



nº 55 • Revista de Auxiliares de Enfermería
Tercer Trimestre 2008

Grandes quemados en el **XIX Congreso Nacional**

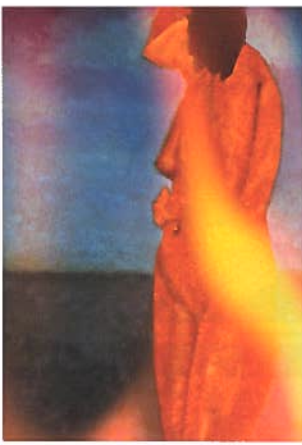
**SEPARATA: informes profesionales elaborados
por Auxiliares de Enfermería**

PROGRAMA de FORMACIÓN a DISTANCIA 200809

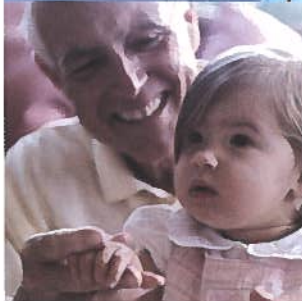


CURSOS

- Actuación del Auxiliar de Enfermería/TCAE en servicios especiales. Urgencias. Traumatismos y quemados
- Actuación del Auxiliar de Enfermería/TCAE en la unidad de urgencias pediátricas
- Actuación del Auxiliar de Enfermería/TCAE en Hospitalización
- Atención del Auxiliar de Enfermería/TCAE al paciente con alteraciones mentales
- Cuidados intensivos
- Cuidados materno infantiles
- El Auxiliar de Enfermería/TCAE en servicios especiales: área quirúrgica
- Úlceras por presión



Sumario



04. GRANDES QUEMADOS EN EL XIX CONGRESO NACIONAL. La disminución de las tasas de mortalidad en el grupo pediátrico o el control del número de transfusiones son algunos de los factores que han propiciado una disminución de las tasas de mortalidad por quemaduras en todo el mundo. **10. LA LLAVE DE LA CONCILIACIÓN EN MANOS DE MUCHAS ABUELAS.** En un 84,2% de los casos, las restricciones que imponen los trabajos de los padres y las madres llevan a que sean las abuelas las que asuman el cuidado de los nietos. **12. NO ES VERA TODO EL ALOE.** De las 250 variedades de aloe conocidas, únicamente el *Aloe barbadensis Miller* tiene características curativas o medicinales. **37. PROTEGE TU APARATO RESPIRATORIO Y ESTORNUDA.** Como mecanismo de defensa de nuestro sistema respiratorio, el estornudo, a una velocidad de 160 km/h, expulsa cualquier cuerpo extraño que se introduce en la nariz. **39. XII CERTAMEN DE INVESTIGACIÓN FAE.** El trabajo elaborado por la Auxiliar de Enfermería Ana Isabel González sobre el cáncer de cuello de útero ha obtenido el máximo galardón en esta edición del Certamen de FAE. **42. EL 70% DE LAS MUJERES UTILIZA UNA TALLA INADECUADA DE SUJETADOR.** Alteraciones en la piel, dolor de espalda o bultos de grasa en el pecho tienen su origen en un uso incorrecto de la talla de sujetador. **45. EDIFICIOS INSANOS QUE NOS ENFERMAN.** La OMS ha catalogado 8.000 patologías relativas al puesto de trabajo o al desempeño de una actividad. **48. FUNDACIÓN ALZHEIMER ESPAÑA. PRESENTE Y FUTURO.** Elisa Herrera, directora de la Fundación Alzheimer España nos cuenta cómo, desde su nacimiento en 1991, la organización no ha dejado de trabajar para mejorar la calidad de vida del enfermo y sus familiares.



CONSEJO EDITORIAL DE NOSOCOMIO

DIRECTORA Dolores Martínez Márquez **REDACCIÓN** Montse García, Cristina Botello **COMITÉ CIENTÍFICO** José Ángel Peña, Agustina Sánchez **COLABORADORES** BERBÉS ASOCIADOS. PLANNER MEDIA. **EDITA** FAE (Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería). Tomás López nº 3, 1º izq. 28009 Madrid. Tels.: 91 521 52 24/95. Fax: 91 521 53 83. E-mail: administracion@fundacionfae.org **REDACCIÓN, ADMINISTRACIÓN Y SERVICIOS COMERCIALES** Tomás López, 3, 2º dcha. 28009 Madrid. Tels.: 91 309 01 02. Fax: 91 402 23 25. E-mail: sae@sindicatosae.com **DEPÓSITO LEGAL:** M-14.435-1993 **ISSN:** 1133-3847
La empresa editora no se hace responsable de las opiniones que los colaboradores de NOSOCOMIO puedan expresar en estas páginas.

LA APROBACIÓN EN 2007 DEL EMPLEO DE UNA VACUNA para proteger a las niñas de padecer en el futuro un cáncer de cuello de útero generó muchas expectativas y esperanzas ante la posibilidad de alejar un poco más la enfermedad. La incidencia merecía todos los esfuerzos dado que, según las últimas estadísticas, cada año algo más de 2.000 españolas ingresan en el hospital debido a un cáncer de cuello de útero, de las que 600 mueren por la enfermedad constituyendo el segundo tipo de tumor más frecuente entre las mujeres.

La situación preocupa en los distintos ámbitos sociales y sanitarios, y el de los Auxiliares de Enfermería es un colectivo concienciado no sólo por la realidad que le rodea sino por el futuro al que van a enfrentarse. Los premios de investigación de FAE (Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería) fomentan, entre otros, este afán de investigación.

Por ello, este año el premio del certamen, en su decimosegunda edición, ha recaído en un trabajo centrado en el cáncer de cuello de útero y las posibilidades que se abren, o mejor se cierran, ante la existencia de la vacuna.

El Premio de Investigación FAE y la celebración del Congreso Nacional de Auxiliares de Enfermería son dos de los eventos destacados en el calendario de FAE y, por tanto, del colectivo de Técnicos en Cuidados de Enfermería. De ambos encuentros se da cumplida cuenta en las páginas interiores de este número de *Nosocomio*.

Buzón de sugerencias

CAMPAMENTOS DE VERANO

Micaela Fernández

Llegado el verano muchos de nosotros nos planteamos enviar a nuestros niños a soportar los rigores del verano y la incompatibilidad laboral a los campamentos de verano. Ellos se lo pasan en grande y nuestra preocupación es proporcional a su diversión.

Sin duda, el mayor temor es el de su seguridad sanitaria y si el campamento elegido tendrá recursos materiales para atenderles en una emergencia y personal cualificado para ello. Existen campamentos especializados para niños con determinadas patologías que deben llevar a cabo un seguimiento estricto de la misma, en las que, por supuesto, no hay ninguna duda de que esto es así.

Sin embargo, creo que éste debería ser uno de los criterios que los padres debemos tener en cuenta a la hora de seleccionar el lugar donde nuestros hijos pasarán parte del verano porque los campamentos pueden estar para jugar, pero no con la salud.

GAFAS DE SOL

Luis Vázquez

A veces creemos que en la era de la información todo el mundo conoce las precauciones que debe tomar para no perjudicar su salud. Sin embargo, es evidente que esto no siempre es así y por eso me parece muy acertado su artículo sobre las gafas de sol. Parece mentira que a estas alturas haya quien siga comprando sus gafas en determinados establecimientos, rastrillos y mantas. Comprar unas gafas de sol no es comprarse un collar que cuando acabe el verano no volveremos a utilizar, pero a juzgar por lo que algunas personas utilizan

como gafas de sol habrá que seguir, todos los años, recordando lo mismo.

INCONGRUENCIAS SANITARIAS

Esperanza Hernández

No puedo ni siquiera poner nombre a las sensaciones que me producen algunas actuaciones que se llevan a cabo en sanidad. Tecnología punta que permiten diagnósticos casi inmediatos, citas previas que se envían por mensajes a los móviles, los mejores profesionales... Urgencias saturadas, listas de espera interminables (maquilladas pero listas de espera), falta de profesionales; los que hay acumulan frustración e incertidumbre a veces a partes iguales. Loables principios sobre equidad, universalidad, solidaridad... que no siempre encuentran su traducción literal en la realidad social y sanitaria del país.

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 extraerlas 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

Tomás López, 3 - 1º izq.

28009 Madrid

E-mail:

administracion@fundacionfae.org



Grandes quemados en el XIX

La Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería (FAE), junto con el Sindicato de Auxiliares de Enfermería (SAE), ha celebrado la decimonovena edición de la que es ya una cita ineludible para los profesionales Auxiliares de Enfermería, el Congreso Nacional. En esta ocasión, Valladolid ha acogido a más de medio millar de profesionales de la enfermería básica para hablar sobre los *Grandes quemados*. *Atención y cuidados del Auxiliar de Enfermería/TCE.*

TEXTO Cristina Botello

Congreso Nacional

LA FERIA DE MUESTRAS VALLISOLETANA fue el escenario escogido por la Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería para celebrar la decimonovena edición del Congreso Nacional de Auxiliares de Enfermería, una cita anual que este año ha sido declarada de interés sanitario por el Ministerio de Sanidad y Consumo y por la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León; además, ha sido acreditado por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid.

Bajo el tema *Grandes quemados. Atención y cuidados del Auxiliar de Enfermería/TCE*, los días 28, 29 y 30 de mayo más de una treintena de intervenciones, entre ponencias, comunicaciones y talleres, y 61 pósteres permitieron que los más de 500 congresistas que se dieron cita en Valladolid pudieran debatir, compartir experiencias y completar sus conocimientos sobre el trabajo del colectivo AE/TCE en las unidades de quemados, las medidas de prevención y cuidados que reciben estos pacientes, así como los últimos avances



Ganadoras del premio al mejor póster.

en medicina regenerativa a través de cultivos celulares.

La inauguración del programa científico corrió a cargo de D. Francisco Javier León de la Riva, alcalde de Valladolid, D. Agapito Hernández Negro, diputado delegado del Área de Hacienda y Personal de la Diputación Provincial de Valladolid, Dña. Esperanza Vázquez Boyero, directora general de Recursos Humanos de la Consejería de Sanidad y Consumo de la Junta de Castilla y León, y Dña. María Teresa Fernández, presidenta de esta edición del congreso y secretaria provincial del Sindicato de Auxiliares de Enfermería en Valladolid.

Las autoridades coincidieron en resaltar la importancia de la labor que desempeñan los Auxiliares de Enfermería en sus puestos de trabajo, por ser los profesionales que tienen un trato más continuo y directo con los pacientes. Dña. Esperanza Vázquez subrayó que el colectivo de la enfermería básica “es uno de los más dinámicos y numerosos en la comunidad castellano y leonesa —5.000 profesionales— y diariamente demuestran con su trabajo su eficacia y eficiencia”.

Tras el acto inaugural, el doctor Alfonso Abascal Zuloaga, jefe del

servicio de Cirugía Plástica del Hospital Universitario Río Hortega, abrió la primera jornada de trabajo con una charla inaugural que dio paso a las primeras intervenciones.

» Programa científico

La primera jornada de trabajo estuvo marcada por el análisis del tratamiento que los pacientes quemados reciben en los distintos servicios de los centros hospitalarios como puedan ser las urgencias o neonatología, el papel del AE/TCE en la asistencia al paciente o las tendencias de mortalidad por quemaduras.

“La mortalidad por quemaduras se ha reducido en todo el mundo en los últimos años. La disminución de las tasas de mortalidad en el grupo pediátrico, el control del número de transfusiones, la descontaminación selectiva del tracto digestivo mediante tratamiento antibiótico o el control de las infecciones, sobre todo en unidades especializadas de enfermería de quemados, son algunos de los factores que han permitido esta depreciación. Los cuidados de enfermería y de Auxiliares de enfermería juegan un papel fundamental en revertir las tendencias de mortalidad detectadas”.

Ésta fue una de las conclusiones presentadas por Josefa García, Antonia Parra y Ana Josefa Bonillo, Auxiliares de Enfermería/TCE del Hospital La Inmaculada de Huércal-Overa (Almería), durante la exposición de su comunicación *Estudio de la evolución de las tendencias de mortalidad por quemaduras en España. 1980-2005*.

Por su parte, D. Francisco Leyva Rodríguez, cirujano plástico del Hospital Universitario La Paz de Madrid, planteó el protocolo de *Atención al gran quemado en la unidad de quemados*, haciendo especial hincapié en la valoración que se debe realizar de las quemaduras por las consecuencias implícitas que conllevan.

“Las quemaduras afectan a diferentes órganos de nuestro cuerpo: pulmones, riñones, corazón, hígado, intestino... Por ello, en todos los quemados hay que valorar inicialmente la posibilidad de cuadros clínicos que pueden tener graves consecuencias para el paciente, independientemente de la extensión de la quemadura”, señaló el Dr. Leyva.

Así lo señalaron también las doctoras Pilar Blanco López, Ana M^a Blanco Ledo y Susana Sánchez Ramón, médicos de Urgencia Hospitalaria del Hospital Río Hortega de



Valladolid, en su ponencia *Valoración y tratamiento de las quemaduras en la puerta de urgencias de cualquier hospital*: “la atención al quemado mayor debe realizarse como a un paciente politraumatizado grave tanto por todas las lesiones que presenta inicialmente como por aquellas que pueden aparecer en la evolución. Así, al paciente quemado en el box de urgencias se le debe realizar una valoración y control de la vía aérea, una valoración de la ventilación, del estado de la circulación, neurológica, de las quemaduras y una fluidoterapia”.

Las posibilidades que ofrece la nueva medicina regenerativa ante las quemaduras, la valoración y el tratamiento de las secuelas, tanto físicas como psicológicas, originadas por una quemadura, o la descripción de algunas de las principales fuentes que originan quemaduras han sido algunos de los temas tratados durante la segunda jornada de trabajo.

Una de las intervenciones más relevantes de esta jornada, por la naturaleza de las quemaduras analizadas durante la exposición, ha sido la protagonizada por las Auxiliares de Enfermería Montserrat Pérez, Josune Dorronsoro, M^a del Carmen Zurdo y M^a Ángeles Regueiro,

de la Clínica Vicente San Sebastián de Bilbao.

