, lo describió como la respuesta de ataque o fuga con la que el organismo se prepara para hacer frente a peligros inmediatos. Mientras, Selye, en 1976, reconocido como padre de la teoría del estrés, lo describe como el deterioro natural del cuerpo y establece que existe el “eustress” o estrés positivo y “distress” o estrés negativo. Desde luego está claro que las investigaciones muestran que el cuerpo sí opone distintos tipos de respuesta ante riesgos diferentes. En la enfermería,

científicos como Shaver (1985) o Sterley y Donnelly (1981) enlazan ambiente, mente y cuerpo. En ello reflejan un punto de vista en el que estas tres instancias formarían una unidad integral.

Fue Cannon quien introdujo el concepto de homeostasis (“equilibrio”), ya que a lo largo de la historia ha existido la creencia de que la salud es el resultado de un estado de equilibrio: el cuerpo humano tiene cambios continuos del pulso cardiaco, de la presión sanguínea, del equilibrio hídrico, etc., para conseguir una armonía en su funcionamiento y para adaptarse al entorno que le rodea. Sobre este concepto de equilibrio escribieron algunas de las personas más importantes

de la historia de la medicina, entre ellos Hipócrates, el padre de la medicina, y Claude Bernard, el padre de la filosofía. La definición de la homeostasis, pues, incluye los entornos tanto internos como externos y los equilibrios tanto fisiológicos como psicológicos. Hay dos tipos de homeostasis: fisiológica y psicológica.

Homeostasis fisiológica

Los mecanismos homeostáticos fisiológicos están controlados principalmente por el sistema nervioso autónomo y el sistema endocrino. Otros sistemas corporales son también, en menor medida, el sistema respiratorio, el cardiovascular, el gastrointestinal y el renal. Estos mecanismos se

regulan sin necesidad de un pensamiento consciente y suelen funcionar para corregir condiciones anormales. Los mecanismos de regulación del cuerpo reaccionan constantemente con el fin de mantener la salud. Cuando una persona está enferma o sometida a estrés a largo plazo los mecanismos continúan buscando un equilibrio, pero pueden llegar a ser ineficaces; entonces el resultado es un aumento de la enfermedad o incluso la muerte.

Homeostasis psicológica

Es también necesario para mantenerse sano el ser humano un buen estado de bienestar mental.

Todas las personas necesitan de afecto, sensación de seguridad y salvaguarda de su autoestima, modo de vida y costumbres. Cuando estas necesidades no se cubren o se produce una amenaza para su logro, se utilizan medidas homeostáticas en la forma de mecanismo de defensa o superación para volver a su equilibrio emocional

Concepto de estrés

El estrés es el estado resultante de un cambio ambiental que la persona percibe como desafiante, amenazador o lesivo de su equilibrio. Se acompaña de un desequilibrio real o percibido por la persona. El cambio o estímulo que motiva dicho estado es el factor estresante o estresor.

El objetivo es la adaptación o el ajuste a los cambios, de modo que el equilibrio se recupere. El proceso para afrontar el estrés es un proceso compensatorio con componentes fisiológicos y psicológicos.

Los estresores físicos son aquellos que vulneran los requerimientos

fisiológicos, originan un efecto específico y otro efecto general. El específico se ve en las funciones concretas de órganos y el general es la respuesta ante el estrés en su conjunto.

Los estresores psicosociales son muchos y variados, y forman parte de nuestra vida cotidiana, hasta el punto de que pueden pasar por alto. Pueden ser reales o percibidos como una amenaza para el individuo. Son los que atentan contra:

- Necesidad de seguridad y salvaguardia
- Necesidad de afecto y sensación de pertenencia
- Necesidad de autoestima
- Necesidad de autorrealización
- Modo de vida y costumbres.

Efectos del estrés

El estrés afecta a todas las dimensiones humanas. Constituye un factor influyente en la salud y en la enfermedad y se convierte en un componente modificador de las relaciones del individuo con su familia y su entorno. El estrés prolongado produce serios efectos sobre la salud física y emocional del individuo.

Los factores estresantes en la persona sana suministran estímulos para el aprendizaje de comportamientos constructivos de adaptación, estimulan las capacidades de solución de problemas, fomentan las relaciones sociales y ayudan a desarrollar fuerza espiritual.

Los efectos de estrés en la persona enferma, por el contrario, suelen ser negativos: la existencia de la enfermedad exige capacidades nuevas y adicionales para hacer frente a los problemas en un momento en que la homeostasis está siendo amenazada.

Efectos del estrés en la familia

El estrés también se manifiesta de forma colectiva cuando, por ejemplo, una persona está enferma, ya que quedan afectados todos los miembros de su familia o personas que para el enfermo son importantes.

La familia de un enfermo está sometida a una variedad de factores estresantes, entre ellos destacan:

- Cambios en la estructura y funcionamiento de la familia.
- Aislamiento del ser querido.
- Pérdida de control sobre la rutina normal.
- Sentimiento de desamparo, culpa o ira.
- Preocupación sobre el futuro y estabilidad económica.

Justificación del estudio.

Factores estresores en un servicio de cardiología

Se sabe que las unidades de vigilancia o cuidados intensivos han sido consideradas como áreas generadoras de estrés para los pacientes y se han analizado sus causas, que resultan ser múltiples. Por su paralelismo, las unidades coronarias y de hospitalización de cardiología podrían también inducir estrés en los enfermos, lo que es especialmente indeseable en estas patologías específicas.

Como se ha dicho, el estrés es la respuesta fisiológica, psicológica y conductual de un individuo que intenta adaptarse y ajustarse a presiones externas. Por tanto, es fácil suponer que el ingreso en una de estas unidades con la atmósfera de urgencia y la amenaza vital preocupará bastante al paciente.

A esto se puede añadir en una segunda fase la presencia de aparatos con sus correspondientes alarmas, cables, goteros, teléfonos, ruido en general, persistencia de luz artificial de noche, dolor, falta de intimidad, aislamiento, separación de la familia, etc. Esta atmósfera de bombardeo constante y la de privación de los estímulos cotidianos y normales que el enfermo disfrutaba, favorece la aparición del síndrome de estrés, más importante cuanto más prolongada es la estancia y que incluso podría inducir el empeoramiento de su patología coronaria.

Para ello se han definido una serie de factores presentes habitualmente en un servicio de cardiología, que se han considerado a priori que podrían suponer una fuente de estrés en pacientes de patología cardíaca.

OBJETIVOS

1. Determinar si factores habitualmente presentes durante la hospitalización en un servicio de cardiología pueden considerarse desencadenantes de estrés.
2. Conocer la importancia relativa de cada uno de ellos.
3. Determinar la influencia de distintas variables como: edad, sexo, estado civil, hijos, experiencia previa de estancia hospitalaria y área de hospitalización en la intensidad de la percepción de dichos factores de estrés por parte de los enfermos.

PACIENTES

Se estudian enfermos ingresados en unidad coronaria y en planta de cardiología del hospital Infanta Cristina de Badajoz, independientemente de su diagnóstico,

edad, sexo, etc., considerándose único motivo de exclusión la incapacidad manifiesta para rellenar el cuestionario de valoración.

Para poder extraer conclusiones válidas, la muestra de enfermos ha sido de 100 casos. Estos enfermos han sido ingresados por periodos variables de tiempo durante los meses de junio a octubre de 2001.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para la identificación de factores desencadenantes de estrés se ha utilizado la "escala de estresores ambientales de Ballard", modificada para adaptarla a nuestro servicio de cardiología; así, de las 46 entradas de esta escala sólo hemos considerado 26, algunas de las cuales son originales de este estudio.

Los factores estresores valorados han sido los siguientes:

Factores estresores valorados en el estudio

Ausencia de familiar más allegado
Poco tiempo de visitas
Exceso de visitas en la habitación
No tener teléfono
No poder salir de la habitación
No poder salir de la planta
No tener sala de televisión
No saber la hora
Dejar asuntos pendientes
Estar aburrido
Cama incómoda
Dificultad para dormir
Comida no de su agrado
Tener dolor
Movilidad limitada
Tener puesto gotero y cables
Despertar para constantes
Luces constantes
Ruidos de personas
Pitidos de aparatos y teléfonos
Trato poco amable
Compartir habitación

Falta de intimidad
Hacer sus necesidades en cama
Ser lavado en la cama
Ser lavado por persona de otro sexo

El cuestionario, anónimo, fue entregado a las 72 horas del ingreso para que el paciente hubiera podido percibir suficientemente los factores objeto de valoración y se hubiera eliminado en lo posible el estrés debido al temor inicial al eventual fallecimiento. Los cuestionarios se recogerían a las 24 horas de su entrega y los rellenaría el paciente sin presencia de personal sanitario. Cada uno de los factores se graduará en una escala de valores: 1 (ningún estrés), 2 (poco estrés) y 3 (mucho estrés). Se ha creado una variable calculada denominada "valoración total por cada enfermo", que representa el promedio de las valoraciones de los factores estresores por cada uno de los enfermos.

Además se han tenido en cuenta otras variables que podríamos llamar demográficas: edad, sexo, lugar de ingreso, ingresos previos, estado civil y tener hijos.

ESTADÍSTICA

Los datos obtenidos se han valorado mediante programa estadístico SPSS 10.0. Las variables correspondientes a factores estresores se han considerado ordinales para su procesamiento estadístico.