Mujeres sin rostro ha puesto de manifiesto la dureza del motivo que causa el 4% de los casos de grandes quemados en nuestro país: la violencia de género. Un fenómeno que ocasiona daños irreparables, físicos y psíquicos, a las mujeres que la padecen y que de acuerdo con el Banco Mundial origina la pérdida del 5% de los días de vida de estas mujeres entre los 14 y los 49 años de edad.

“Un proceso de recuperación largo con secuelas importantes hacen que el apoyo psicológico, psiquiátrico y de la asistencia social sea fundamental para ayudarles a reincorporarse a su entorno habitual. Ante todo, son la comprensión familiar y la concienciación social las que deben permitir a estas mujeres que su reintegración no sea un obstáculo más complicado que el de la supervivencia”, concluyeron las autoras.

La ponencia *Cuidados de un paciente quemado en una planta de cirugía plástica*, presentada por la TCE Pilar Vega Bedoya del Hospital Divino Vallés de Burgos, fue otra de las intervenciones más aplaudidas. Su autora recalcó la importancia de ofrecer tanto

al paciente como a su familia orientación, soporte e información con el objetivo de facilitar su recuperación, ya que “sufrir una quemadura es un episodio que puede desestabilizar física y mentalmente al paciente”.

El taller *Actuación secuencial del AE/TCAE en el paciente quemado*, presentado por Montserrat García, M^a Pilar Sebastián, Dolores Pérez y Marta Rubies, Auxiliares de Enfermería del Hospital Valle Hebrón de Barcelona, puso el punto y final a esta segunda jornada de trabajo. Las autoras, tras una presentación teórica sobre el papel que juega el AE/TCE en el protocolo de actuación ante un paciente quemado en sus diferentes fases, concluyeron su intervención con una demostración práctica sobre cómo se deben colocar las vendas en un paciente quemado.

» Jornada de conclusiones

El programa científico de esta decimonovena edición del congreso finalizó con un análisis sobre los

1. Mesa de inauguración del XIX Congreso Nacional de FAE.
2. Paneles con los pósters presentados a esta edición del Congreso.
3. Asistentes al Congreso durante una de las mesas de trabajo.
4. Una de las mesas de trabajo de esta edición del Congreso.
5. Taller sobre cómo colocar los vendajes en los pacientes quemados.
6. Dña. M^a Teresa Fernández, D. Cecilio Vadillo y Dña. Rosa Catalina conforman la mesa de clausura del XIX Congreso.





Los congresistas pudieron conocer en mayor detalle Valladolid y sus alrededores a través del programa lúdico que la organización desarrolló para complementar estas tres jornadas de congreso.

Concepción Magdalena Lunar, premiada por su comunicación Apoyo físico-psíquico y emocional al paciente quemado.

cuidados imprescindibles que requiere el paciente, la importancia de la prevención ante las infecciones de las quemaduras y la necesidad de apoyar física y psicológicamente a estos pacientes.

En este sentido, se insistió en la particularidad de los pacientes quemados, que presentan graves y diferentes patologías, y en la afectación que sufren todas sus necesidades, en todos los sentidos, tras sufrir el accidente.

M^a Teresa García Marín y Almudena García Simón, DUE del Hospital Universitario La Paz de Madrid, presentaron una significativa valoración sobre *La alimentación del paciente quemado*.

“Cuando se produce una quemadura, el organismo responde con una gran alteración del metabolismo. Este proceso se nutre de

las reservas orgánicas determinando importantes alteraciones, como la movilización de las reservas de glucosa y el aumento de la neoglucogénesis a partir de las proteínas y las grasas. Las consecuencias de esto se resumen en un aumento importante del catabolismo, del gasto metabólico, y de las necesidades nutricionales. El soporte nutricional especializado (SNE) forma parte indiscutible del tratamiento de estos pacientes. Una de las principales características que se presenta son los elevados requerimientos energéticos y el severo catabolismo proteico. Se ha demostrado que un soporte nutricional precoz mejora la supervivencia. Se debe realizar un cálculo de los requerimientos energéticos y un seguimiento de cada paciente de forma individualizada desde el ingreso, de tal manera que la forma de administración de la nutrición y los nutrientes aportados deben ser personalizados según los distintos factores fisiológicos y clínicos específicos de cada paciente”, manifestaron las autoras.

Tras la jornada de trabajo, el subdelegado del Gobierno de la Junta de Castilla y León, D. Cecilio Vellido Arroyo, procedió a clausurar esta edición del congreso. El responsable político aplaudió la labor de los Auxiliares de Enfermería en estas unidades asistenciales y recalzó “la importancia de que se celebren jornadas como la que nos ocupa que permiten a los profesionales actualizar sus conocimientos y crecer en su profesión, lo que sin duda se traduce en una mayor calidad asistencial para el usuario de la sanidad”.

El subdelegado del Gobierno compartió mesa con Rosa Catalina Audije, patrono de FAE, y M^a Teresa Fernández, presidenta de esta



Momento en el que recogen el premio en nombre de Miguel Ángel Velaz por su comunicación Tratamiento prehospitalario del paciente quemado crítico y su transferencia al hospital.

edición del congreso, quien manifestó su satisfacción y orgullo por el éxito de estos tres días de trabajo y que, además, tuvo unas palabras de agradecimiento para la organización, los ponentes y los congresistas. “Quiero subrayar la dedicación y la labor desempeñadas por el Comité Científico y el Comité Organizador, así como por cada uno de los miembros de la organización que ha trabajado para alcanzar los objetivos que perseguíamos con la celebración de esta edición del congreso en Valladolid”. Fernández no olvidó a “todos los que con su asistencia han corroborado un año más la gran valía que esta iniciativa tiene para el colectivo AE/TCE”. Asimismo, la presidenta destacó la calidad e interés de los trabajos presentados en los atriles y en los paneles.

Durante el acto de clausura, Rosa Catalina anunció el emplazamiento

y el tema que protagonizarán la vigésima edición del Congreso Nacional; la próxima cita tendrá lugar en Zaragoza y versará sobre las Neurociencias.

» Entrega de premios

La cena de gala de esta edición del congreso fue el marco elegido por FAE para la entrega de premios al mejor póster y mejores comunicaciones.

D. Cecilio Vadillo, subdelegado del Gobierno de la Junta de Castilla y León, Dña. M^a Ángeles Cantalapiedra, diputada de Área de la Diputación Provincial, y los responsables de la sanidad pucelana, tanto en Atención Primaria como Especializada, fueron testigos de la entrega de estos galardones que recayeron en el póster *Quemaduras yatrogénicas en UCI neonatal*, de

Rosa María Molina, Inmaculada Rogla y Pilar Pérez, del Hospital General de Castellón; y en las comunicaciones *Apoyo físico-psíquico y emocional al paciente quemado*, de Concepción Magdalena Lunar, del Hospital Manacor de Baleares, y *Tratamiento prehospitalario del paciente quemado crítico y su transferencia al hospital*, de Miguel Ángel Velaz del Hospital Universitario de Fuenlabrada de Madrid.

El trabajo de Velaz pone de manifiesto cómo los Auxiliares de Enfermería actúan ante un paciente quemado crítico en el lugar del suceso y subraya la importancia de la eficacia en las actuaciones extrahospitalarias.

“Al personal de una ambulancia le corre el tiempo en la calle bajo condiciones extremas y su actuación para una mejor recuperación se basa en la eficacia, siendo su actuación vital, pero teniendo en cuenta que el ambiente en el que se mueve y trabaja no está limpio y que los pacientes no van a llegar siempre como nosotros queremos al hospital”, explicó el autor.

Por su parte, *Apoyo físico-psíquico y emocional al paciente quemado* destaca la necesidad de que “los profesionales sanitarios deben trabajar para que la recuperación tanto física como psíquica deje el menor número de secuelas posibles. El objetivo principal es alcanzar la recuperación integral y, para ello, es primordial establecer los cuidados básicos de enfermería necesarios para mejorar el bienestar del paciente. Los pacientes se someten a tratamientos muy largos, lo que conlleva estancias hospitalarias prolongadas, con las consecuencias y alteraciones psicológicas derivadas de ello y el alto porcentaje de graves secuelas, sin olvidar el gran coste que supone todo ello”.



La llave de la en manos de

La red familiar suple la falta de recursos públicos y en la mayoría de las ocasiones cuando se consigue conciliar la vida familiar y laboral es, precisamente, recurriendo a otros miembros de la estructura familiar. Las vacaciones escolares son uno de los periodos más complicados para conseguir conciliar tres meses de vacaciones. La opción a la que recurren miles de padres son las abuelas; ellas porque seguimos inmersos en una cultura en la que el cuidado de la familia depende mayoritariamente de las mujeres.

TEXTO Montse García

EL 80% DE LAS ABUELAS lo considera un placer y dedica más de cuatro horas al día a esa labor, según el estudio *Las abuelas como recurso de conciliación entre la vida familiar y laboral. Presente y futuro* elaborado por la profesora Lourdes Pérez Ortiz (del departamento de Sociología de la Universidad Autónoma de Madrid) y financiado por el Instituto de la Mujer en junio de 2007, pero que refleja la realidad de la sociedad española actual.

El estudio se ha realizado sobre una muestra de 600 mujeres que cuidan cotidianamente a menores de doce años y que residen en grandes ciudades y coronas metropolitanas de seis provincias españolas: Madrid, Barcelona, Valencia, Sevilla, Valladolid y Vizcaya.

El perfil medio es el de una mujer casada, con una edad media cercana a los 61 años, que ha completado al menos la primera etapa de los estudios secundarios, que no

trabaja en la actualidad, pero ha trabajado alguna vez, con un estado de salud más que aceptable, según su propia percepción, y con un elevado grado de satisfacción en la vida.

La actividad del cuidado es muy intensa dado que la mitad de las entrevistadas reconoce dedicarle más de cuatro horas al día. En relación con las actividades de cuidado que realizan, más de la mitad de las abuelas suele acompañar a los



conciliación muchas abuelas

niños al colegio o a la guardería a pesar de que una parte, por edad, no pueden ir al colegio y que la actividad de las abuelas es, en buena medida, sustitutiva de las guarderías infantiles. Otro aspecto fundamental es el de la alimentación: para la mayoría de las abuelas el cuidado implica proporcionar al menos una de las comidas principales e incluso en el 16,5% de los casos la comida y la merienda.

Respecto a los horarios, el cuidado durante la mañana es menos frecuente, dado que la tercera parte de las abuelas complementan los tiempos vacíos de la jornada escolar.

Una de las conclusiones del estudio es constatar que asumen el cuidado de los nietos, en el 84,2% de los casos, por las restricciones que imponen los trabajos de los padres y madres.

Sólo una de cada once abuelas, el 9%, concibe su actividad claramente como una obligación, y la misma proporción tiene una visión más ambigua, según la cual su actividad no es una obligación pero tampoco un placer.

Con respecto a las consecuencias del desarrollo de esta actividad, la quinta parte de las abuelas acusa el cansancio que implica la actividad, aunque de forma paralela destacan las consecuencias positivas. El 41,5% son abuelas realistas que reconocen las consecuencias positivas pero que acusan la sobrecarga.

Este contexto en el que han variado las circunstancias sociolaborales y la implicación de los mayores en el cuidado de los nietos hace que, en algunas ocasiones, el trabajo que se les encomienda sea excesivo y pueda acarrearles graves problemas de salud. De hecho,

algunos especialistas han empezado a llamar la atención sobre lo que han denominado “síndrome de la abuela esclava”, caracterizado por la elevación de la presión arterial, la aparición de cuadros de ansiedad y estrés, desvanecimientos y empeoramiento de la salud en general debido a la asunción de cargas familiares en esta etapa de la vida. Este planteamiento tiene su lógica, pero a juzgar por los estudios existentes no parece que esté muy extendido en España.

Se impone el sentido común y el equilibrio, porque no se trata de negar las posibilidades del cuidado de las abuelas, tampoco de negar a los niños ese aprendizaje vital e intercambio de experiencias que supone estar con los abuelos. Es mejor armonizar las necesidades y los deseos de las tres generaciones implicadas.

No es vera todo

Se conocen más de 250 variedades de aloe, de las cuales, solamente el *Aloe barbadensis* Miller tiene características curativas o medicinales significativas. Es rico en vitaminas, minerales, aminoácidos y enzimas, y conocido comúnmente como aloe vera. De entre las más de 3.000 especies de plantas medicinales es una de las menos comprendidas y, sin embargo, de las que más fascinación ejercen sobre quienes la conocen o han comprobado alguna de sus propiedades. Uno de los motivos clave podría ser el amplísimo espectro de indicaciones terapéuticas que con el paso del tiempo se han venido asociando a su nombre.

TEXTO Montse García

AUNQUE AÚN ES ESCASO el conocimiento sobre los fundamentos terapéuticos del aloe vera, éste tiene ya una larga y bien documentada historia que, en los últimos años, los científicos de numerosos países están investigando para saber más y conocer mejor el porqué de sus beneficios potenciales.

Lo más probable es que el uso del aloe vera se remonte a la prehistoria, considerando las bases de la supervivencia en el paleolítico, aunque las primeras representaciones pictóricas encontradas en algunas tumbas y monumentos funerarios en Egipto datan del 3000 a. C. y existen dibujos en los que se representa la planta del aloe atribuidos a un pintor de corte que vivió durante la dinastía del primer emperador chino, Fu-Hsi, hacia el 2700 a. C.

La primera mención conocida a la planta del aloe vera se recoge en el *Libro de los Remedios* del "papiro Ebers" (un tratado médico egipcio del siglo XV a. C.), cuyo original se encuentra en la actualidad en la universidad alemana de Leipzig. En este documento se recoge más de una docena de fórmulas medicinales en las que interviene el aloe vera y algunas de las utilidades encontradas, tanto por los médicos egipcios como por las reinas Nefertiti y Cleopatra, de las que se dice que empleaban la pulpa del aloe vera en sus tratamientos diarios de la piel para conservar la belleza y su tersura.

Uno de los principales filósofos y naturalistas griegos, Tirtamo de Lesbos, conocido como Teofrasto, también incluyó en su tratado sobre

las causas de las vegetaciones a la planta del aloe vera, cuyo origen situaba en la India, Arabia y China. La leyenda asegura que uno de los motivos de la expedición a la India de Alejandro Magno fue conquistar la isla de Socotra, (en el año 326 a. C.) rica en esta especie, para asegurarse el continuo aprovisionamiento de aloe vera que empleaban para curar las heridas de los soldados durante las interminables campañas militares.

Con el tiempo, se van poniendo en evidencia sus propiedades medicinales para el tratamiento de las heridas, los problemas gástricos e incluso la fatiga, entre otras aplicaciones.

A partir del siglo VIII, los árabes, conocedores de las virtudes de esta planta a través de la herencia griega, la usaban tanto de forma interna como externa. Durante la Edad Media, y bajo el dominio musulmán, existían en Al-Andalus grandes plantaciones de aloes, entusiastas propagadores del uso medicinal de una de sus sustancias, el acíbar, que utilizaban a menudo como purgante. A ellos debemos la difusión del aloe en Europa y, especialmente, en España y la cuenca mediterránea, donde se impuso además como planta ornamental.

El aloe vera siguió formando parte del acervo cultural, a pesar de que algunos textos grecolatinos se perdieron o fueron mal traducidos, y se siguió utilizando como tónico estomacal, purgante, cicatrizante, desinfectante... Se dice que los templarios tomaban un bebedizo a base de cáñamo, vino de palmera y pulpa de

el aloe

aloe cocidos al que llamaban “elixir de Jerusalén”, y al que atribuían su buena salud y su longevidad.

También Colón, en sus viajes a América, observó cómo utilizaban el aloe en distintas islas del Caribe para curar ampollas, heridas y picaduras de insectos: “cuatro son los alimentos que resultan indispensables para el bienestar del hombre: el trigo, la uva, la oliva y el aloe. El primero lo alimenta, el segundo levanta su ánimo, el tercero le aporta armonía y el cuarto lo cura” (Cristóbal Colón, 1451-1506). El aloe forma parte, pues, de las tradiciones indígenas americanas, donde tenía una gran importancia curativa y espiritual, tanto para los indios que habitaban el centro de México como para la civilización maya. Sin embargo, tras la conquista de América, fueron los jesuitas españoles los que más contribuyeron a su expansión por todo el continente. Llevaron el conocimiento del aloe a los lugares donde establecían sus misiones, extendiendo de esta manera su cultivo y utilización por todo el continente. Introdujeron la planta en Puerto Rico, en Jamaica y, probablemente, también en Barbados, de la que procede su nombre científico, *Aloe barbadensis*.

Mientras en los países con climas cálidos, en los que crecía de forma abundante y sin necesidad de grandes cuidados, se continuaba empleando para curar una amplia variedad de enfermedades, en el norte de Europa y de América, donde el cultivo era más difícil, su uso disminuyó hasta casi desaparecer, dejando paso a la medicina moderna y

al desarrollo de la farmacia de síntesis. El motivo fue, posiblemente, la imposibilidad de utilizar las hojas frescas de aloe vera de forma que mantuvieran su pureza y su eficacia.

Como consecuencia se produjo una paulatina decadencia en su consumo y se empezó a sospechar que las propiedades curativas del aloe vera no eran más que una antigua leyenda popular sin ningún sustento que pudiera avalarla.

Hasta principios de los años treinta del siglo XX no se reemprenden de forma sistemática las investigaciones sobre el aloe vera y su primer reconocimiento médico llega cuando en 1935 empiezan a tratarse con él las quemaduras causadas por el uso aún incipiente de los rayos X, después de que se comprobase que las heridas se curaban más rápidamente y dejaban menos cicatrices en la piel, constituyendo su primer reconocimiento médico. Esta certeza hizo que, en 1959, la Comisión de Energía Atómica financiase un estudio para producir una pomada de aloe vera y comprobar su efectividad en las quemaduras producidas por efecto de la radiación.

Trabajando en este sentido, a finales de la Segunda Guerra Mundial se comprobó que las patologías de los habitantes de Hiroshima y Nagasaki, que sufrieron los efectos de la explosión nuclear y que fueron tratados con gel de aloe vera, evolucionaron de forma más favorable que las que se trataron con medicamentos convencionales.

Actualmente sus propiedades han sido comprobadas clínicamente y

los científicos se interesan cada vez más por sus aplicaciones médicas.

» Propiedades del aloe

El aloe vera es un excelente limpiador y antiséptico natural (contiene al menos seis agentes antisépticos: luteol, ácido salicílico, nitrógeno de urea, ácido cinámico, fenol y azufre), que penetra fácilmente en la piel y en los tejidos (en algunas ocasiones cruzando siete capas distintas), que actúa como anestésico calmando todo tipo de dolores (especialmente los musculares y de las articulaciones) y tranquilizando los nervios, que posee una gran actividad bactericida, que también destruye numerosos tipos de virus, que es fungicida, antiinflamatorio, anti-prurítico (detiene la comezón), altamente nutritivo (contiene vitaminas, minerales y azúcares), dilata los capilares sanguíneos incrementando la circulación en la zona afectada, descompone y destruye los tejidos muertos (incluyendo el pus), favorece el crecimiento celular normal (acelerando la curación de llagas y heridas), hidrata los tejidos y es antipirético (elimina la sensación de calor en las llagas, úlceras e inflamaciones).

Esto ha hecho que, de forma progresiva, fuese aumentando el interés científico y público por el aloe y, en la actualidad, existe una cantidad considerable de investigaciones sobre los diferentes compuestos de la planta que llevan a cabo equipos interdisciplinarios de botánicos, médicos, farmacéuticos y químicos.

Todos estos trabajos intentan proporcionar las verdaderas claves del “poder” que se le atribuye al aloe vera que, por otra parte, es fácil de cultivar y de cuidar. Gracias a dichos trabajos, poco a poco va perdiendo el aura de planta mítica para ganar terreno y afianzarse con una



Las hojas son alargadas y carnosas, miden unos 50 cm de largo y unos 7 de grosor, están compuestas de tres capas: una protección coriácea exterior, una capa fibrosa debajo de ésta y un corazón gelatinoso donde almacena sus reservas de agua y con el que se preparan innumerables productos farmacéuticos.

merecida solidez dentro del campo de la medicina natural.

Mientras se van confirmando estas teorías científicas, son ya millones las personas en todo el mundo que consumen de forma habitual aloe vera en sus distintas variedades con la finalidad de contribuir a que su cuerpo funcione mejor o, simplemente, como un cosmético del que obtienen maravillosos beneficios.

Originalmente se aprovechaba del aloe una sustancia celuloide llamada acíbar por sus propiedades como laxante. Pero, desde mediados del siglo XX, poco a poco fue ganando terreno el uso del gel de aloe como base para la preparación de bebidas alimenticias, hidratante natural y agente curativo de diversas afecciones, tanto cutáneo como interno.

» Un negocio en alza

El éxito alcanzado por esta planta en los últimos años ha convertido esta industria en un negocio floreciente en el que cada vez participa mayor número de compañías en la venta, producción y procesado de productos a base de aloe. Sin embargo, en

España, así como en la mayor parte de los países de nuestro entorno, no existe una normativa específica respecto a este producto, salvo la legislación general sobre el etiquetado.

Por eso, en muchas ocasiones encontramos productos que anuncian “contiene aloe vera”, lo que no significa que ese preparado incorpore la cantidad adecuada de gel en su fórmula como para que sus principios activos funcionen en el organismo correctamente. Por ello, antes de decidir la compra de este producto se debería comprobar el etiquetado y revisar la lista de ingredientes y su concentración. Si el aloe es el último ingrediente de la lista, es más que probable que su presencia se registre en una cantidad ínfima, en cambio, si aparece como uno de los primeros ingredientes, es posible que se encuentre en cantidades significativas. Las investigaciones más recientes aseguran que, para que el aloe pueda desplegar todos sus efectos terapéuticos, los productos formulados con él deben contener, al menos, un 20% de gel de aloe procesado o estabilizado.



»» Sabías que...

- Sus principales propiedades son antiinflamatorias, inmunomoduladoras e hidratantes, aunque existen numerosas investigaciones farmacológicas que apuntan hacia otras actividades e indicaciones, por lo que también resultaría efectivo como antihistamínico, antiséptico, desinfectante, hemostático o analgésico.
- Con la llegada del cristianismo, las sagradas escrituras citan de nuevo el aloe a través de San Juan: “También fue Nicodemo, el que había ido de noche a ver a Jesús, llevando unas cien libras de

Componentes	Identificación	Características y actividad
Aminoácidos	Proporciona 20 de los 22 aminoácidos requeridos por los humanos y 7 de los 8 esenciales	Proporciona los bloques básicos de proteínas en la producción del tejido fino, del músculo, etc.
Antraquinonas	Proporciona 12 antraquinonas: emodin del aloe, ácido de aloetic, aloin, anthracine, antranol, barbaloin, ácido de chrysophanic, emodin, aceite etéreo, éster del ácido de cinnamonic, isobarbaloin, resistannol	En concentraciones relativamente pequeñas junto con la fracción del gel proporcionan actividad analgésica, antibacteriana, antihongos y antiviral. En alta concentración, las antraquinonas pueden ser tóxicas
Enzimas	Proporciona 8 enzimas: aliase, phosphatase alcalino, amilasa, carboxypeptidase, catalase, cellulase, lipasa, peroxidase	Ayuda a la interrupción de los azúcares y de las grasas del alimento, mejorando así la digestión y la absorción de nutrientes
Hormonas	Auxins y gibberellins	Curación de heridas y antiinflamatoria
Ligninas	Sustancia basada en celulosa	Diseñada para proporcionar energía penetrante en productos para la piel de aloe vera y puede actuar como portador para otros componentes
Minerales	Proporciona 9 minerales: calcio, cromo, cobre, hierro, magnesio, manganeso, potasio, sodio, zinc	Esencial para la buena salud y se sabe que trabaja en ciertas combinaciones unas con otras, con las vitaminas y otros elementos de rastro
Ácido salicílico	Compuesto parecido a la aspirina	Analgésica
Saponinas	Glucósidos	Sustancia jabonosa que limpia y es antiséptica
Esteroles	Proporciona 4 esteroides principales de la planta: colesterol, campesterol, lupeol, beta sitosterol agentes antiinflamatorios	El lupeol también posee características antisépticas y analgésicas
Azúcares	Monosacáridos: glucosa y fructosa polysaccharides: gluco-gluco-mannans /polymannose	Acción antiinflamatoria, antiviral, actividad de modulación del sistema inmunológico del acemannan
Vitaminas	A, C, E, B, choline, B12, ácido fólico	Antioxidante (A, C, E): neutraliza radicales libres. B y choline implicado en el metabolismo del aminoácido. B12 requerido para la producción de las células rojas de la sangre. Ácido fólico en el desarrollo de las células de la sangre

mirra perfumada y aloe. Tomaron el cuerpo de Jesús y lo envolvieron en lienzos con los aromas, según la costumbre de enterrar de los judíos” (Jn 19, 39-40).

- El primer logro del aloe en su reconocimiento médico se produjo cuando aparecieron los primeros aparatos de rayos X. Gracias a las investigaciones llevadas a cabo por el doctor Collins y su hijo a partir de 1934, se comprobó la extraordinaria eficacia de esta planta para curar las quemaduras que los rayos X producían a

pacientes y médicos. A partir de estas investigaciones, que se prolongaron durante veinte años, el aloe recobró su popularidad y se recuperaron muchas de las aplicaciones perdidas durante la Edad Media y el Renacimiento.

- Diversos estudios, principalmente en Estados Unidos y la antigua URSS, demostraron las propiedades curativas del aloe en dolencias tales como úlceras, eczemas, quemaduras y un amplio espectro de enfermedades cutáneas.

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/ Tomás López, 3º - 1º izq. 28009 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/ Tomás López, 3 - 1º izq. 28009 Madrid.



Los TCAE en la unidad de DIEM, biberonería y nuevo lactario

ANTONIA MARTÍNEZ SANZ, CARMEN BRAYDA BALSERA, CONCEPCIÓN CARMONA MORENO, MAGDALENA REYES GÓMEZ, AURORA SANZ GONZÁLEZ, INÉS GAVILÁN BEAMUZ, MARÍA MORALES ROMERO, ANTONIA JURADO LÓPEZ, MAGDALENA RAMÍREZ PALMA

Hospital Universitario Reina Sofía (Córdoba). Edificio materno infantil



La unidad DIEM (Dietética del Materno) es un servicio especial que se encarga de elaborar la alimentación de todos los niños ingresados en las distintas unidades del centro hospitalario, menores de tres años o mayores que, por su patología, necesitan una alimentación especial o mediante NEDC (Nutrición Enteral Débito Continuo). Esta alimentación es individualizada según cada niño, adaptándose en lo posible a los horarios, sabores y costumbres que el niño tenía en su hogar con el fin de causarle la menor alteración en sus hábitos alimenticios el tiempo que permanezca hospitalizado.

La unidad DIEM también se encarga de la supervisión de todos los materiales que se utilizan, así como de controlar las bombas domiciliarias y hospitalarias, y del suministro de contenedores y sistemas para dichas bombas.

Controla y suministra la leche maternizada de los niños HIV por orden facultativo hasta cumplir el año de vida.

Por último, también realiza la esterilización de todo el material que se utiliza en dicho servicio.

ZONAS DE TRABAJO

El servicio DIEM consta de varias divisiones:

- Un despacho donde se recibe a las personas que vienen a recoger algún tipo de material o alimentación domiciliaria. Es también donde se organiza el trabajo de los distintos turnos según planillas, ya que aquí están todas las carpetas, archivos y libros de incidencias, así como el ordenador y el material de oficina.
- Una zona intermedia, para realizar la higiene estipulada por la medicina preventiva antes de entrar en la zona aséptica.
- La zona aséptica, donde se elabora toda la alimentación necesaria. Al lado de ella está el lactario. Ambos se comunican mediante una puerta.

- Otra zona séptica donde se lava y empaqueta todo el material que se ha recibido y utilizado, para proceder, finalmente, a su posterior esterilización.
- El almacén, que se encuentra fuera de estas zonas, por lo que diariamente hay que reponer productos.