Se efectuaron estadísticos descriptivos y test de comprobación de distribución normal a todas las variables; estadísticos comparativos a través de comparaciones de medias mediante test paramétricos (t de Student para dos muestras no relacionadas) o no paramétricos (U de Mann-Whitney para

dos muestras no relacionadas y de Kruskal-Wallis para más de dos muestras no relacionadas) según proceda.

Se ha considerado estadísticamente significativo $p < 0,05$ para un intervalo de confianza del 95%.

Paralelamente, las variables correspondientes a factores estresores también se han considerado categóricas o nominales, y se han aplicado estadísticos comparativos basados en chi cuadrado. Como los resultados han sido similares a los obtenidos mediante test paramétricos y no paramétricos no serán expuestos.

RESULTADOS

Estadísticos descriptivos

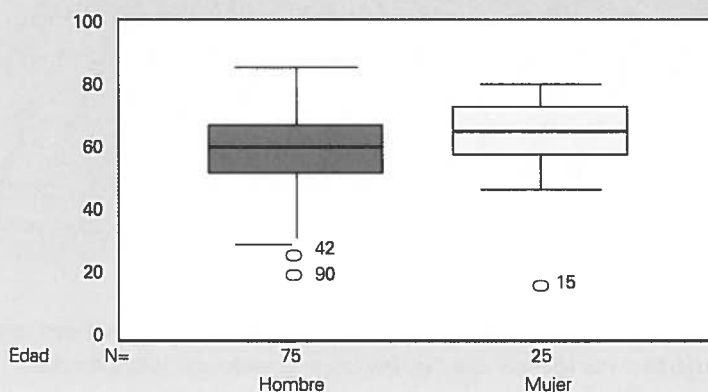
Edad:

El promedio de edad fue de 59,6 años. Con extremos de 17 y 85 años. La mediana fue de 61 años.

	N	Mín.	Máx.	Media	Desv. típ.
Edad	100	17	85	59,60	13,60

El promedio de edad de los hombres fue ligeramente inferior, 58 años, al de las mujeres, 64 años ($p = 0,02$)

Diagrama de cajas mostrando la diferencia de edad entre hombres y mujeres



Sexo:

De los 100 enfermos estudiados, hubo 75 hombres y 25 mujeres.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	75	75,0
Mujer	25	25,0
Total	100	100,0

Estado civil:

La mayor parte de los pacientes estaba casado, 72%; y los menos estaban divorciados, 4%, según se ve en la tabla.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	14	14,0
Casado	72	72,0
Divorciado	4	4,0
Viudo	10	10,0
Total	100	100,0

Hijos:

El 82% de los enfermos tenía hijos.

Hijos	Frecuencia	Porcentaje
Sí	82	82,0
No	18	18,0
Total	100	100,0

Ingresos anteriores:

El 69% de los pacientes ya había tenido previamente algún ingreso hospitalario por causa cardiología o de otra patología.

Ingresos anteriores	Frecuencia	Porcentaje
Sí	69	69,0
No	31	31,0
Total	100	100,0

Lugar de ingreso:

De los 100 enfermos, 21 fueron encuestados en coronarias y 79 en cardiología, según se ve en la tabla.

Lugar de ingreso	Frecuencia	Porcentaje
Coronaria	21	21,0
Cardiología	79	79,0
Total	100	100,0

Promedios de valoración de los factores estresores:

En la tabla siguiente se observan los promedios de puntuación de las distintas variables o factores estresores consideradas en el estudio.

Estadísticos descriptivos de las variables factores estresores (negro: máximos; gris: mínimos)

Factores estresores	Media
Ausencia de familiar más allegado	2,40
Poco tiempo de visitas	2,28
Exceso de visitas en la habitación	2,10
No tener teléfono	2,41
No poder salir de la habitación	1,91
No poder salir de la planta	1,85
No tener sala de televisión	1,91
No saber la hora	1,86
Dejar asuntos pendientes	2,02
Estar aburrido	2,40
Cama incómoda	1,79
Dificultad para dormir	1,72
Comida no de su agrado	1,97
Tener dolor	2,48
Movilidad limitada	2,31

Tener puesto gotero y cables	2,05
Despertar para constantes	1,66
Luces constantes	1,86
Ruidos de personas	1,86
Pitidos de aparatos y teléfonos	1,88
Trato poco amable	1,88
Compartir habitación	1,75
Falta de intimidad	2,00
Hacer sus necesidades en cama	2,60
Ser lavado en la cama	2,11
Ser lavado por persona de otro sexo	1,80

Las valoradas como más estresantes son: “Ausencia de familiar más allegado”, “No tener teléfono”, “Estar aburrido” y, sobre todo, “Tener dolor” y “Hacer sus necesidades en la cama”, que fue la más estresante de todas con una valoración de 2,60 puntos.

Los que menos estrés indujeron a los pacientes fueron: “Despertar para constantes”, “Dificultad para dormir”, “Compartir habitación” y “Cama incómoda”, todas las cuales estuvieron por debajo de una valoración promedio de 1,80 puntos.

En los gráficos siguientes vemos los histogramas que representan los valores mencionados.

Gráfico 1. Variables 1 a 13

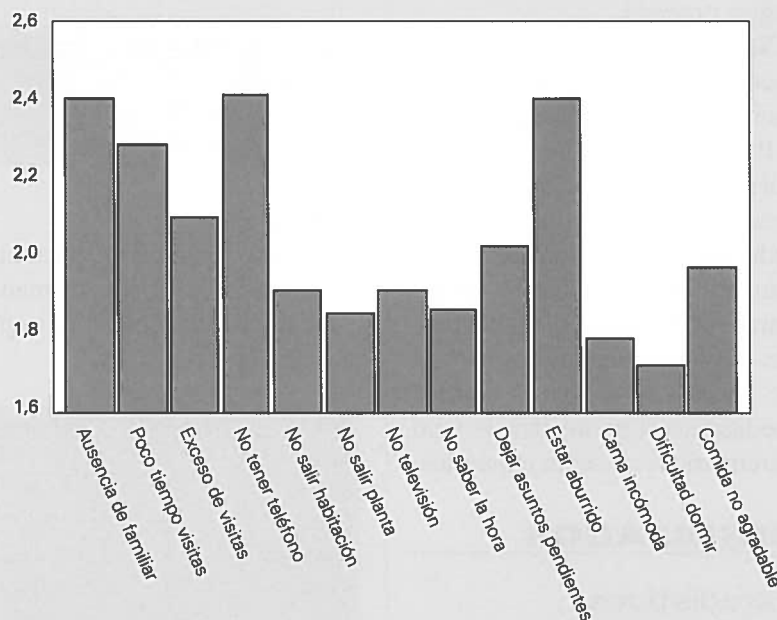
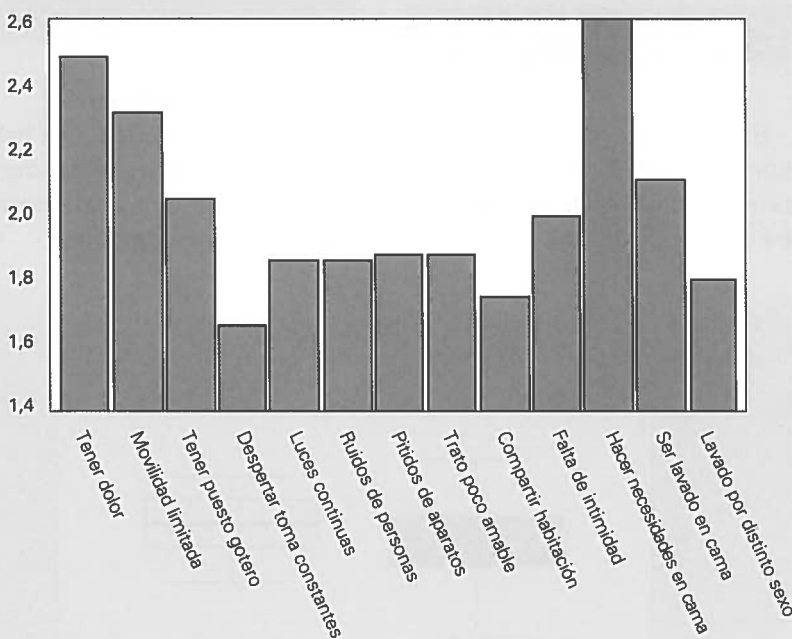


Gráfico 2. Variables 14 a 26



Gráficos 1 y 2: Histogramas representando las medias de las distintas variables de factores estresores objeto del estudio.

También se valoró a los enfermos en cuanto a su percepción del estrés referido al conjunto de todos los factores estresores, que se ha representado como el promedio de las valoraciones de cada uno de los enfermos y al que se ha denominado “valoración total por cada enfermo” o “total”.

Valoración total por cada enfermo | 2,03

La valoración promedio del conjunto de los enfermos ha sido de 2,03 puntos, con un máximo de 2,85 (enfermo que más estrés percibió) y un mínimo de 1,15 (enfermo que menos estrés percibió). Esta variable siguió una distribución de frecuencias normal (Kolmogorov, $p = 0,2$).