GENERALIDADES

La unidad DIEM la llevan exclusivamente TCAE, con un supervisor, compartido con la 3ª planta de Pediatría, donde se encuentra su despacho.

Los TCAE funcionan con autonomía, formando un equipo sólido y unido, que ha sabido salir adelante, gracias a su responsabilidad, e intentando mejorar continuamente el trabajo.

Cada nueva idea que surge, para solucionar problemas o mejorar algún aspecto del trabajo, es derivada al resto del grupo y debatida y, si parece bien, se pone a prueba por un tiempo; si los resultados son favorables, se comunica al supervisor y por unanimidad se implanta.

Los turnos de trabajo son: mañana, tarde y noche.

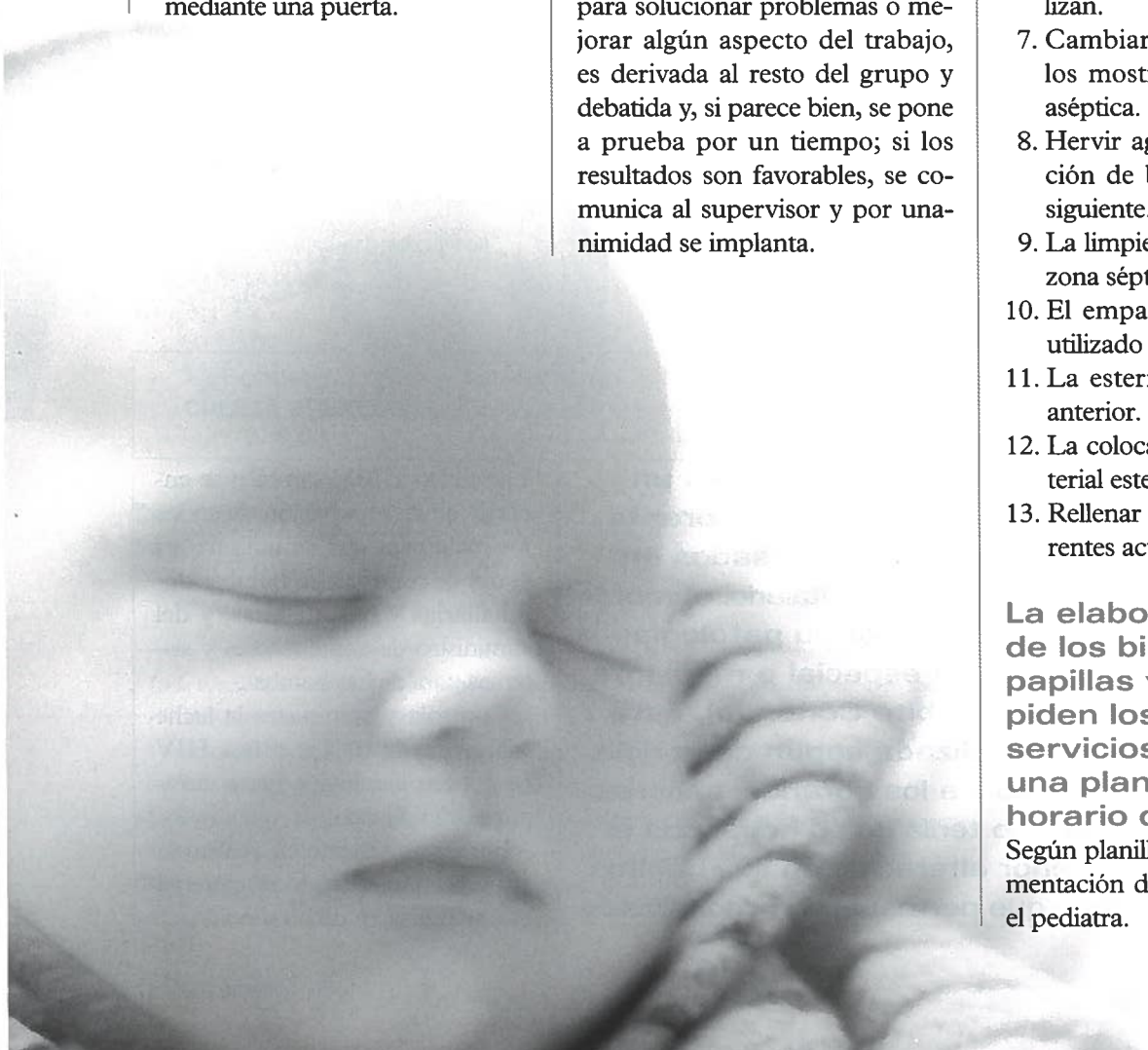
Cada turno planifica su trabajo según horario de tomas, excepto para el servicio de Urgencias, que lo realiza a demanda.

Los TCAE en su jornada de trabajo se encargan de:

1. Elaborar los biberones, papillas y NEDC que piden los distintos servicios mediante una planilla según horario de tomas.
2. Realizar los controles de calidad que corresponden al día.
3. La limpieza semanal, según calendario.
4. La reposición de productos de alimentación y material fungible.
5. Los pedidos a cocina.
6. Revisar fechas de caducidad de los productos que se utilizan.
7. Cambiar paños estériles de los mostradores, de la zona aséptica.
8. Hervir agua para la elaboración de biberones del turno siguiente.
9. La limpieza del material de la zona séptica.
10. El empaquetado de todo lo utilizado una vez limpio.
11. La esterilización de todo lo anterior.
12. La colocación de todo el material esterilizado.
13. Rellenar registros de las diferentes actividades.

La elaboración de los biberones, papillas y NEDC que piden los distintos servicios mediante una planilla según horario de tomas

Según planilla se transcribe la alimentación del niño prescrita por el pediatra.



PLANILLA			
Servicio:		Fecha:	
Nombre:	Nº de tomas	Alimentación y porcentaje	Nº de tomas parciales
Nº de cama:			
Edad:			
		Firma: ATS, DUE o PO LA TCAE	

Después de escribir todos los datos que nos aportan las planillas en etiquetas blancas, se pegan en bolsas de plástico donde irán embasados los biberones ya elaborados.

Para las distintas papillas se utiliza el mismo etiquetado, pero éste irá en cuencos de un solo uso con tapadera.

En el caso de la alimentación enteral el etiquetado se realizará en los contenedores específicos para NEDC.

Se intentará que entre la elaboración y la entrega de los diferentes tipos de alimentación transcurra el menor tiempo posible.

Según las tomas el horario será:

Esta tabla de horarios es estándar, pero puede ser modificada según necesidad o deseo materno.

La validez de planilla es de 24 horas, y entra en vigor a partir de las 15 horas, siempre y cuando no haya un cambio de dieta, ésta se hará en una hoja de eventualidades anulando la anterior.

Las NEDC se utilizan según patología y bajo prescripción médica. Ésta puede ser utilizada como alimentación única a pasar en 24 horas y repartida en tres tomas con horario 9h - 17h - 1h.

Otra modalidad es utilizar la dieta normal que corresponde a un lactante pasándola por un

tamiz para posteriormente adaptarla a este tipo de alimentación y facilitar su paso por sonda, esto se hará bajo una minuciosa asepsia, o solamente como alimentación nocturna.

Tanto en el primer caso como en el último la alimentación que se utiliza son productos específicos para este tipo de dietas según patología. A la hora de su elaboración ha de tenerse en cuenta el purgado del sistema, por lo que habrá que aumentar la dosis.

Realiza los controles de calidad que corresponden al día

El servicio de medicina preventiva controla la asepsia de alimentos, mobiliario e instancia existentes en DIEM.

Los controles de calidad de alimentos son recogidos por los TCAE según calendario establecido por medicina preventiva y llevados a dicha unidad.

Para realizar la toma de muestra de alimentos se emplea:

- Jeringa estéril.
- Tubos de muestras.
- Y los distintos compuestos lácteos, en biberón o NEDC, y papillas que sean utilizados en ese día.

El servicio de medicina preventiva manda un informe con los resultados de las muestras tomadas.

Si no hay ausencia de flora patógena este servicio propone un protocolo de limpieza o higiene para la eliminación de ésta.

Si por el contrario todo sale bien, como sucede habitualmente, se continuará con el mismo sistema.

Una vez que este informe ha pasado por el supervisor se archiva en la carpeta correspondiente del servicio.

TABLA DE Nº DE TOMAS Y HORARIOS												
4T	17h	21h	9h	13h								
5T	15h	19h	23h	7h	11h							
6T	16.30h	20h	23.30h	6h	9.30h	13h						
7T	15h	18h	21h	24h	6h	9h	12h					
8T	15h	18h	21h	24h	3h	6h	9h	12h				
10T	15h	17h	19h	21h	23h	5h	7h	9h	11h	13h		
12T	15h	17h	19h	21h	23h	1h	3h	5h	7h	9h	11h	13h

Existen otros controles que se realizan diariamente para la comprobación del funcionamiento de autoclaves, ésta se realiza mediante la prueba del Bowie o testigos impresos en las bolsas, que al igual que en la gráfica si se detecta alguna anomalía se avisa al técnico de mantenimiento.

Por último, semanalmente se produce un control mediante esporas que sirven para comprobar la esterilidad del material que pasa por la autoclave.

Limpieza semanal, según calendario

Consiste en desalojar en los distintos días de la semana estanterías, vitrinas y frigoríficos para su posterior limpieza, que es realizada según competencia por la pinche, limpiadora o TCAE. Estas últimas realizando su colocación posterior.

Estas limpiezas se realizan con un protocolo establecido por medicina preventiva.

Reposición de productos de alimentación y material fungible

Esta reposición se realizará diariamente y en los distintos turnos según necesidad.

Si se observa la falta de algún producto no existente en el almacén, si no es urgente, se dejará anotado en el libro de incidencias para el próximo pedido. Si por el contrario es urgente se llamará al servicio de farmacia para preguntar si hay existencias y mediante una receta se mandará al celador que corresponde a la unidad a recogerlo.

Si la falta es de un material fungible igual que en el caso anterior se apuntará en el libro o se pedirá al almacén junto a su hoja de petición correspondiente.

Se tendrá siempre en cuenta el stock establecido.

Pedidos a cocina

Éstos se harán diariamente a primera hora de la mañana

según necesidad, sirviéndonos de referencia los niños reflejados en las planillas y su alimentación.

Para ello se utiliza dos hojas petitorias:

COCINA:		DIEM BIBERONERÍA FECHA:	
PRODUCTOS	PEDIDO	DISPENSADO	
Leche entera tetra brik			
Leche desnatada tetra brik			
Peras			
Plátanos			
Manzanas			
Naranjas			
Melocotones			
Kiwis			
Galletas			
Agua			
Sal			
Aceite			
POTITOS			
Postre 6 frutas			
Frutas y cereales			
Plátanos + Manzanas			
Zanahoria + Pollo			
Zanahoria + Arroz			
Ternera a la Jardinera			
Pollo + Arroz			
Pollo + Verdura			
Verdura + Lenguado			
Verdura + Rape			
Multifrutas			
FIRMA DE TCAE			
PRODUCTOS	JARRAS	DISPENSADOS	
Puré + Verduras + Pollo			
Puré + Verduras + Pescado			
Verduras + Ternera			
Puré de verduras			
Puré astringente			
Puré de patatas			
Crema de zanahoria			
Crema de arroz			
Caldo de verduras			
Huevo duro			
FIRMA DE TCAE			

Junto a estas hojas de pedidos se mandará unas gradillas para su transporte y las jarras necesarias para los distintos purés. Éstas irán empaquetadas y estériles.

Los purés se van alternando y se tiene en cuenta la edad, patología y si el niño tiene algún tipo de intolerancia.

El caldo de verdura se utiliza principalmente para el tamizado de las dietas que se elaboran para NEDC.

Los purés de verdura se embasan en los cuencos de un solo uso y etiquetados en su tapa.

Revisar fechas de caducidad de los productos que se utilizan

Esto se realiza normalmente el día que se desaloja para realizar la limpieza, cuando llega el pedido del producto y siempre que se va a empezar este mismo.

Cambiar paños estériles de los mostradores, de la zona aséptica

Se procederá al cambio de paños estériles, previa limpieza por parte de la pinche del mostrador con un paño humedecido con lejía, al finalizar la jornada, o siempre que este paño no se encuentre en condiciones higiénicas.

Hervir agua para la elaboración de biberones del turno siguiente

Siempre se dispondrá de agua hervida para la rápida elaboración de los biberones, y se preverá dejar siempre preparada para que el siguiente turno pueda actuar con la misma eficacia.

Cuando se necesite elaborar biberones con agua fría, como es el caso de sueros o productos que

así lo requieren, se utilizará agua mineral.

Limpieza del material de la zona séptica

Tanto el material que se utiliza en el servicio como el que proviene del lactario y de los demás departamentos a los que se les ha mandado alimentación son depositados en esta zona, donde se realiza su limpieza con el producto adecuado y con las máquinas que disponemos.

Empaquetado de todo lo utilizado una vez limpio

Éste se realiza en bolsas especiales para ser esterilizadas con un testigo impreso, el cual cambia su color si su esterilización ha sido correcta.

Hay distintos tipos y tamaños de bolsa que se utilizan según el material que se va a empaquetar; al ser transparentes por un lado se puede ver lo que contienen, ya que se emplean para biberones de 125 cc y de 250 cc, jarras (para purés), tenedores (para diluir las leches en polvo), paños (para mostradores), tamizadores y todo el material que se utiliza en el lactario. Todo esto se coloca en gradillas para su esterilización.

Esterilización de todo lo anterior

Se elige el programa adecuado y se pone en marcha, después de una duración aproximada de 45 minutos sonará un timbre que avisa a la vez que se enciende una luz en la zona aséptica por donde se sacará el material ya estéril. Una vez presionado el botón se abre la puerta.

Colocación de todo el material esterilizado

Este material que viene metido en gradillas, previo enfriamiento de unos minutos, se sacará con

guantes de goma para evitar quemaduras y se colocará en sus estanterías correspondientes para su próxima utilización.

Rellenar registros de las diferentes actividades

Existen varios tipos de registros en la unidad:

a) Registros de control de bombas domiciliarias. Aquí se anota: nombre, domicilio, teléfono, fecha, modelo y número de serie; con ésta se adjunta otra que complementa a la anterior y donde se anota el diagnóstico, fecha de nacimiento, fecha de inicio del tratamiento, finalización, motivo de finalización, producto, pautas de alimentación y material que utiliza.

Cuando un niño es dado de alta, pero necesita de una alimentación enteral domiciliaria, el familiar se pone en contacto con el servicio donde se le informa y proporciona todo el material que necesite utilizar mientras dura el tratamiento; éste se va repartiendo normalmente por mensualidades o según necesidad, recogiendo en nuestra unidad.

También se le facilita el número de teléfono de DIEM y del delegado de las bombas, para cualquier consulta o en caso de avería.

b) Registros de bombas hospitalarias. En esta hoja se apunta: tipo de bomba, número de identificación, nombre y cama, servicio solicitado, fecha de entrega, fecha de devolución, firma de la persona que recoge y entrega la bomba, si se cambia de servicio e incidencias.

- c) Registros diario, mensual y anual. Aquí se anotan la cantidad y variedad de alimentos que se elaboran en DIEM biberonería y lactario.

Además de estos registros, existe un libro de incidencias donde se refleja información importante para los siguientes turnos de trabajo.

CONOCIMIENTOS QUE DEBE TENER UN TCAE EN BIBERONERÍA

El trabajo de TCAE en biberonería se fundamenta principalmente en la medicación alimentaria para los servicios de pediatría, con la particularidad de conocer todas las leches maternizadas y especiales que pueden existir en el mercado y, así, poder elaborar según patología del niño, que ha sido prescrita por el pediatra.

Este trabajo nos exige mucha atención ya que hay mucha variedad, y un error en su preparación sería muy lamentable, pues podría alterar la recuperación o causas más graves.

Una buena forma de reciclaje sobre las nuevas leches que salen al mercado es conocer su composición gracias al vademécum que editan las distintas casas comerciales.

Siempre que haya una duda sobre una alimentación que ha prescrito el pediatra, o al no tener ninguna equivalente, se consultará con dicho pediatra o con el servicio de farmacia, ya que cada patología necesita un tipo determinado de leche.

Según patología existen:

- Leche para prematuros o niños de bajo peso.
- Leches para el cólico del lactante.

- Leches antireflujo.
- Leches antiestreñimiento.
- Leches hipoalergénicas.
- Leches sin lactosa.
- Leches bajas en lactosa.
- Leches con proteínas de soja.
- Leches hidrolizadas.
- Leches elementales.
- Etc.

Es muy importante saber cómo se deben introducir los alimentos según la edad, así como la dilución según porcentajes, y los suplementos dietéticos dependiendo de la patología y necesidad.

EL LACTARIO

Situación del lactario

Está ubicado en el semisótano del hospital materno infantil, junto a la unidad de biberonería con la que se comunica por la zona estéril; tiene una sala de espera para los acompañantes de las madres lactantes, y así preservar su intimidad.

Introducción

El lactario fue adjudicado en el mes de diciembre del año 2004 a los TCAE de biberonería y, desde el primer día, nuestro objetivo ha sido llevar a cabo la mejora de la alimentación materna, en la que después de experimentar unas series de tareas para trabajar con las máximas garantías de calidad y asepsia, nos llevó a formalizar éstas con normativas en las que hoy por hoy nos sentimos orgullosos del trabajo que realizamos.

Toda la elaboración y conservación de la leche materna, se realiza en DIEM biberonería.

Funcionamiento

El lactario, abierto de 8 a 24h (o a cualquier hora de la noche que se necesite), facilita la extracción

de leche a las madres de los niños ingresados en las distintas unidades de pediatría, así como a las madres lactantes que están ingresadas por otros motivos, como las que nos son enviadas desde urgencias de maternidad e incluso a madres lactantes que están como acompañantes de otros enfermos, es decir, a cualquier madre lactante que lo necesite, esté o no esté el niño ingresado.

El material usado para desempeñar este trabajo consiste en:

- Contenedores estériles
- Biberones estériles
- Jeringas
- Equipos de kit
- Gasas estériles
- Bolsas de plástico
- Etiquetas
- Mamaderas eléctricas y manuales
- Líquido antiséptico
- Libro para registro de madres
- Planillas de alimentación
- Hoja de registro de leches congeladas
- Hoja de control de leches mandadas a las distintas unidades
- Carpeta de incidencias
- Un frigorífico congelador
- Un frigorífico refrigerador

El trabajo de los TCAE en el lactario consiste en hacer los biberones de leche materna. Para esto trabajamos con una planilla complementada con la cantidad, tomas de leche y nombre del niño; la leche ha sido anteriormente extraída por la madre, reservada en frigorífico o congelada en un contenedor estéril y hermético, etiquetado con el nombre del niño fecha y hora de la extracción.

Cuando llega por primera vez la madre al lactario, nos presentamos y le damos toda la información necesaria, que se apunta en el libro de registro de madres.

Tras realizar la limpieza de manos con líquido antiséptico se extraerá la leche con un kit estéril (todo esto se hace cada vez que necesita una extracción). Después es entregada la leche a los TCAE de biberonería para proceder a la elaboración de los biberones de cada toma, los cuales son introducidos individualmente en bolsas etiquetadas (con el nombre del niño, cantidad de leche y hora) para ser recogido por las distintas unidades pediátricas.

El resto de leches no usadas serán reservadas en frigorífico o, en su defecto, congeladas y apuntadas en la hoja de registro.

Las tomas pueden ser de 3 a 12, generalmente los neonatos son de 8 tomas, de las cuales el turno de mañana elabora a las 9, 12 y 15 h, el turno de tarde elabora a las 18 y 21h, y el turno de noche elabora a las 24, 3 y 6h, e incluso si hay biberones a las 8h se harán en el turno de nocturnidad.

Las etiquetas de los niños ingresados serán pedidas a admisión en el turno de tarde por los TCAE de biberonería, se reciben en el turno de mañana siguiente y se usarán durante 24h, así sucesivamente.

Cuando los niños, sobre todo los neonatos, tienen pocos centímetros de leche (2, 3, 5, etc.) utilizamos jeringas en vez de biberones.

En todos los turnos se informa a la madre sobre cómo debe manipular la mamadera y extraer la leche, a la vez que le facilitamos, si así lo desea, información de la cantidad de leche que toma su hijo y la cantidad de leche que tiene en el frigorífico y para cuántas tomas le queda.

En todos los turnos se intenta cubrir todas sus necesidades tanto materiales como afectivas.

Todo el material usado es fregado, envasado y esterilizado en la zona séptica por los TCAE de la unidad, en la que después será repuesto y ordenado en las estanterías del lactario por cada turno.

Hojas de control, elaboradas por los TCAE, que han ido surgiendo según necesidades

Las madres necesitan que los TCAE les aseguren que es correcto el proceso al que se ve sometida su leche materna desde que nos la entregan, bien cuando la extraen diariamente para la alimentación, con su correspondiente elaboración, o cuando nos llega congelada, procedente de su domicilio.

Estas madres se muestran agradecidas, pero alerta, pues su leche, junto con la leche de otras madres, pasa a nuestras manos. Necesitan ver que ésta no se manipula, que le aseguremos de alguna manera que es su leche la que es envasada y mandada a través de los TCAE a la unidad donde su bebé está hospitalizado.

En definitiva, necesitan observar en nosotras responsabilidad, conocimientos y profesionalidad en el manejo de la leche materna.

Para conseguir esa seguridad y credibilidad sobre el buen trato que se le da a la leche materna desde el primer momento que llega a nuestras manos, los TCAE en equipo hemos dialogado, expuesto ideas y criterios, hasta llegar a la conclusión de la necesidad de una serie de hojas que nos sirven para registrar las tomas diarias, o bien para saber con cuántas leches congeladas contamos para el suministro diario y para la obtención de sus etiquetas.

A cada una de estas hojas, le hemos dado un nombre.

Contamos con las siguientes hojas de registro:

1. Hoja de registro de tomas.
2. Hoja de registro de leches congeladas.
3. Hoja de petición de etiquetas a admisión.

Además de estas hojas disponemos también de:

- A. *Carpeta de etiquetas*: contiene sobres con los apellidos de los niños que tienen dieta (en estos sobres guardamos las etiquetas que nos manda admisión).
- B. *Carpeta de incidencias*: contiene información importante del turno, para que lo sepan los turnos siguientes de trabajo.

Hoja de registro de tomas

Esta hoja es fundamental para aclarar las posibles quejas de las madres, así como parte de las compañeras en las unidades donde dispensamos leche materna.

¿Qué apuntamos en las hojas de registro de tomas?

1. La fecha del día.
2. Los niños ingresados (de los cuales subrayaremos los que tienen dieta en fluorescente).
3. La hora de la toma en la que se elaboró el biberón.
4. Si el niño pasa a dieta absoluta.
5. Si se le ha dado el alta.
6. Además de los niños que figuran en el listado de neonatología (principal unidad de abastecimiento de leche materna), apuntamos también todos los niños que tienen leche de otras unidades como:

- UCI-P.
- 3ª pediatría (medicina interna pediátrica, preescolares B, infecciosos).
- 2ª pediatría, urgencias, observaciones pediátrica.

- Al final de la hoja se apuntarán los turnos de tarde, mañana y noche con sus respectivos horarios de tomas. Debajo de cada una de estas horas se anota el número de leches maternas y leches especiales que se han ido enviando a las distintas unidades.
- Al finalizar cada turno se apuntará el total de biberones realizados, pasando esta cantidad a la hoja de registro de actividades diarias que tenemos en DIEM-biberonería.

Leches congeladas

¿Qué apuntamos en la hoja de leches congeladas?

- Se escribe el nombre del niño que tiene la leche congelada en el frigorífico o congelador.
- Unidad donde se encuentra el niño.
- Si son gemelos, mellizos o trillizos.
- Si está a dieta absoluta se podrá congelar toda la leche.
- Si ha sido dado de alta y no se ha llevado a su domicilio la leche congelada.
- Si ha sido *exitus*. En este caso se conserva la leche hasta que nos comuniquemos con admisión y nos confirme el fallecimiento.

Hojas de petición de etiquetas a admisión

Del listado de neonatos que nos facilita admisión en el turno de tarde, a través del celador previa llamada del TCAE, si éste

HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA
LISTADO ALFABÉTICO DE PACIENTES INGRESADOS
19/02/2006

CENTRO: HOSPITAL INFANTIL — HOJA DE REGISTRO DE TOMAS

PACIENTE

Apellidos, Nombre 9h - 12h - 15h - 18h — ALTA

Apellidos, Nombre 9h - 12h — ALTA

Apellidos, Nombre 9h - 15h - 21h - (F)¹

Apellidos, Nombre 21h - 24h - 3h — PASA A DIETA ABSOLUTA

Apellidos, Nombre 9h - 12h - 15h - 18h - 21h - 24h - 3h - 6h

Apellidos, Nombre 9h - 12h - 15h - 18h - (F)¹ - 24h - 3h - 6h

Apellidos, Nombre 9h - 12h - 15h - 18h - 21h

Apellidos, Nombre 1ª GEMELAR - 18h - (F)¹ - 21h - 24h - 3h - 6h

Apellidos, Nombre UCI-P 24h - 3h - 6h NEDC

Apellidos, Nombre 3ª PEDIATRÍA 360 — DIETA ABSOLUTA

ETCÉTERA

TURNOS:	MAÑANA	TARDE	NOCHE
HORARIO	9h - 12h - 15h	18h - 21h	24h - 3h - 6h
Tomas de leche	10 12 12	14 15	14 14 13
Leche especial	2 2 2	2 2	2 2 2
TOTAL	40 biberones	23 biberones	47 biberones
TOTAL DÍA TURNOS: 130 biberones			

1. Falta parte de la cantidad total.

olvidó traerla, hemos adaptado esa hoja.

¿Qué apuntamos en la hoja de petición de etiquetas de admisión?

En ella subrayaremos con fluorescente los apellidos de todos los bebés a los que suministramos leche materna.

Este método fue creado por las TCAE para indicar a admisión las etiquetas que todos los días tienen que mandar, ya que hay que renovarlas a las 24 horas debido a que no todos los niños permanecen ingresados durante largos periodos.

Para calcular cuál es la cantidad de etiquetas que necesitamos, nos valemos de otra idea que pusimos en marcha, “la carpeta para etiquetas”, donde se guardan alfabéticamente en sobres las etiquetas de cada niño con sus datos.

Así, revisándola detenidamente en el turno de tarde, comprobamos los sobres nuevos, donde están escritos los apellidos de los niños ingresados sin etiqueta, o los bebés antiguos que les van faltando.

De igual manera, tras frustradas ideas que no dieron buenos resultados sobre dónde guardar las etiquetas que utilizan las madres

para identificar los contenedores estériles de su leche, se llega a la conclusión de que este tipo de sobre con los apellidos del bebé escrito en la cara transparente puede dar buenos resultados, acordando entregar éstos cuando la madre ingresa en el lactario; en este primer encuentro con la madre, las etiquetas que se le facilitan y se introducen en el sobre son blancas, y en ellas debe hacerse constar:

1. Apellidos del bebé
2. Fecha de extracción

3. Hora de extracción

A la mañana siguiente del ingreso, la madre dispondrá de las etiquetas que nos facilitara admisión, con el nombre del bebé, apellidos, número de historia, domicilio, etc.

A estas nuevas etiquetas sólo tendrá que aportarle la madre la hora y fecha de extracción.

Todo este proceso a la hora de elaborar biberones de leche, bien congelada o extraída en el día, nos facilita el poder trabajar por orden de antigüedad de la leche

materna extraída, envasando primeramente los calostros, en las primeras tomas que se nos piden mediante planillas, los pediatras de las distintas unidades. Estos calostros aportan gran cantidad de defensas al bebé, de ahí la importancia de este sistema para conseguir que lleguen lo más pronto posible a los bebés hospitalizados junto con la leche materna diaria y la congelada que se da cuando la madre no tiene suficiente con la extraída diariamente para aportar al bebé todas las tomas.