	Mín.	Máx.	Media	Desv. típ.
Total	1,15	2,85	2,0331	0,3688

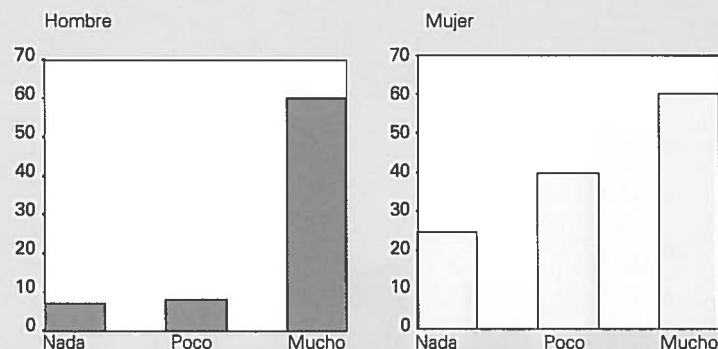
Debajo vemos el histograma de barras de la distribución de frecuencias de esta variable total, donde además se puede apreciar la distribución normal o simetría de la curva de distribución.

Estadísticos comparativos

Sexo:

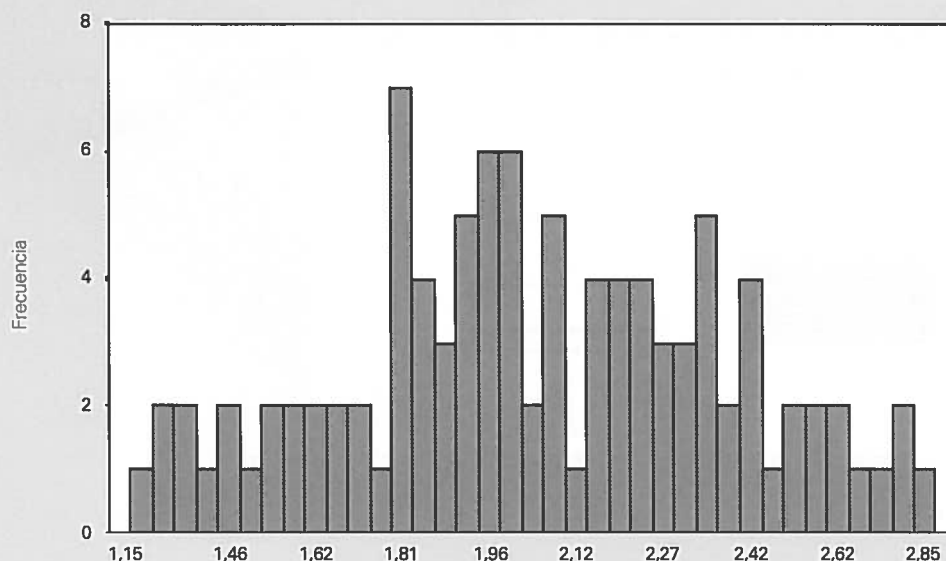
Fueron factores más estresantes para los hombres que para las mujeres los siguientes:

Gráfico 4. Comparación de histogramas. Hacer las necesidades en la cama: Nada-Poco-Mucho.



- a) Limitación de la movilidad: 2,40 vs 2,00 ($p = 0,03$).
- b) Hacer las necesidades en la cama: 2,71 vs 2,28 ($p = 0,003$).
- c) Ser lavado en la cama: 2,23 vs 1,76 ($p = 0,02$).

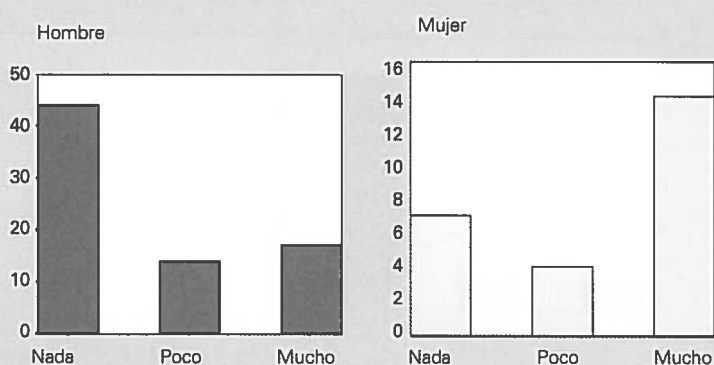
Gráfico 3. Histograma de distribución de frecuencias de la variable: Valoración total por cada enfermo.



Fue mucho más estresante para la mujer que para el hombre:

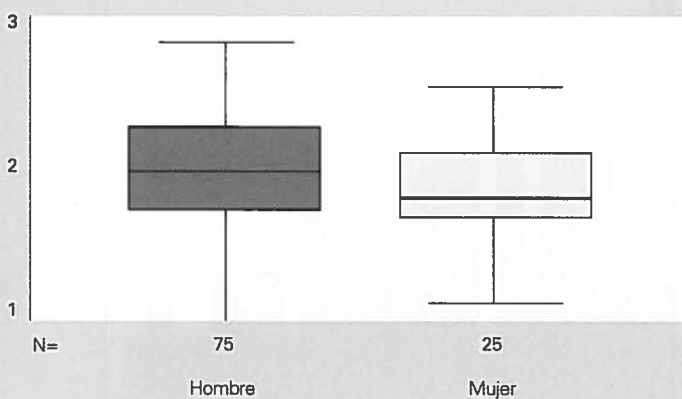
- a) Ser lavado por persona de distinto sexo: 2,28 vs 1,64 ($p = 0,002$).

Gráfico 5. Comparación de histogramas. Ser lavado por persona de distinto sexo: Nada-Poco-Mucho.



Considerando el promedio de puntuación para el conjunto de todos los factores estresores en un mismo enfermo (variable total) comprobamos que los hombres puntúan más que las mujeres: 2,07 vs 1,90 (t de Student, $p = 0,04$).

Gráfico 6. Comparación de la variable valoración total por cada enfermo según sexo.



Edad:

Siendo la mediana de la edad 61 años, dividimos a los casos en dos grupos: aquellos con edad inferior a la mediana: 48 enfermos, y aquellos con edad superior a la mediana: 52 enfermos. Se ha considerado la mediana porque la distribución de frecuencias según la edad sigue una distribución no normal.

Factores estresantes para aquellos enfermos de menor edad han sido:

- a) No disponer de televisión: 2,10 vs 1,73 (p = 0,02)
- b) Dejar asuntos pendientes: 2,31 vs 1,75 (p = 0,002)

Ingreso previo:

El hecho de tener ingresos hospitalarios previos no representó diferencia en ninguna de las variables productoras de estrés.

Lugar de ingreso:

El estar ingresado en coronarias o en cardiología supuso una percepción distinta del siguiente factor estresante: No poder salir de la unidad (coronaria: 1,48 puntos vs cardiología 1,95 puntos) (p = 0,01).

DISCUSIÓN

Las características demográficas más importantes de los pacientes se comentan a continuación.

centro hospitalario por distintas razones.

El 21% de los pacientes encuestados se encontraba ingresados en coronaria.

Todo lo anterior hace que podamos considerar a la población objeto de estudio como una población estándar para este tipo de patología y, por tanto, idónea para el estudio efectuado.

Cuando consideramos la puntuación del total de los factores estresores por cada uno de los enfermos (variable total), su promedio resulta ser 2,03. Cuando lo separamos entre hombres y mujeres vemos que los hombres perciben más estrés que las mujeres (p = 0,04).

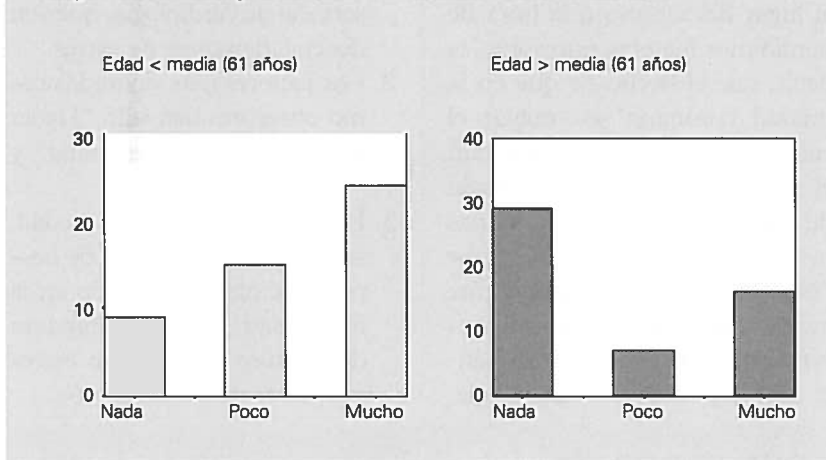
Si contemplamos los enfermos individualmente, apreciamos que alguno no ha percibido prácticamente nada de estrés (1,15 puntos; mujer de 76 años a la que sólo le molestó el “estar aburrida” y el ser “lavada por persona de distinto sexo”), mientras que otros se han sentido estresados casi por todos los factores (2,85 puntos; varón de 60 años ingresado en unidad coronaria).

Esta puntuación no ha sido influida por edad, lugar de ingreso o ingresos previos.

En cuanto a la valoración de factores estresores concretos, el que ha recibido una mayor puntuación promedio ha sido, curiosamente: “Hacer sus necesidades en la cama”, que fue el más estresante de todos con una valoración de 2,60. Dicho factor fue valorado como muy estresante por el 72% de los enfermos. Esta valoración tan negativa fue mayor por parte de los hombres que por las mujeres.

“Tener dolor” ocupa el segundo lugar en importancia con 2,48 puntos. Sin embargo, no se

Gráfico 7. Comparación de histogramas para la variable Dejar asuntos pendientes: Nada-Poco-Mucho.



Estado civil:

Los enfermos casados se sintieron más estresados: 2,17 por dejar asuntos pendientes, que aquellos otros solteros: 1,79, divorciados: 1,75 o viudos: 1,40 (Kruskall-Wallis, p = 0,04).

Hijos:

El tener o no tener hijos no supuso ninguna diferencia en la valoración de los factores estresores.

El 75% de los enfermos estudiados fue de sexo masculino, lo cual ya es sabido, puesto que la patología cardíaca es más frecuente en el hombre que en la mujer. Además el promedio de edad fue menor en los hombres (58 años) que en las mujeres (64 años), lo que también es ampliamente conocido.

El 72% de los enfermos estaba casado y el 82% tenía hijos.

El 69% de los casos ya había estado ingresado previamente en un

vio influido por las variables sexo, edad, lugar de ingreso o ingresos previos, lo que denota su carácter más universal en su capacidad de generación de estrés.

A continuación de las variables anteriores se sitúan como generadores de estrés unas variables que, en cierto modo, representan un conjunto de forma de aislamiento del enfermo: "Ausencia de familiar más allegado", "No tener teléfono", "Estar aburrido". Esta puntuación tampoco ha sido dependiente de sexo, edad, lugar de ingreso o ingresos previos.

Las variables menos percibidas como estresoras podríamos relacionarlas con el descanso nocturno de los enfermos, y son las siguientes: "Despertar para constantes", 1,66 puntos (al 52% no les estresó nada); "Dificultad para dormir", 1,72 puntos; "Compartir habitación", 1,75 puntos; y "Cama incómoda", 1,79 puntos. Vemos que el hecho de compartir habitación no es de lo que más moleste a los pacientes (al 48% no les estresó nada), es más, muchas personas agradecen estar en compañía de otro en la habitación, ya que así disminuye su aislamiento.

Algunas variables concretas fueron más estresoras para el hombre que para la mujer, como son: "Limitación de la movilidad", "Hacer las necesidades en la cama" y, como se dijo antes, "Ser lavado en la cama".

Por el contrario, fue peor valorada por la mujer: "Ser lavado por persona de distinto sexo".

Podría plantearse la modificación de algunas de estas circunstancias inductoras de estrés.

En cuanto a la edad, hubo una gran diferencia ($p = 0,003$) entre las personas más jóvenes

(menores de 61 años: 2,31 puntos) y las más viejas (mayores de 61 años: 1,75 puntos) respecto al factor "Dejar asuntos pendientes", el cual produjo mucho más estrés a los primeros.

Esta misma variable "Dejar asuntos pendientes", afectó más a las personas casadas (2,17 puntos) que a otros estados civiles ($p = 0,04$). Los que menos lo valoraron fueron los pacientes viudos (1,40 puntos).

Consideramos que este factor estresor es de especial importancia en pacientes jóvenes y casados, por lo que debería extremarse su control en la medida de lo posible, quizá facilitando la resolución de problemas pendientes en el exterior aunque fuera indirectamente.

No hubo diferencias en cuanto al lugar del ingreso a la hora de percibir los factores estresores, es decir, que el hecho de que en la unidad coronaria sea mayor el ruido, luces, cables, proximidad al personal sanitario, etc., nada de esto influyó, por ejemplo, para conciliar el sueño. El factor "No poder salir de la unidad" fue incluso percibido como menos estresante que cuando el paciente está ingresado en cardiología.

En la prevención de la ansiedad y el estrés la atención de la Auxiliar de Enfermería (proximidad, diálogo y apoyo) alcanza gran relevancia. Para ello se necesita conocer qué factores percibe el paciente como estresores. De este modo podríamos reducir los ambientales, aproximar el entorno hospitalario lo más posible a su entorno cotidiano, y ayudar al paciente a enfrentarse a las distintas y nuevas situaciones facilitando su recuperación.

La profundización en este campo contribuirá a mejorar la calidad de los cuidados y a la recuperación de los enfermos.

CONCLUSIONES

1. Se evidencia que hay factores, habitualmente presentes durante la hospitalización en un servicio de cardiología, que son desencadenantes de estrés.
2. Los factores más valorados como estresores han sido "Hacer las necesidades en la cama" y "Tener dolor".
3. Distintas variables como: edad, sexo, estado civil y área de hospitalización han influido en la intensidad de la percepción de algunos factores de estrés por parte de los enfermos.


BIBLIOGRAFÍA

- Brunner, Suddhart.** "Estrés y adaptación", en *Enfermería medicoquirúrgica*. Interamericana-McGraw-Hill, 1992. Vol. 1; capítulo 9: 123-135.
- Calvete Vázquez, García Arufe, Uriel Latorre.** "El sueño de los pacientes ingresados en una UCI y los factores que lo alteran". *Enfermería intensiva*. 2000. Vol. 11, nº 1: 10-16.
- Pérez de Ciriza, Otamendi, Ezenarro.** "Factores desencadenantes de estrés en pacientes ingresados en cuidados intensivos", *Enfermería intensiva*. 1996. Vol. 7, nº 3: 95-103.
- Rodríguez Mondéjar, Martín Lozano, Jorge Guillén.** "Síndrome confusional agudo en UCI: factores que influyen y actitud de la enfermería", *Enfermería intensiva*. 2001. Vol. 12, nº 1: 3-9.
- Taylor, Lillis, Lemone.** "Estrés y adaptación", en *Auxiliar de Enfermería profesional*, Interamericana, 1994. Vol. 1; capítulo 9: 145-163.

La formación como
actividad necesaria para
el desarrollo profesional del

Auxiliar de Enfermería

TEXTO José Ángel Peña
Colaborador FAE



La Enfermería está formada por un conjunto de profesiones en continua transformación, fundamentada por una parte en los avances tecnológicos y científicos y por otra en el propio proceso de desarrollo de las profesiones que la integran.



El proceso de cambio científico debe de ser un logro permanente que se debe de tener como objetivo en cualquiera de las actividades laborales relacionadas con las ciencias de la salud.

ESTÁ PLENAMENTE reconocido que las ciencias de la salud desarrollan su actividad laboral en un marco específico, estando obligadas a adaptarse a las situaciones socio-político-culturales de cada momento, por lo que el proceso de cambio científico debe ser un logro permanente que se debe tener como objetivo en cualquiera de las actividades laborales relacionadas con las ciencias de la salud.

El Auxiliar de Enfermería se enfrenta de forma continua, al estar englobado dentro del ámbito de actuación directa con el usuario, a la disyuntiva de la exigencia cada vez más acuciante de la sociedad y a los problemas derivados de una falta de identidad profesional y expectativas de futuro inciertas.

Es pues imprescindible que el Auxiliar de Enfermería se haga eco de la necesidad de la implantación de la metodología científica en los cuidados de enfermería y de la necesidad de establecer un marco conceptual perfectamente definido y establecido.

Uno de los aspectos fundamentales en el desarrollo profesional es la formación en las diferentes líneas y niveles y así mismo la necesidad derivada de lograr una línea docente propia, marcada por los propios Auxiliares de Enfermería en los diferentes ámbitos de actuación y de responsabilidades laborales y profesionales.

» Formación básica

La formación básica del Auxiliar de Enfermería viene regulada por el Real Decreto 546/1995, de 7 de abril, por el que se establece el título de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería y las

correspondientes enseñanzas mínimas y por el Real Decreto 558/1995, de 7 de abril, por el que se establece el currículo del ciclo formativo de grado medio correspondiente al título de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería.

Los contenidos del currículo formativo, descritos en el anexo de ambos Reales Decretos, desarrollan los siguientes módulos profesionales:

- Módulo 1. Operaciones administrativas y documentación sanitaria. (65 horas).
- Módulo 2. Técnicas básicas de enfermería. (350 horas).
- Módulo 3. Higiene del medio hospitalario y limpieza de material. (155 horas).
- Módulo 4. Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente. (130 horas).
- Módulo 5. Técnicas de ayuda odontológica/estomatológica. (130 horas).
- Módulo 6. Relaciones en el equipo de trabajo. (65 horas).
- Módulo 7. Formación y orientación laboral. (65 horas).
- Módulo de formación en el centro de trabajo. (440 horas).

» Formación continuada

La formación continuada supone la garantía profesional en la actualización continuada de los conocimientos básicos de enfermería, unidos a las necesidades formativas permanentes generadas por el ejercicio profesional.

Se puede definir la formación continuada como la formación encaminada a mejorar el nivel de instrucción y competencia profesional una vez finalizados los estudios de formación básica.

La formación continuada debe tener un enfoque teórico-práctico, orientado a desarrollar y mejorar las capacidades profesionales en el ámbito laboral específico en cada área formativa. Debe intentar cubrir las necesidades de formación de los Auxiliares de Enfermería en los diferentes niveles asistenciales, marcando como línea fundamental identificar los principales problemas que afectan a su colectivo y buscar las soluciones formativas más adecuadas.