HOSPITAL UNIVERSITARIO
LISTADO ALFABÉTICO DE PACIENTES
INGRESADOS

19/02/2006 17.30
 PÁG.: 1

CENTRO: HOSPITAL INFANTIL — HOJA DE PETICIÓN DE ETIQUETAS ADMISIÓN

PACIENTE	UNENF	CAMA	FECHA INGRESO	SERVICIO
Apellidos, Nombre	32NE	32NE04	17/ 04/2006	NEOA
Apellidos, Nombre	32NE	32NE06	04/01/2006	NEOA
Apellidos, Nombre	32NE	32NE12	01/12/2006	NEOA
Apellidos, Nombre	32NE	32NE23	11/11/2006	NEOA
Apellidos, Nombre	32NE	32NE22	12/04/2006	NEOA
Apellidos, Nombre	32NE	32NE02	23/03/2006	NEOA
Apellidos, Nombre	32NE	32NE01	12/02/2006	NEOA
Apellidos, Nombre	32NE	32NE04	13/05/2006	NEOA
Apellidos, Nombre	32NE	32NE05	10/06/2006	NEOA
Apellidos, Nombre	32NE	32NE06	04/01/2006	NEOA
Apellidos, Nombre	32NE	32NE12	01/12/2006	NEOA
Apellidos, Nombre	32NE	32NE23	11/11/2006	NEOA
Apellidos, Nombre	32NE	32NE22	12/04/2006	NEOA
Apellidos, Nombre	32NE	32NE02	23/03/2006	NEOA
Apellidos, Nombre	32NE	32NE04	17/04/2006	NEOA
Apellidos, Nombre	32NE	32NE06	04/01/2006	NEOA
Apellidos, Nombre	32NE	32NE12	01/12/2006	NEOA
Apellidos, Nombre	32NE	32NE23	11/11/2006	NEOA
Apellidos, Nombre	32NE	32NE22	12/ 04/2006	NEOA
Apellidos, Nombre	32NE	32NE02	23/03/2006	NEOA
Apellidos, Nombre	32NE	32NE01	12/02/2006	NEOA
Apellidos, Nombre	32NE	32NE04	13/05/2006	NEOA
Apellidos, Nombre	32NE	32NE05	10/06/2006	NEOA
Apellidos, Nombre	UCI-P			
Apellidos, Nombre	PREESCOLARES-B		347	
Apellidos, Nombre	INFECCIOSOS		357	
Apellidos, Nombre	OBSERVACIÓN CUNA		4	
Apellidos, Nombre	PREESCOLARES-A		201D	

Conservación y elaboración de la leche materna, trabajo realizado exclusivamente por los TCAE

Para la conservación de leche materna disponemos de:

1. Un congelador para la leche congelada, que ha pasado el proceso de congelación, nos la traen las madres de sus casas.
2. Un frigorífico con leche materna recién extraída en el lactario; esta leche la utilizamos para envasar las tomas de diario, si la madre no tiene suficiente para el día, descongelamos la leche que se encuentra en el congelador, mediante un riguroso proceso de medidas.

Siempre que se descongela una leche se pondrá en el contenedor:

- A. La fecha
- B. La hora

Conservación de la leche en el congelador

Los TCAE idearon el siguiente proceso para la perfecta conservación de la leche para los supuestos en que la madre nos la entrega congelada.

Surgió la necesidad de crear una hoja de registro de leche congelada, que se coloca en la puerta del congelador; esta hoja contiene los datos necesarios, que nos facilitan el trabajo, como cuáles son los bebés que tienen leche congelada.

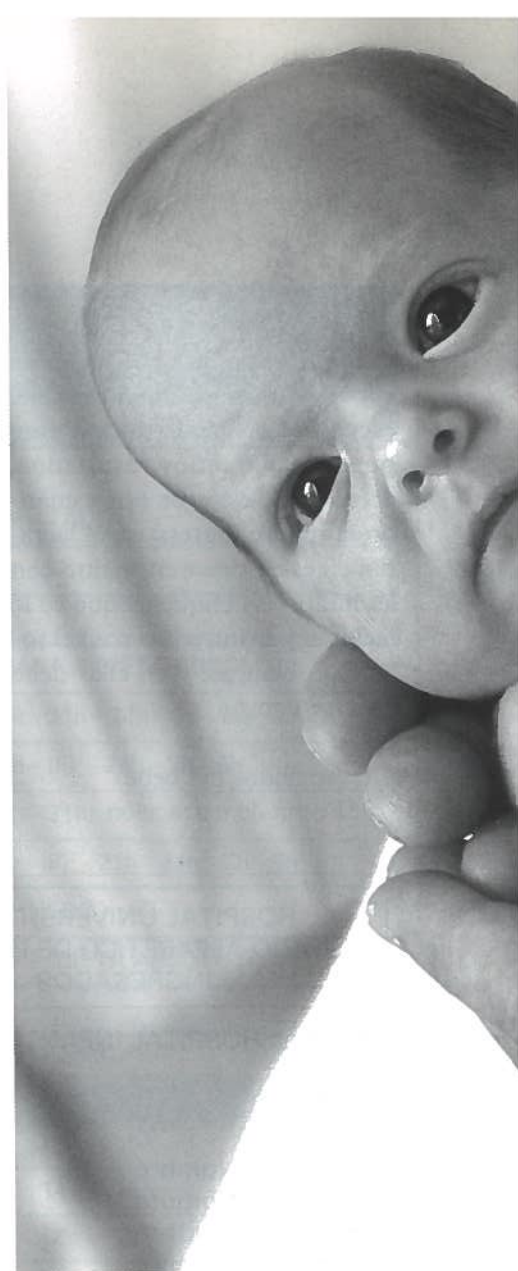
En el interior del congelador decidimos en su momento poner en los cajones las leches congeladas por orden alfabético. De esta manera el margen de error es prácticamente nulo.

También empleamos etiquetas blancas, las cuales adherimos a los cajones del congelador, escribiendo en ellas los apellidos, si se necesita más leche que congelar, si el bebé está a dieta y por qué. De esta manera evitamos la posibilidad de embasar leche si no come el bebé.

¿Cuándo se congela la leche materna?

1. Si el bebé está a dieta.
2. Si la madre produce más leche de la que el bebé necesita. En este caso se le permite a la madre llevarse contenedores estériles para extraerse leche en casa, o si por el contrario tiene gran cantidad en el congelador, se le comenta que puede llevarse a casa, siguiendo el proceso de congelación, de esta forma conseguimos descargar su cajón del congelador.
3. También seguimos el proceso de congelación de la leche que nos trae la madre de su casa.
4. El principal motivo de traernos leche congelada es que las mamás dejaron de producir leche para el consumo diario de su bebé. Esta leche que nos traen se introduce directamente en

el congelador, siguiendo el proceso de congelación iniciado por la madre, sacando según nos va haciendo falta, por fecha de antigüedad, hasta acabar existencias.



Hoja de Registro de Leches Congeladas

Fecha 31/01/2006

1. Apellidos, Nombre: UCI-P "Congelar"
2. Apellidos, Nombre: 3º Pediatría
3. Apellidos, Nombre: 1º Gemelar
4. Apellidos, Nombre: Alta (tiene leche por recoger)
5. Apellidos, Nombre:
6. Apellidos, Nombre: Mellizo 1º
7. Apellidos, Nombre: Exitus 31/01/06 (tiene leche)
8. Apellidos, Nombre: Dieta Absoluta
9. Apellidos, Nombre: Prees-B
10. Apellidos, Nombre: Observación "Congelar"

Este registro se pega en la puerta del congelador.



Conservación de la leche materna en el frigorífico por los TCAE

Para la identificación de las leches maternas que se encuentran en el frigorífico, las etiquetas se adhieren a las bandejas. Dentro de estas bandejas colocamos los contenedores debidamente identificados y por orden alfabético, con hora y fecha para su consumo desde el más antiguo.

Los datos de las etiquetas que se adhieren en las bandejas son:

1. Apellidos del bebé.
2. Unidad donde se encuentra (si está en neonatología no se especificará).

3. Si hay que congelar toda la leche se escribe "congelar" y se subraya con fluorescente.
4. Se anota si los bebés son gemelos, mellizos, trillizos.
5. Si el bebé ha sido dado de alta, la etiqueta se coloca invertida, se escribe "alta" y se subraya en fluorescente; permanecerá de esta forma hasta que la madre llegue al lactario y se la lleve, siempre que quede leche; si no es éste el caso retiramos etiqueta.

El trabajo de los TCAE es minucioso, llevando a cabo la labor de colocación exacta de:

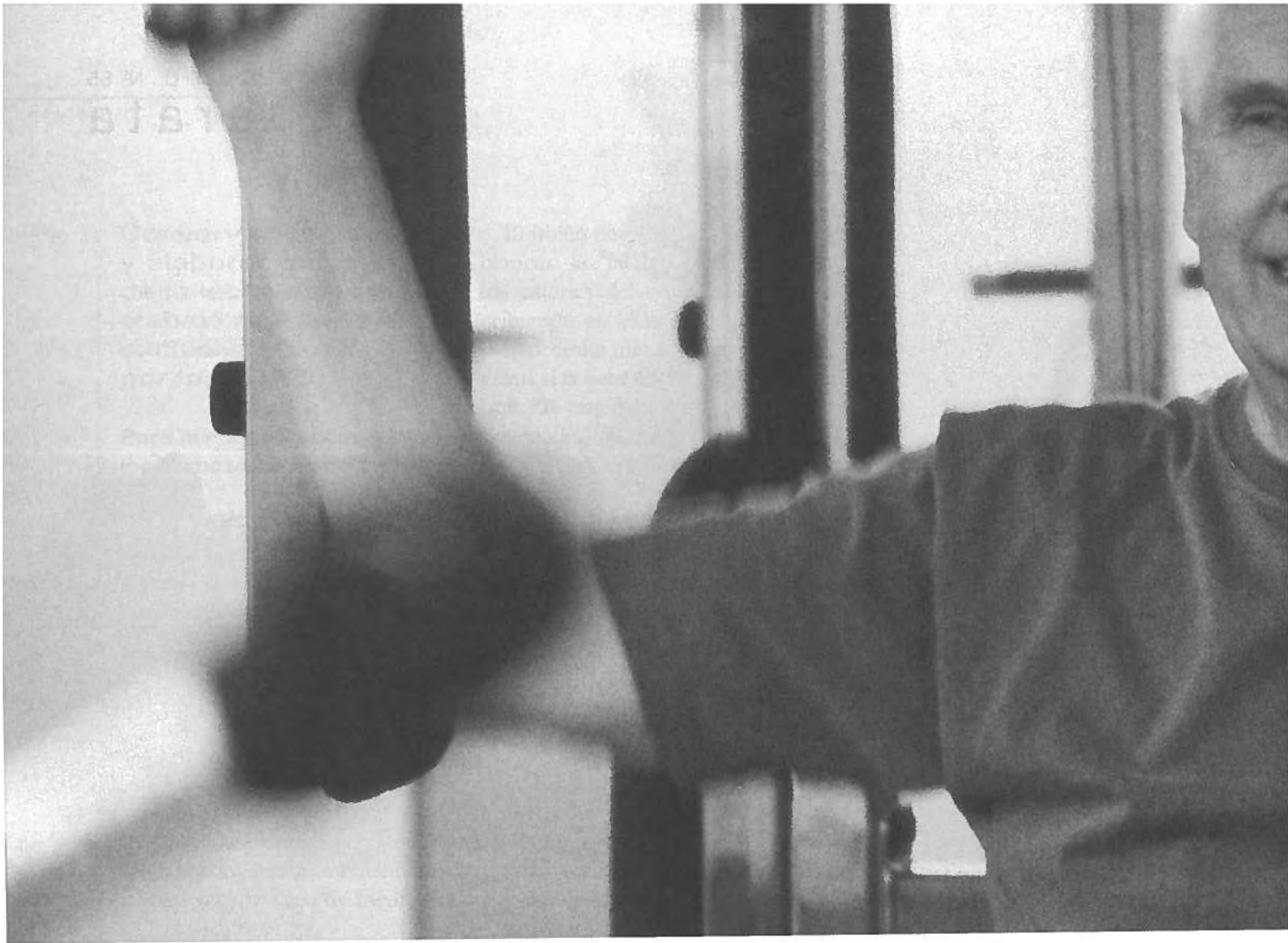
- Contenedores identificados.
- Etiqueta en la bandeja, con apellidos correspondientes.

- Colocación de etiquetas en orden alfabético.

Debido a todo este proceso, los TCAE se ven en la obligación de estar en continua comprobación y observación de la leche materna que se encuentra conservada en el congelador y el frigorífico.

El periodo de conservación en el frigorífico según medicina preventiva es de 72h. Las madres tendrán que asegurar la leche diaria en las siguientes tomas (9h - 12h - 15h - 18h - 21h - 24h - 3h - 6h).

La leche extraída a diario que van entregando las madres durante el día, se dejará en el frigorífico hasta última hora de cada turno, para evitar la continua manipulación de la puerta del congelador.



Captación de nuevos

NURIA MARÍA GONZÁLEZ CATALÁN, M^º LUISA CEBRERO GRANDE, MANUELA FLORES BLANCO, M^º LUISA CUADRADO ALMARDIA
Auxiliares de Enfermería. Hospital Duque del Infantado. Sevilla

INTRODUCCIÓN

Debido al aumento de personas de edad avanzada que ingresan en los centros hospitalarios, la búsqueda de una mayor eficiencia de los cuidados y de los procedimientos diagnósticos se hace más evidente.

Esta búsqueda se traduce en un aumento significativo de personas que presentan importantes y complejas necesidades de cuidados en el domicilio familiar, muchas de ellas aparecen derivadas tras el alta hospitalaria.

Por ello es importante hacer una valoración de la aptitud y experiencia previa que presentan los cuidadores principales ante la realización de los cuidados básicos. Unos debutarán como tal y otros tendrán experiencia previa que presentan malos hábitos o deficiencias en estos cuidados.

El personal de enfermería deberá realizar la captación de nuevos cuidadores a través del Informe de Continuidad de Cuidados haciendo llegar la propuesta a la enfermera de familia, para su seguimiento desde Atención Primaria e inclusión de la cuidadora principal

en el “Plan de atención a las cuidadoras familiares de Andalucía”.