La formación continuada tiene que marcar una serie de objetivos prioritarios, entre los que destacan:

- Estimular a los Auxiliares de Enfermería en la necesidad de la formación continuada como elemento fundamental para garantizar la calidad en los cuidados de enfermería.
- Adecuar a los profesionales sanitarios en una homologación de conocimientos.
- Incentivar a los Auxiliares de Enfermería por medio de los cursos de formación continuada, que les permita actualizar en todo momento sus conocimientos.
- Modificar las actitudes profesionales por medio de la búsqueda continua en la actualización constante de sus conocimientos.
- Promover líneas de pensamiento científico e investigador en los cuidados de enfermería.
- Garantizar la actualización en los avances tecnológicos que se producen en el sistema sanitario.
- Implantar el concepto de calidad, así como facilitar los instrumentos necesarios para conseguir la gestión adecuada de los procesos de cuidados de enfermería.



Todos los planes y programas de formación continuada deben ser acreditados y sometidos a las evaluaciones periódicas oportunas en cada caso, garantizando la calidad de la formación y comprobando que se ajusta a las necesidades del personal a quien vaya dirigido.

La formación continuada debe actuar en dos ejes:

1. *La formación para el puesto.* La formación para el puesto consta en primer lugar de una formación de base. Es la que se adquiere en los Centros de Formación Profesional. Es una formación genérica, amplia, que sienta las bases de un conocimiento determinado y que se desarrolla en un periodo de tiempo generalmente largo. Su objetivo es asegurar la adecuación mínima de una persona en un puesto de trabajo tipificado.

Todos los planes y programas de formación continuada deben ser acreditados y sometidos a las evaluaciones periódicas oportunas en cada caso, garantizando la calidad de la formación y comprobando que se ajusta a las necesidades del personal a quien vaya dirigido.

La formación para el puesto implica un reciclaje y una actualización permanentes. Esta formación depende más del hospital y, por tanto, de los planes de formación continuada.

Normalmente es el propio individuo quien asume el coste de esta formación.

En segundo lugar la formación para el puesto implica un reciclaje y una actualización permanentes. Esta formación suele ser de tipo instrumental y supone la profundización de un conocimiento. Tiende a desarrollarse en periodos de tiempo cortos. Esta formación depende más del hospital y, por tanto, de los planes de formación continuada.

2. *La formación organizativa.* Va orientada al conocimiento de lo que es una organización, cómo funciona, qué se espera de los que trabajan en ella, etc. Se orienta hacia la mejora de las actitudes personales.

También puede orientarse al desarrollo de habilidades instrumentales para la mejora de la gestión. Cómo tomar decisiones,

cómo negociar, cómo dirigir un equipo de trabajo, cómo dirigir reuniones, etc. Aunque trabaja las actitudes personales, éste tipo de formación se caracteriza por tener un alto componente de desarrollo instrumental.

Los organismos que imparten los cursos de formación continuada son las Administraciones Públicas, Universidades, Sistema Sanitario Público y las instituciones que, registradas oficialmente y debidamente autorizadas, ejerzan actividades formativas.

Ley 16/2003, de 28 de mayo. Cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

Artículo 38. Formación continuada

Las Administraciones Públicas establecerán criterios comunes para ordenar las actividades de formación



continuada con la finalidad de garantizar la calidad en el conjunto del Sistema Nacional de Salud. Los criterios comunes serán adoptados en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Artículo 40. Desarrollo profesional

El desarrollo profesional constituye un elemento básico en la modernización del Sistema Nacional de Salud:

- a) La formación continuada.
- b) La carrera profesional.
- c) La evaluación de competencias.

Artículo 41. Carrera profesional

La carrera profesional es el derecho de los profesionales a progresar, de forma individualizada, como reconocimiento a su desarrollo profesional en cuanto a conocimientos, experiencia en las tareas asistenciales, investigación y cumplimiento de los objetivos

de la organización en la cual prestan sus servicios.

Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Personal Estatutario de los Servicios de Salud.

Artículo 17. Derechos individuales

A la formación continuada adecuada a la función desempeñada y al reconocimiento de su cualificación profesional en relación a dichas funciones.

Artículo 19. Deberes

El personal estatutario de los Servicios de Salud viene obligado a: mantener debidamente actualizados los conocimientos y aptitudes necesarios para el correcto ejercicio de la profesión o para el desarrollo de las funciones que corresponden a su nombramiento, a cuyo fin los centros sanitarios facilitarán el desarrollo de actividades de formación continuada.

La carrera profesional es el derecho de los profesionales a progresar de forma individualizada como reconocimiento a su desarrollo profesional en cuanto a conocimientos, experiencia en las tareas asistenciales, investigación y cumplimiento de los objetivos de la organización en la cual prestan sus servicios.

La casa virtual



Un hogar

La casa virtual es una iniciativa basada en la experiencia de un gran número de profesionales de la salud y la discapacidad para mejorar y garantizar la seguridad y la comodidad, incrementar la comunicación y potenciar la autoestima de cuidadores y enfermos.



adaptado a las personas

TEXTO Javier Villoslada

LA MAYORÍA DE LAS PERSONAS que padecen enfermedades crónicas serias desean permanecer con sus allegados y vivir en un ambiente familiar. Para mejorar la seguridad del paciente, incrementar la comunicación y potenciar la autonomía de los enfermos de Alzheimer, DMAE, Parkinson,

asma o epilepsia surge la idea de la casa virtual.

Este proyecto, diseñado por el Grupo Novartis España, busca complementar la búsqueda de nuevos fármacos que mejoren la calidad de vida de los enfermos, sus familiares y cuidadores. Para ello han detallado una serie de

consejos y soluciones para facilitar la vida diaria en los hogares con personas enfermas o discapacitadas.

Las recomendaciones que se incluyen en la casa virtual y que aparecen ampliadas en la dirección de Internet www.novartis.es son aplicables a estas patologías:

Enfermedad de Parkinson

Se caracteriza por una serie de síntomas más o menos intensos según la persona. La velocidad de evolución del Parkinson también varía de un paciente a otro. Incluso, la intensidad de los síntomas puede oscilar durante el día. Por tanto, un mismo enfermo puede experimentar grandes variaciones de sus capacidades motoras según la hora de administración de los medicamentos. Los temblores, la dificultad en la marcha y la coordinación o la pérdida de equilibrio son síntomas de la enfermedad de Parkinson. Por ello, el acondicionamiento de la vivienda para mantener la autonomía deberá adaptarse

al grado de evolución de la enfermedad y a las necesidades específicas de cada persona. Para facilitar el movimiento y evitar las caídas, la casa virtual propone una serie de soluciones. Señalar los bordes de los escalones, elegir un tipo de suelo que evite resbalar o disponer de forma apropiada los productos de aseo en el baño son algunos de los consejos para mejorar la calidad de vida del enfermo con Parkinson.



Asma

Esta enfermedad crónica de las vías aéreas se caracteriza por una obstrucción generalizada y variable de las mismas. Los bronquios de las personas que padecen asma se estrechan como respuesta a ciertos estímulos. Se trata de reacciones ante sustancias que producen alergia como el polen, los ácaros del polvo, los animales... Por ello, el acondicionamiento del domicilio de una persona asmática debe realizarse de manera que evite o limite los factores desencadenantes.

Existe un gran número de acciones preventivas que resultan beneficiosas para el asmático. Así, la casa virtual propone soluciones destinadas a habitaciones como el dormitorio, donde existen objetos que pueden contener uno o varios factores de riesgo. Las recomendaciones abarcan aspectos como minimizar la acumulación de polvo, que contiene alérgenos, evitando así una crisis asmática en personas sensibilizadas.



Enfermedad de Alzheimer

La pérdida de la capacidad para realizar actividades de la vida diaria reduce la autonomía y las posibilidades de funcionamiento del enfermo de Alzheimer. De ella depende, en gran medida, la aflicción de los pacientes y la carga que soportan las personas que los atienden.

El acondicionamiento del domicilio de un paciente con Alzheimer es fundamental para su bienestar, pero también para la comodidad de su entorno familiar.

El lugar donde vive debe transmitir tranquilidad. Los muebles y los objetos familiares recuerdan al paciente quién es, dónde está y qué se espera de él. Por tanto, el entorno deberá evolucionar según el paciente y el estado de su enfermedad, teniendo en cuenta que los acondicionamientos son

personales y se aceptarán mejor si tienen en cuenta los hábitos antiguos y si respetan las capacidades cognitivas del enfermo.

Por ejemplo, el paciente con Alzheimer no es consciente del peligro, por lo que cocinar constituye una actividad incompatible con las reglas elementales de seguridad. Entre otras sugerencias, la casa virtual nos indica cómo debemos adaptar el horno y la placa de cocción para garantizar la seguridad.



Degeneración macular asociada a la edad

Esta enfermedad, que afecta a la parte central de la retina, causa una disminución de la agudeza visual y una pérdida de la visión central.

En este caso es preferible buscar soluciones compensatorias relativamente simples, en lugar de recurrir a ayudas o instrumentos especializados que pondrán el acento en el déficit visual.

En cualquier caso, los cambios y los acondicionamientos se aceptarán mejor si la persona

en cuestión participa en ellos y si su eficacia se manifiesta de inmediato.

Algo tan sencillo como hacerse con el mando a distancia de la televisión puede ser una tarea muy complicada, ya que el tamaño del objeto y su color neutro multiplican este inconveniente.



Epilepsia

Existen varias enfermedades diferentes que causan convulsiones generalizadas en los pacientes y se agrupan bajo este epígrafe.

El acondicionamiento de la vivienda de un paciente que sufre crisis epilépticas generalizadas se ha de orientar hacia la prevención de los peligros y los medios para desarrollar actitudes preventivas.

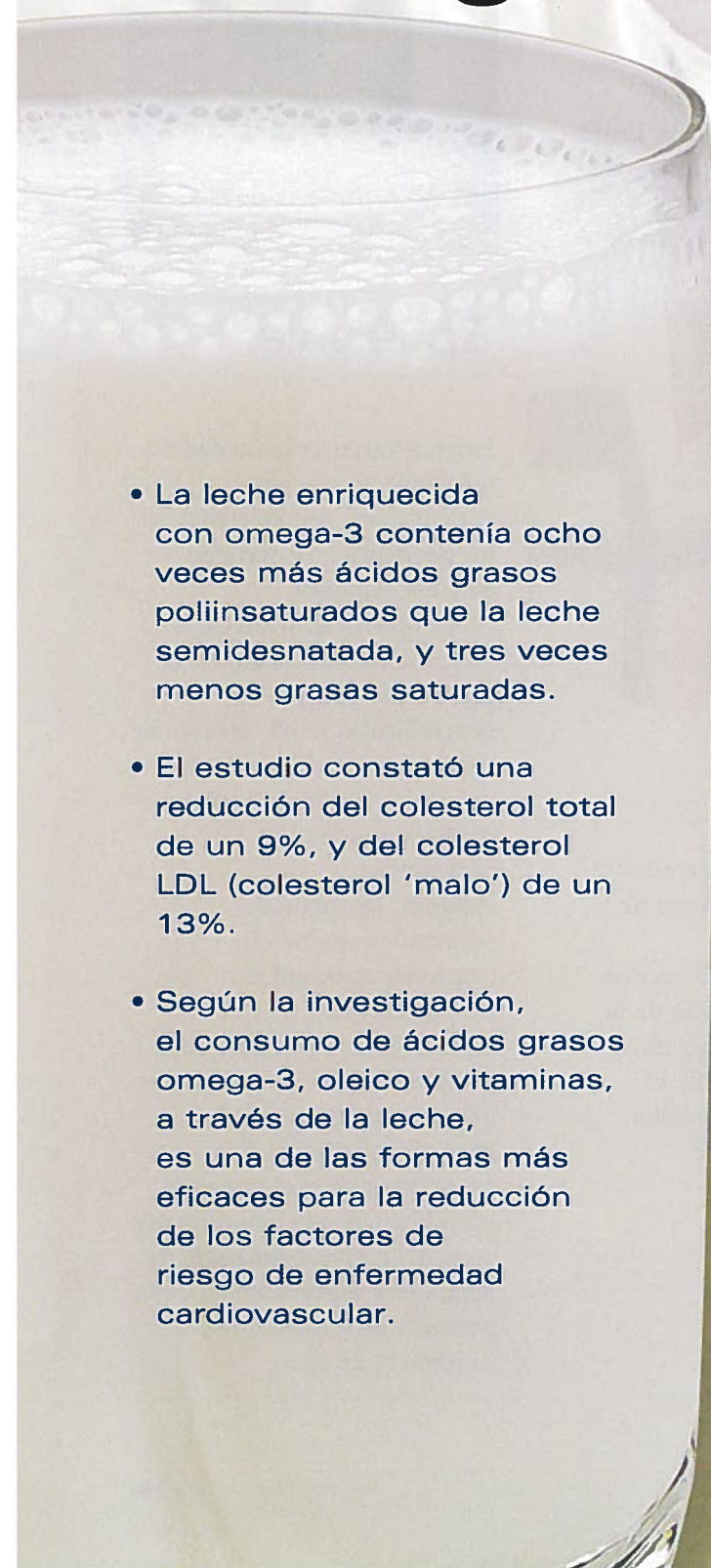
Además, las medidas sistemáticas no han de ocasionar ansiedad ni sobreprotección. Por el contrario, en la medida de lo posible, deberán proporcionar una mayor tranquilidad.

Pero siempre habrá que tener en cuenta que la elección de acondicionar una determinada zona del entorno del paciente dependerá especialmente de la persona, de sus hábitos y de su manera de ser.

La revista *Nutrition* publica una investigación basada en Omega 3, y el posterior análisis de los efectos sobre

La ingesta de **leche omega-3** reduce los

- La leche enriquecida con omega-3 contenía ocho veces más ácidos grasos poliinsaturados que la leche semidesnatada, y tres veces menos grasas saturadas.
- El estudio constató una reducción del colesterol total de un 9%, y del colesterol LDL (colesterol 'malo') de un 13%.
- Según la investigación, el consumo de ácidos grasos omega-3, oleico y vitaminas, a través de la leche, es una de las formas más eficaces para la reducción de los factores de riesgo de enfermedad cardiovascular.



En la ingesta de leche semidesnatada y de Puleva
y la salud de los dos tipos de leche

enriquecida con durante ocho semanas triglicéridos en un 24%

La ingesta diaria de leche semidesnatada enriquecida con ácidos grasos omega-3 procedentes del pescado (EPA y DHA), ácido oleico y vitaminas B6, E y ácido fólico, reduce el nivel de triglicéridos, el colesterol total, el colesterol LDL y la homocisteína, factores de riesgo de la enfermedad cardiovascular. Éstas son unas de las principales conclusiones obtenidas tras la realización de un estudio clínico que acaba de publicar la revista científica *Nutrition*, y que ha sido realizado por un equipo de investigadores de Puleva Biotech, de la Universidad de Granada, y del Hospital Universitario San Cecilio de Granada.

EN SU EDICIÓN DEL MES DE JUNIO, y bajo el título “Cardiovascular effects of milk enriched with omega-3 polyunsaturated fatty acids, oleic acid, folic acid, and vitamins E and B6 in volunteers with mild hyperlipidemia”, la revista científica *Nutrition* acaba de publicar el trabajo desarrollado por un grupo de investigadores de Puleva Biotech, del departamento de ingeniería química de la Universidad de Granada, y del Hospital Universitario San Cecilio de Granada,

cuyo objetivo ha sido estudiar los efectos combinados de los ácidos grasos omega-3 (en concreto el EPA y el DHA), el ácido oleico, el ácido fólico y vitaminas E y B6, en los factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares, mediante el consumo de leche enriquecida con estos nutrientes.

Para ello se llevó a cabo una investigación en la que colaboraron treinta voluntarios con niveles moderados de triglicéridos (15 hombres y 15 mujeres), con un rango

de edad entre 45 y 65 años, y residentes en España.

» La leche enriquecida con omega-3 contenía tres veces menos grasas saturadas que la leche semidesnatada

La investigación que publica *Nutrition* consistió en que los participantes en el estudio bebieran 500 mililitros al día de leche semidesnatada enriquecida en vitaminas A y D desde el comienzo del

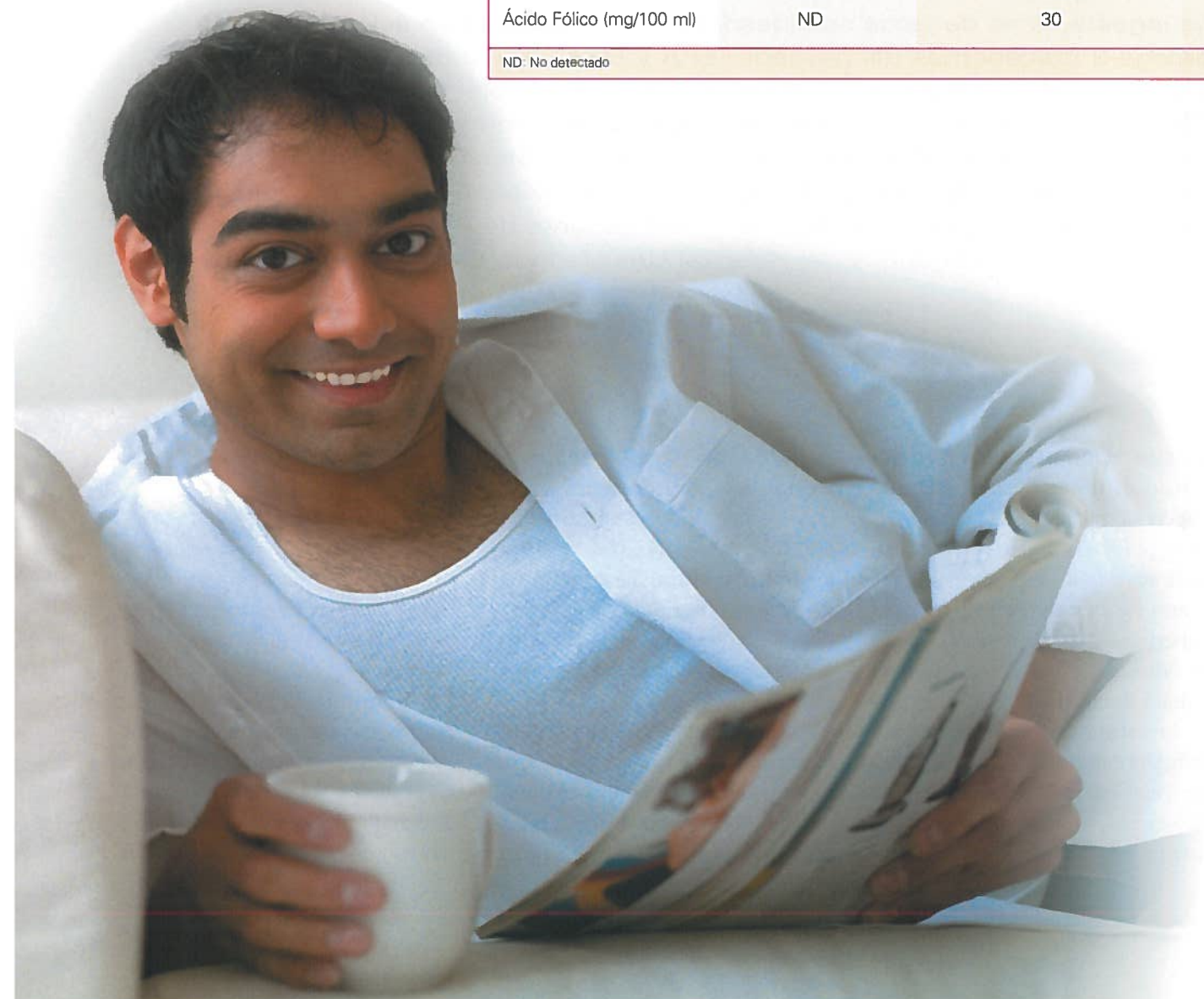
estudio y durante cuatro semanas, a partir de las cuales se sustituyó la ingesta de leche semidesnatada por 500 mililitros al día de leche enriquecida con omega-3 procedente del pescado azul (EPA y DHA), ácido oleico, vitaminas E, B6 y ácido fólico (cuarta semana), durante ocho semanas (semana 12^a).