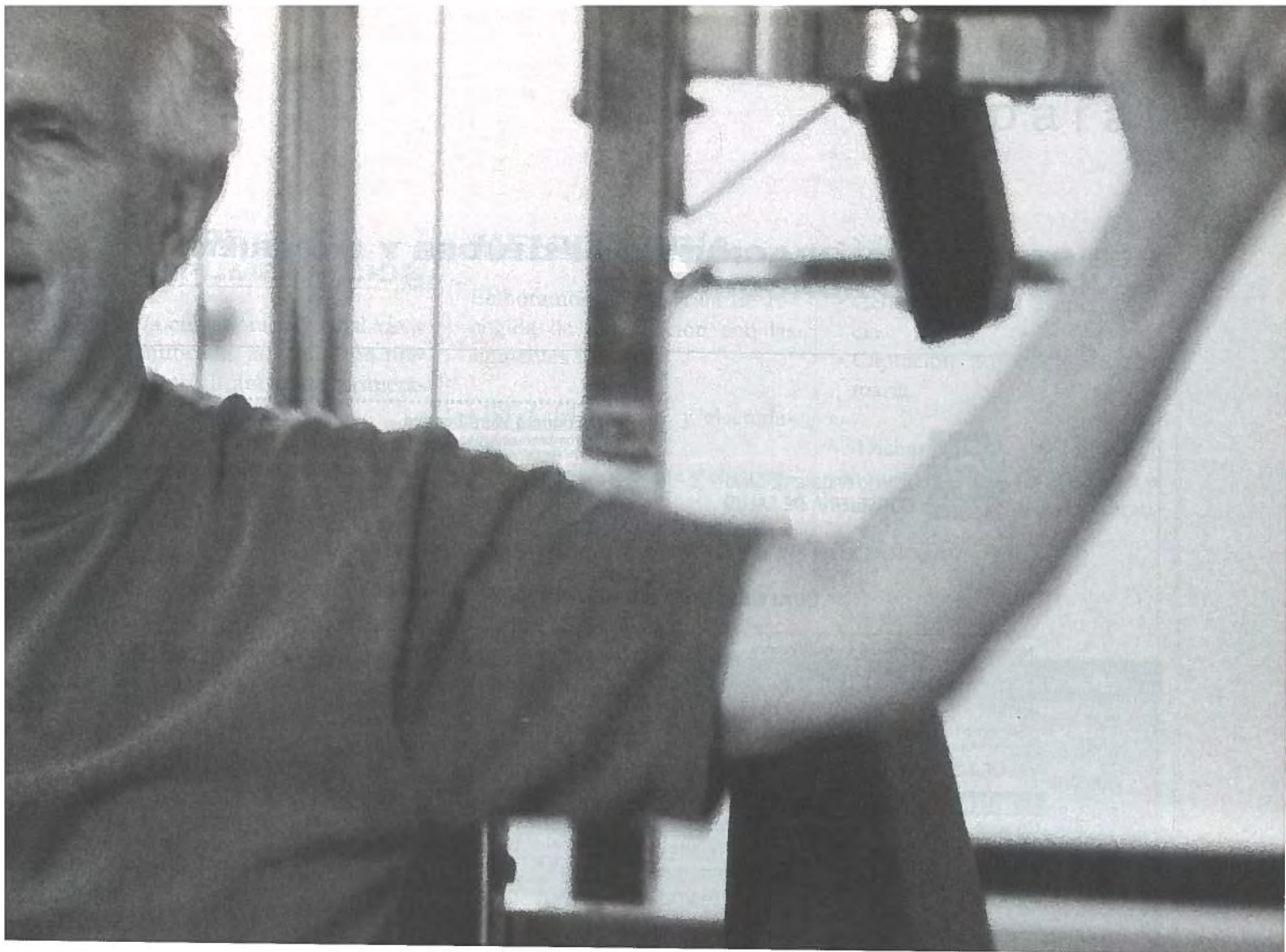
OBJETIVOS

Objetivos generales:

- Garantizar la continuidad de los cuidados básicos.
- Asegurar el bienestar del cuidador principal.

Objetivos específicos:

- Identificación del paciente discapacitado mediante el Índice de Barthel.



cuidadores

- Identificación del cuidador principal.
- Valoración de la experiencia previa.
- Mejorar la autoestima y promover el autocuidado en la cuidadora.
- Promover la inclusión en el “Plan de atención a las cuidadoras familiares en Andalucía” desde Atención Primaria.

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE DISCAPACITADO

En la valoración del paciente la puntuación del Índice de Barthel debe de ser menor de 60.

CRITERIOS PARA LA IDENTIFICACIÓN DEL CUIDADOR

Referidos a la situación:

- Convivir en el domicilio de la persona que cuida o pasar más de diez horas al día en el mismo, aunque no resida en él.
- Asumir responsabilidad principal de la atención de forma permanente.
- No recibir remuneración económica por los cuidados del paciente.

Referidos a la percepción y el esfuerzo del cuidador:

- Alto nivel de sobrecarga de la cuidadora.
- Apoyo social percibido o funcional.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Cuidadoras familiares que den su negativa a ser cuidadoras principales.
- Cuidadoras familiares de pacientes en situación de extrema gravedad.
- Cuidadoras familiares de pacientes institucionalizados.
- Cuidadoras familiares con limitaciones físicas y psíquicas que le impidan desempeñar con garantías el rol de cuidadora principal.

REGISTRO DE VALORACIÓN DE APTITUDES Y EXPERIENCIA PREVIA DE LA CUIDADORA



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Etiqueta identificativa

Nombre/apellidos:
 Nº Hª Clínica:
 Habitación/cama:
 Diagnóstico/motivo del ingreso:
 Edad:

VALORACIÓN DE APTITUDES Y EXPERIENCIA PREVIA DE LA CUIDADORA EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Nombre/apellidos de la cuidadora.....Edad. Teléfono.....
 Centro de Atención primaria de referencia.....
 Diagnóstico Médico del Paciente.....

VALORACIÓN	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha
1. NUTRICIÓN				
Conoce los beneficios de una alimentación correcta				
Conoce y describe la dieta recomendada				
Conoce las complicaciones más frecuentes				
Sabe utilizar los espesantes (si fuera preciso)				
Conoce la relación: Mala alimentación/Riesgo de UPP				
Conoce la necesidad de administrar líquidos				
Conoce los cuidados de SNG/PEG				
Técnica de administración de fármacos				
Técnica adecuada (oral y/o enteral)				
2. HIGIENE				
Conoce los beneficios del aseo completo				
Conoce la relación: Mala higiene/Riesgo de UPP				
Técnica adecuada de higiene bucal				
Técnica adecuada para el aseo completo correcto				
3. MOVILIDAD				
Conoce los beneficios de la movilidad				
Describe las medidas de prevención de caídas				
Conoce las medidas de protección de la piel				
Conoce la relación: Inmovilidad/Riesgo de UPP				
Técnica de cambios posturales				
4. ELIMINACIÓN				
Conoce los dispositivos disponibles				
Conoce los cuidados sonda vesical				
Conoce los síntomas del estreñimiento				
Conoce medidas para combatir estreñimiento				
Conoce la relación: Incontinencia/Riesgo de UPP				
Técnica de uso de los dispositivos				
FIRMAS				

RESPUESTA: SÍ/NO/NP
 LA REVALORIZACIÓN SE REALIZARÁ CADA 4 DÍAS

GUÍA DE CUMPLIMENTACIÓN

- Si la cuidadora principal viene identificada, la valoración previa se realizará en las primeras 24h de su ingreso.
- En caso de identificar a un nuevo gran discapacitado, la valoración de la cuidadora se realizará lo antes posible.
- Se procederá a cumplimentar la hoja de registro antes citada.

METODOLOGÍA

Elaboramos una parrilla de recogida de información con las siguientes variables:

- Edad del paciente y el cuidador.
- Género del paciente y el cuidador.
- Fecha de ingreso.
- Fecha de alta.
- Estancia hospitalaria.

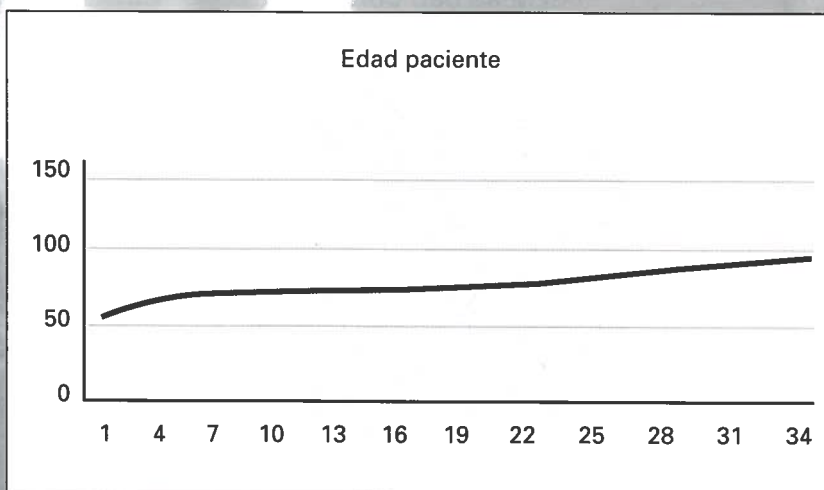
- Salida.
- Criterio de exclusión.
- Centro de Salud de pertenencia.
- Captación por Atención Primaria.

Dichas variables se aplicaron en un total de 33 pacientes en el periodo de cinco meses y durante su estancia hospitalaria.

EDAD PACIENTE	GÉNERO PACIENTE	EDAD CUIDADOR	GÉNERO CUIDADOR	FECHA INGRESO
54 años	Varón	24 años	Mujer	28/05/2006
75 años	Varón	61 años	Mujer	13/06/2006
89 años	Mujer	64 años	Mujer	21/06/2006
80 años	Mujer	51 años	Mujer	21/06/2006
89 años	Varón	57 años	Mujer	17/06/2006
89 años	Mujer	41 años	Mujer	17/06/2006
75 años	Varón	65 años	Mujer	22/06/2006
90 años	Varón	58 años	Mujer	21/06/2006
73 años	Mujer	42 años	Mujer	17/06/2006
76 años	Mujer	50 años	Mujer	27/06/2006
82 años	Mujer	51 años	Mujer	21/06/2006
59 años	Varón	59 años	Varón	07/09/2006
78 años	Varón	50 años	Mujer	30/09/2006
80 años	Varón	50 años	Mujer	19/10/2006
83 años	Mujer	48 años	Varón	05/10/2006
81 años	Mujer	54 años	Mujer	06/10/2006
73 años	Varón	70 años	Mujer	10/10/2006
94 años	Varón	63 años	Mujer	16/10/2006
84 años	Mujer	58 años	Mujer	06/11/2006
76 años	Varón	76 años	Mujer	26/12/2006
85 años	Varón	No procede	No procede	27/12/2006
65 años	Varón	27 años	Mujer	30/12/2006
77 años	Mujer	42 años	Mujer	02/01/2007
86 años	Mujer	No procede	No procede	10/01/2007
87 años	Mujer	60 años	Mujer	6/01/2007
68 años	Mujer	37 años	Mujer	16/01/2007
66 años	Varón	64 años	Mujer	17/01/2007
88 años	Mujer	60 años	Mujer	19/01/2007
96 años	Mujer	71 años	Mujer	20/01/2007
84 años	Mujer	50 años	Mujer	27/01/2007
83 años	Varón	69 años	Mujer	24/01/2007
75 años	Varón	No procede	No procede	30/01/2007
79 años	Varón	No procede	No procede	30/01/2007

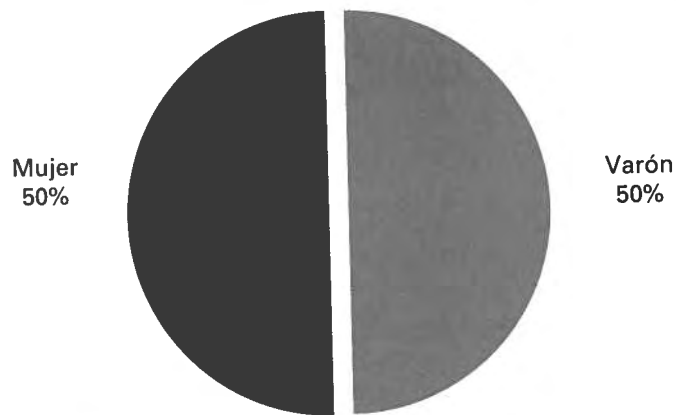
FECHA ALTA	TIPO PACIENTE	SALIDA	CENTRO SALUD	CAPTACIÓN AT. 1ª
30/06/2006	Paliativo	Alta	El cachorro	No
19/06/2006	Pluripatológico	<i>Exitus</i>	El Porvenir	No
28/06/2006	Pluripatológico	Alta	El Prado	No
28/06/2006	Pluripatológico	Alta	Camas	Sí
21/06/2006	Pluripatológico	Alta	Amate	Sí
24/06/2006	Pluripatológico	Alta	La Candelaria	No
30/06/2006	Pluripatológico	Alta	Puebla del Río	No
10/07/2006	Pluripatológico	Alta	Amate	Sí
07/07/2006	Pluripatológico	Alta	El Cachorro	Sí
07/07/2006	Pluripatológico	Alta	Gelve	Sí
10/07/2006	Pluripatológico	Alta	Coria del Río	Sí
10/09/2006	Paliativo	<i>Exitus</i>	Mairena del Aljarafe	No
10/10/2006	Pluripatológico	Alta	Camas	Sí
24/10/2006	Pluripatológico	Alta	Candelaria	No
13/10/2006	Pluripatológico	Alta	Amante Laffón	No
25/10/2006	Pluripatológico	Alta	Coria del Río	Sí
15/10/2006	Paliativo	<i>Exitus</i>	San Hilario	No
15/11/2006	Pluripatológico	Alta	El Cachorro	Sí
20/11/2006	Pluripatológico	Alta	El Carambolo(Camas)	No
17/01/2007	Pluripatológico	<i>Exitus</i>	Polígono Sur	No
11/01/2007	Pluripatológico	Alta	San Pablo	No
03/02/2007	Paliativo	Alta	Isla Mayor	No
12/01/2007	Pluripatológico	Alta	Virgen de África	Sí
25/01/2007	Pluripatológico	Alta	Camas	No
31/01/2007	Pluripatológico	Alta	El Cachorro	No
18/01/2007	Paliativo	<i>Exitus</i>	El Porvenir	No
19/01/2007	Paliativo	<i>Exitus</i>	San Juan	No
26/01/2007	Pluripatológico	<i>Exitus</i>	Amante Laffón	No
31/01/2007	Pluripatológico	Alta	El Greco	No
30/01/2007	Pluripatológico	Alta	Palmete	No
27/01/2007	Paliativo	<i>Exitus</i>	Fuente del Rey	No
01/02/2007	Pluripatológico	<i>Exitus</i>	Utrera Sur	No
06/02/2007	Pluripatológico	Alta	Puerta Este	No