El análisis de la composición de la leche empleada en el estudio constata que la leche enriquecida con omega-3 contiene una cantidad de ácidos grasos poliinsaturados ocho veces superior a la presente en la leche semidesnatada, y más de dos veces las cantidades de ácidos grasos monoinsaturados, mientras los niveles de ácidos grasos saturados detectados en la leche

Composición de la leche semidesnatada y de la leche enriquecida con omega-3

	Leche semidesnatada	Leche enriquecida con omega-3
Energía (kcal kJ/100 ml)	46.5	52
Proteínas (g/100 ml)	3.1	3.5
Carbohidratos (g/100 ml)	4.7	5.2
Grasa (g/100 ml)	1.9	1.9
18:1 (%)	21.5	54.4
18:3n-3 (%)	ND	0.6
20:5n-3 (%)	ND	1.4
22:6n-3 (%)	ND	2.1
SFAs (%)	70.5	23.7
MUFAs (%)	27.2	56.8
PUFAs (%)	2.3	19.5
Calcio (mg/100 ml)	120	132
Vitamina A (mg/100 ml)	120	120
Vitamina D (mg/100 ml)	0.75	0.75
Vitamina E (mg/100 ml)	ND	1.50
Vitamina B6 (mg/100 ml)	ND	0.30
Vitamina B12 (mg/100 ml)	0.38	0.38
Ácido Fólico (mg/100 ml)	ND	30

ND: No detectado



enriquecida con omega-3 fueron tres veces menores en comparación con la leche semidesnatada utilizada en el estudio.

» La ingesta de leche enriquecida con omega-3 incrementó significativamente los niveles de EPA y DHA en el plasma

Como es bien conocido, los ácidos grasos omega-3 se encuentran principalmente en algunos vegetales y en el pescado azul. Pero dentro de los omega-3 existen distintas variedades, siendo los omega-3 presentes en el pescado azul (EPA y DHA) los más importantes. A este respecto, y durante el primer mes de la investigación en el que se consumía sólo leche semidesnatada, se observó una disminución significativa en los niveles en plasma de EPA. Sin embargo, en las posteriores ocho semanas (ya con leche enriquecida con omega-3) no sólo se restauraron los niveles iniciales en plasma de EPA, sino que éstos se incrementaron en un 33% al término de la octava semana de ingesta de leche enriquecida

con omega-3. También se produjo un aumento del 20% en la concentración de DHA en plasma.

» Tras la ingesta de leche enriquecida con omega-3 durante ocho semanas, los triglicéridos se redujeron en un 24%

Los resultados de la investigación con leche semidesnatada mostraron un pequeño aumento en la concentración de triglicéridos, debido probablemente a la grasa saturada presente en este tipo de leche (70% aproximadamente). Por el contrario, y tras la octava semana de ingesta de leche enriquecida con omega-3, se observó una disminución del 24% de los niveles de triglicéridos en plasma comparada con los niveles del comienzo de la investigación. La ingesta de leche enriquecida con omega-3 produjo asimismo una reducción del colesterol LDL del 13%.

Los resultados mostraron también cómo la ingesta durante ocho semanas de leche enriquecida con omega-3 produce notables efectos en los folatos del plasma.

Así, se observó un incremento de folatos de hasta un 98%. También, una reducción de los niveles de homocisteína en plasma (factor de riesgo cardiovascular) de un 16 y un 18% en la semana 8ª y 12ª, respectivamente, en comparación con las concentraciones de homocisteína detectadas al comienzo de la investigación.

» La leche, el vehículo idóneo de los ácidos grasos omega-3 (EPA y el DHA)

Según muestra el estudio, la leche es uno de los vehículos idóneos para la ingesta de nutrientes que contribuyan a reducir los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares, ya que la absorción de EPA y DHA por el organismo a partir del aceite de pescado mejora cuando se asocia a otras grasas y se distribuye en pequeñas dosis durante el día, tal y como ocurre con la leche, en la que la grasa está muy dispersa. Esto puede explicar los aumentos significativos de los niveles detectados en plasma de DHA y EPA, cuando sólo se suplementaron pequeñas cantidades en la dieta mediante la leche enriquecida (la dieta de los voluntarios del estudio contenía niveles insignificantes de EPA y DHA).

Según puede deducirse de las conclusiones del estudio publicado en *Nutrition*, la leche con ácidos grasos omega-3, ácido oleico y vitaminas E, B6 y ácido fólico es el alimento funcional que reduce un mayor número de factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, ya que el estudio muestra su papel positivo en la reducción de los triglicéridos en plasma, así como del colesterol total y LDL, en la reducción de los niveles de homocisteína, y en el aumento de los niveles de EPA y DHA en sangre.

Principales conclusiones de la investigación

Ingesta de leche enriquecida con omega-3 (EPA y DHA), oleico, ácido fólico y vitaminas E y B6, durante 8 semanas

EPA	<ul style="list-style-type: none"> • Restauración de niveles de EPA en plasma e incremento en un 33%
DHA	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de un 20% de los niveles de DHA en plasma
COLESTEROL Y TRIGLICÉRIDOS	<ul style="list-style-type: none"> • Reducción triglicéridos un 24% • Reducción colesterol total un 9% • Reducción colesterol LDL más de 13%
A. FÓLICO, VITAM. B6, B12 - HOMOCISTEÍNA	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de la concentración de folato en plasma de hasta un 98% • Disminución de los niveles en plasma de homocisteína un 17%



» Investigan con leucocitos T

¿Por qué el sistema inmunitario de las madres no ataca al feto si en circunstancias normales su misión es defender al cuerpo de elementos extraños? La respuesta a esta cuestión viene dada por los trabajos que han realizado científicos británicos en el laboratorio de biología molecular del Medical Research Council.

Estas investigaciones han permitido conocer cómo, poco después de iniciarse el embarazo, el organismo aumenta la producción de los glóbulos blancos llamados leucocitos T, que actúan como reguladores inhibiendo la acción del sistema inmunitario en la matriz para que no ataque al feto que empieza a formarse, de manera que el cuerpo lo acepta de forma natural.

Aunque hoy en día este descubrimiento aún está en fase experimental con ratones, en un futuro puede ser uno de los medios más importantes para evitar el aborto prematuro y la preeclampsia.

Asimismo, se puede convertir en el camino a seguir en diversas áreas de medicina general, ya que estas células tienen un papel importante en muchas enfermedades.

“Si descubrimos el mecanismo por el que aumenta su número en el embarazo, podríamos desarrollar tratamientos contra el rechazo de los trasplantes y las enfermedades auto-inmunes, siempre y cuando se compruebe que el sistema inmunitario de las mujeres embarazadas funciona del mismo modo que en circunstancias normales, ya que sólo entonces podremos desarrollar tratamientos para enfermedades humanas e iniciar sus pruebas clínicas con personas”, sostiene el Dr. Alexander Betz, principal investigador en este estudio.

Mundo Médico del Mundo Médico

Ciento noventa millones. Este es el número de diabéticos declarados que existe en todo el mundo, lo que lleva a pensar en la posibilidad de que haya otros tantos sin diagnosticar. Esta cantidad se puede ver incrementada, llegando en 2010 a 220 millones. Con estos datos se puede afirmar que la diabetes es uno de los principales problemas sanitarios de la humanidad.

Al aumento de esta incidencia se une el elevado coste que generan los tratamientos antidiabéticos en la sanidad.

El Diabetes Research Group de la Universidad de Ulster, en Irlanda del Norte, ha abierto una línea de investigación a través de la cual pretenden descubrir nuevos tratamientos contra la diabetes de tipo 2, cuya terapéutica se ha realizado tradicionalmente con un solo medicamento.

Las investigaciones tienen como punto central la modificación genética de los péptidos del intestino, de tal manera que se prolongue la duración de su acción, aumentando así su eficiencia, ya que permitiría la estimulación de la secreción de insulina y el metabolismo de la glucosa, reduciendo al mismo tiempo el apetito del enfermo. Con este método se busca reducir el nivel de glucosa en sangre, lo que actualmente se realiza con medicamentos.

Esta línea de investigación cuenta con el apoyo de los estudios relacionados con la diabetes, donde se corrobora que el uso de péptidos biomanipulados pueden resultar muy útiles para el tratamiento de este tipo de diabetes.

Una de las principales ventajas que encerraría este método es que las moléculas naturales para tratamientos médicos son mejor toleradas por el cuerpo que las sintéticas de los medicamentos que se usan en la actualidad.

» Nuevas investigaciones en el tratamiento de la diabetes



...Y para variar

Este número de *Nosocomio* recoge los trabajos que se han alzado con el Primer Premio de la III Edición del Certamen Nacional Literario Infantil, organizado por SAE Y FAE, en la categoría que comprende las edades de 12 a 16 años. Además de la publicación de los trabajos en SAE INFORMATIVO y en esta revista, los ganadores han recibido un lote de libros.

Libélula gris

Sentada en un cementerio,
pensando en todo a la vez,
despidiendo a otro más
que nos deja a todos pues.

Cuatro aviones por el cielo
rinden homenaje
al protagonista del entierro,
joven y sin equipaje.

Cuerpos inertes en vertical
oyen sin escuchar
la extrema unción que les dará
un consagrado sacerdotal.

Tan corta la despedida,
tan larga la cofradía
de lágrimas una tras otra,
de puñaladas en una herida.

La muchacha sedada,
el chiquillo drogado,
la madre destrozada,
el padre enterrado.

– Hija, dale un último adiós a tu padre.
– Adiós papá, buen viaje.
Y acuérdate de nosotros
que nos quedamos en el peaje.

Adiós alma temprana.
Fuera cariño paterno.
Hueco en la sala queda,
silencio que corre el eco.

Se desvanece la vida
y con ella la cabeza.
El juicio abandona
y la locura empieza.

– ¿Médicos? ¿Pastillas?
¿Son esos remedio?
¡Yo sólo quiero a mi padre!
Y si viene acaba el asedio.

Pensar lo que ella siente,
sentir lo que ella piensa.
Llorar lo que le muere,
matar lo que ella quiera.

– ¿Seguir? Ahora no, gracias.
Abandono este duelo.
Ya lo recuperaré.
Ahora estoy en el suelo
y no me puedo poner de pie.

Y con esto acabo el poema.
Sólo quiero dar a conocer
lo que a mí me dolió verla
una mañana como la de ayer.

Sonia Rúa Moreira (12-16 años). ALCALÁ DE HENARES (MADRID)

De viaje a Italia

Eran las ocho de la tarde. Invierno, frío, noche, luz encendida y radio sintonizada en un dial de música en español. Me encontraba en mi habitación, estudiando, cuando de repente sonó una canción de Laura Pausini, que me recordó a mis agradables días en Italia. En ese momento me quedé fijamente mirando por la ventana y, a lo lejos, en mi pensamiento, pude reconocer una vista espectacular frente a mí: Florencia. Regresé a mi dulce estancia durante el mes de agosto, cuando el clima y los sentimientos estaban invertidos: todo era calor, luz del sol, compañerismo, tranquilidad... Y poco a poco me fui sumergiendo en un mar de melancolía que quise recorrer de principio a fin: Francia, Milán, Asís, Roma, Alassio...

Las 11:45 horas de la noche. Jóvenes nerviosos, acalorados, con enormes mochilas al hombro y escuchando los últimos consejos que sus padres les daban sobre el viaje, se encontraban esperando al autobús. Ante mí se presentaba una experiencia inolvidable: una peregrinación con mis mejores amigos, en la que podría hacer nuevas amistades y estar sola durante quince días en un país extranjero.

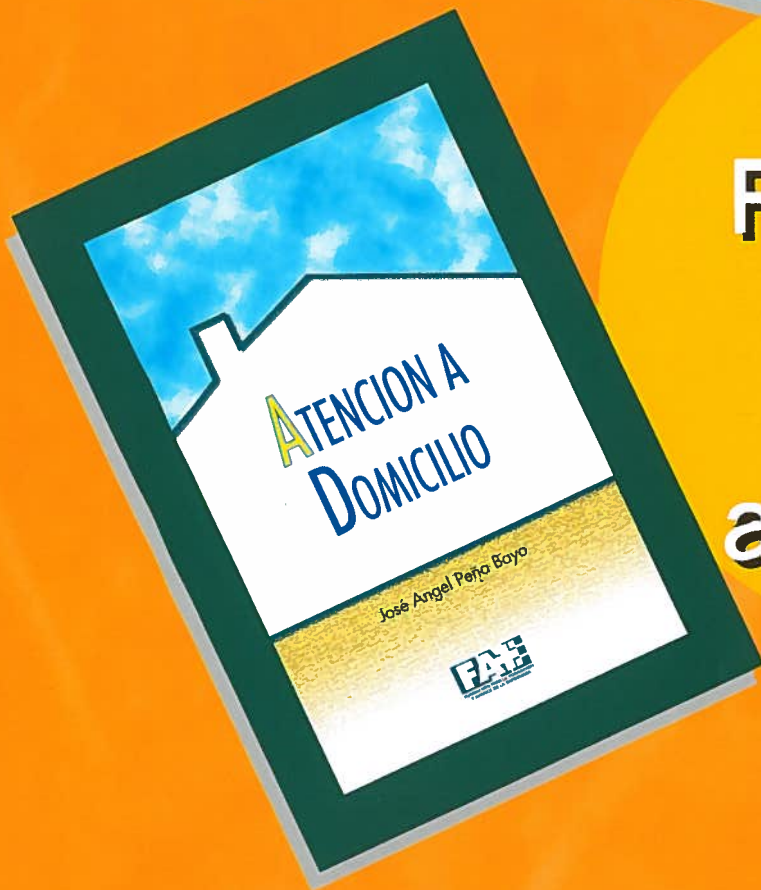
A las 12:00 horas partimos hacia Gerona, nuestra primera parada, y aunque el autobús de sesenta plazas no iba a gran velocidad, fue en lo último que pensamos. El clima que dentro crecía era acogedor, amable, amistoso, en el que las sonrisas aparecían hasta en el rincón menos esperado. Mientras disfrutábamos de nuestra compañía, llegamos al colegio de un pequeño pueblo catalán, donde nos esperaban feliz y desinteresadamente las personas que de él se encargaban; nos prestaron sus instalaciones para poder gozar de un día soleado en su desierta y sosegada playa.

Los días transcurrían como el lento y suave choque de las olas contra la arena, y tras Gerona, Francia y más tarde Milán. Allí sólo estuvimos un día y únicamente pudimos visitar su catedral. Me pareció una ciudad en la que la presencia de antiguos edificios y de tranvías reflejaba un pequeño reniego, por su parte, hacia el frío progreso actual. Y tras Milán, Florencia. La artística y hermosa Florencia. Sus esculturas perfectas, sus museos repletos de conocidos cuadros, su espíritu creativo... todo podía respirarse en aquel plácido ambiente. El tiempo era escaso para poder disfrutar de tanta belleza, y sobre todo lo acortaban las esperas en la fila de los museos, donde el ambiente era de desesperación y sofoco, pero llevábamos el espíritu alegre a todas partes y hasta en esos momentos animábamos a la gente cantando. Y entre canto y espera, yo aprovechaba para escribir las tradicionales postales a mi familia.

Realmente cuando más pude sentir Florencia, al igual que el resto de las ciudades, era cuando se ponía fin al tiempo en el que predominaba la rapidez y nos daban esa libertad añorada para ir a cualquier lugar, observarlo detenida y pacientemente, y divertirnos con los amigos haciendo fotos... irrepensible. Esa libertad yo la sentía sobre todo en el albergue donde nos alojábamos, al salir al balcón y ver sus frondosos árboles situados en un jardín muy perfeccionado, el silencio unido al cantar de los grillos en medio de la noche, y ver a lo lejos la ciudad iluminada y atravesada por su ancho río...

Después de nuestra estancia en Asís, donde también pude experimentar la soledad de la paz que reina en el bosque al que se retiraba San Francisco, nos dirigimos hacia Roma. Roma, ¿qué decir? No hay adjetivos que puedan describirla. Supongo que fue la que más me gustó porque el tiempo en ella empleado fue superior, aunque tuve la desgracia de enfermar. Superando la fiebre y el malestar físico, me maravillé con El Vaticano y pude disfrutar de las vistas de Roma desde su cima; descubrí sus perfectos monumentos y... el silencio sobrecogedor de las catacumbas, la grandiosidad y esplendor del Coliseo donde el dolor encerrado en sus ruinas conmueve; pude sentir en mi interior los gritos de todas las personas que en él sufrieron, el rugir de los leones, los aplausos del público, el trotar de caballos... ¿Quién sabe? A lo mejor no fue sólo producto de mi imaginación y cualquiera que escuchase atentamente podría percibirlo... Quizás.

Andrea Torres de Torres (12-16 años). MADRID



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.



Para más información: 902 100 019 - www.pulevasalud.com o www.puleva.es