ESTANCIA HOSPITALARIA	EXCLUSIÓN
4 días	No presenta
6 días	No presenta
7 días	No presenta
7 días	No presenta
4 días	No presenta
7 días	No presenta
8 días	No presenta
19 días	No presenta
10 días	No presenta
20 días	No presenta
19 días	No presenta
3 días	No presenta
10 días	No presenta
5 días	No presenta
8 días	No presenta
19 días	No presenta
5 días	No presenta
29 días	No presenta
14 días	No presenta
22 días	No presenta
15 días	Problemas físicos
35 días	No presenta
10 días	No presenta
15 días	Negación familiar
15 días	No presenta
3 días	No presenta
2 días	No presenta
7 días	No presenta
11 días	No presenta
3 días	No presenta
3 días	No presenta
2 días	Limitaciones físicas
7 días	Edad/ limitaciones físicas

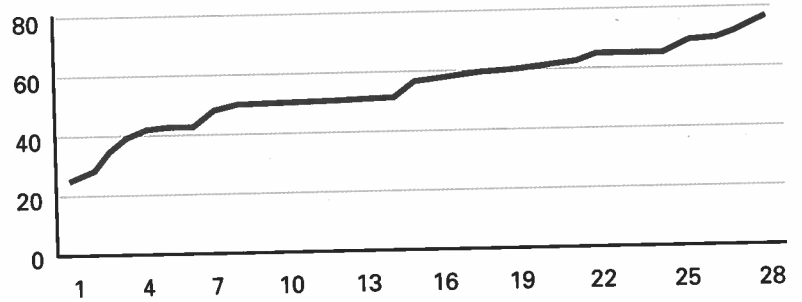




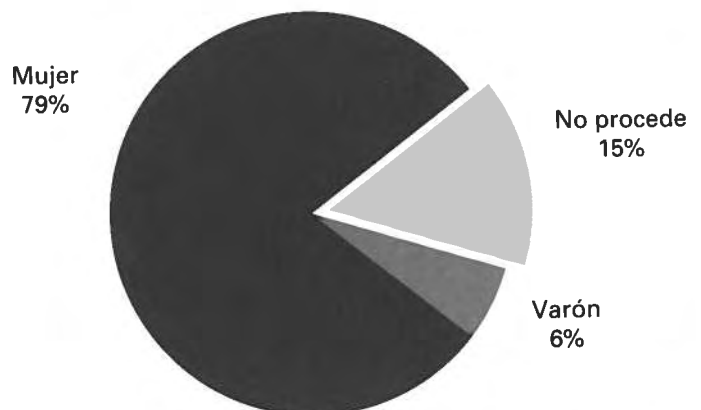
GÉNERO DEL PACIENTE

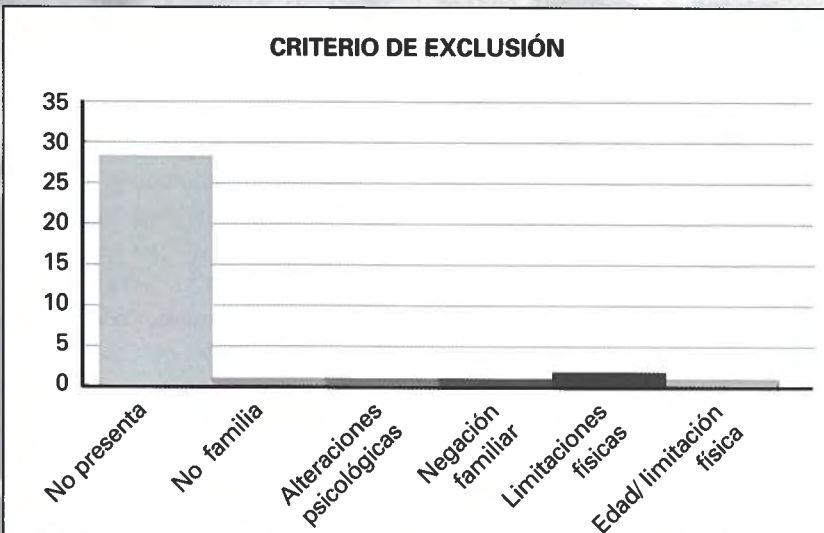
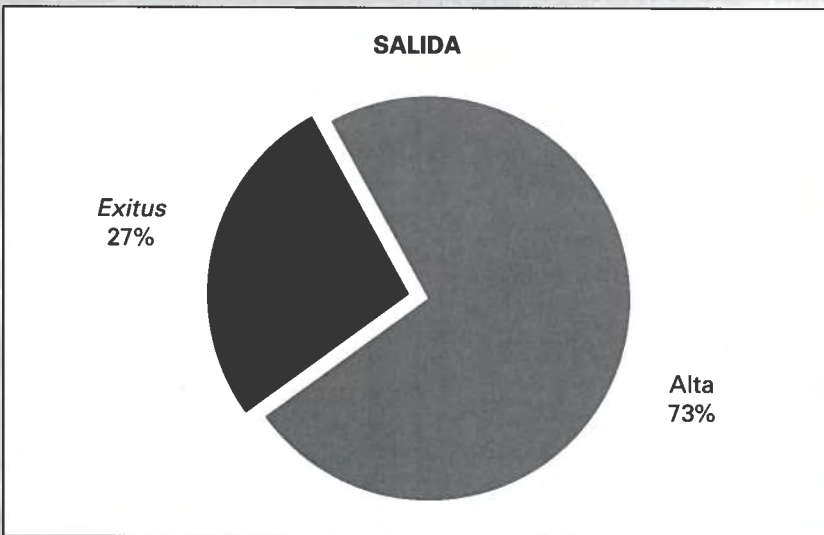
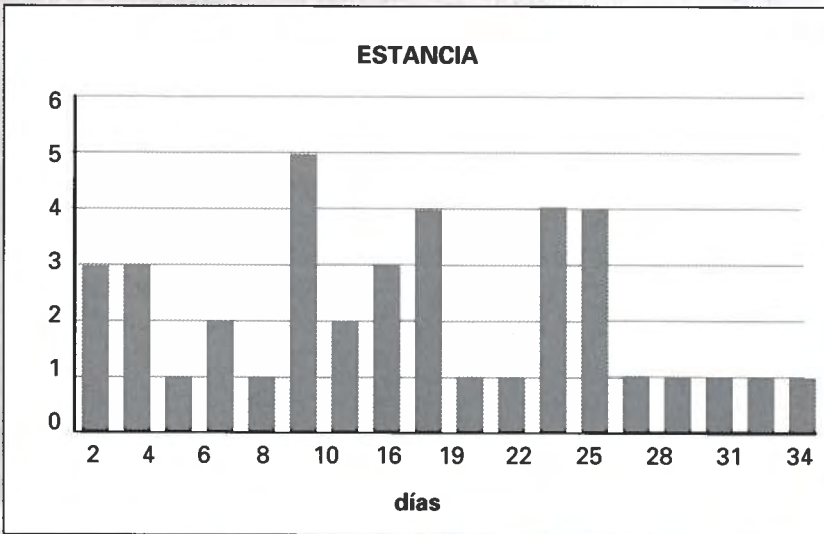


EDAD CUIDADOR

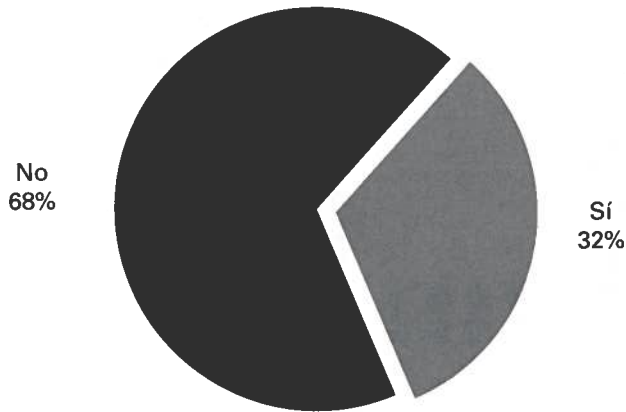


GÉNERO DEL CUIDADOR

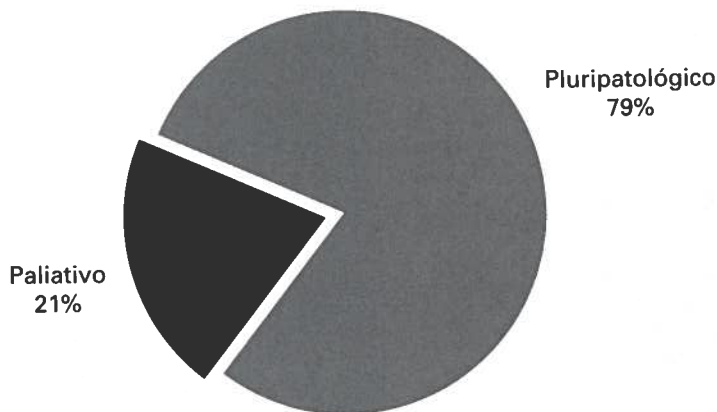




CAPTACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA



PATOLOGÍA



CENSO DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS

Jun-06	104 pacientes
Oct-06	101 pacientes
Nov-06	134 pacientes
Dic-06	125 pacientes
Ene-07	182 pacientes

CENSO PACIENTES PALIATIVOS

Jun-06	43 pacientes
Oct-06	38 pacientes
Nov-06	42 pacientes
Dic-06	16 pacientes
Ene-07	47 pacientes

CONCLUSIÓN

La finalidad de este trabajo de investigación es valorar el número de cuidadores que se pueden captar en el centro hospitalario teniendo en cuenta el total de pacientes ingresados en el periodo de estudio y los criterios de exclusión de los cuidadores, así como el nivel alto de dependencia que los pacientes presentan según la escala de Índice de Barthel.

El estudio se hace sobre pacientes paliativos y pluripatológicos.

A la conclusión que se llega tras el estudio realizado es que el porcentaje de cuidadores que se pueden captar en el ámbito hospitalario es muy bajo, en parte por el poco tiempo que se lleva realizando la encuesta para captar al cuidador, aunque la educación a pie de cama se lleva realizando desde hace bastante tiempo (aproximadamente un año) y, por otro lado, por el porcentaje de participación tan bajo que los familiares presentan, quizá por el miedo ante lo desconocido y/o por el aumento de cuidadores que superan o igualan en edad al paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- Contrato programa hospitales periodo 2005-2008. Anexo Plan de mejora "Cuidando a las Cuidadoras". Servicios Centrales. Servicio Andaluz de Salud 2005.
- Contrato programa hospitales periodo 2005-2008. Anexos Plan de atención "A las cuidadoras familiares en Andalucía". Servicios Centrales. Servicio Andaluz de Salud 2006.
- Curso de formación continuada "Nuevo Enfoque de Competencias de Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería" realizado en el Hospital Virgen del Rocío (HUVR) de Sevilla por María Dolores Domínguez Carranza. Auxiliar de Enfermería. Coordinadora de la Unidad de Calidad del HUVR.
- Decreto 137/2002 de 30 de abril de Apoyo a las familias andaluzas.



Protege tu aparato respiratorio y estornuda

Cualquier elemento extraño que entre en la nariz puede provocarnos un estornudo. Esto no es más que un mecanismo de defensa del sistema respiratorio en el que intervienen: el cerebro, los pulmones, el diafragma y los músculos abdominales. Todo para conseguir expulsar el elemento extraño a una velocidad media de 160 km por hora.

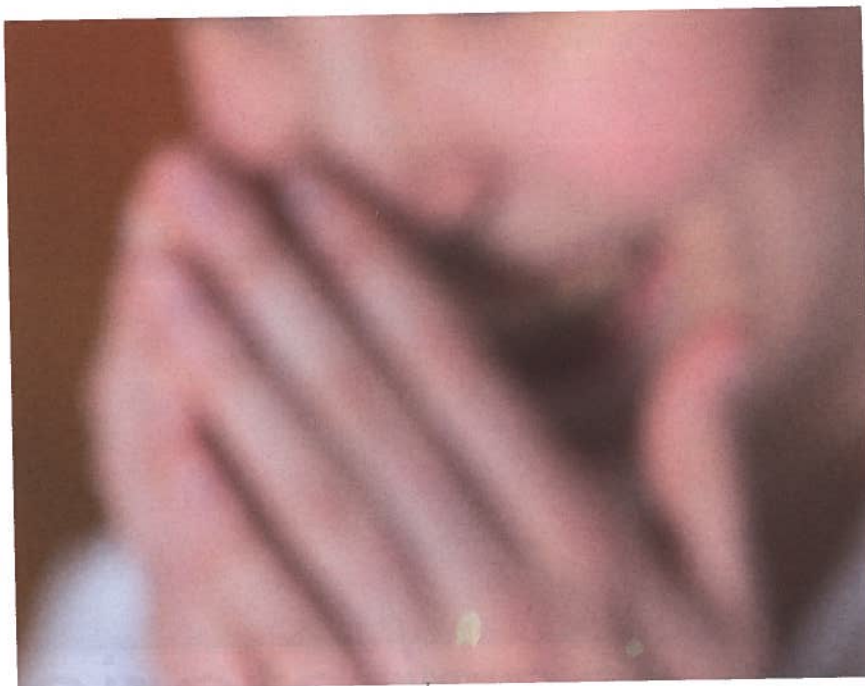
TEXTO Montse García

LA NARIZ es uno de los órganos más sensibles con los que contamos. Está provista de numerosas terminaciones nerviosas que dan como resultado una mucosidad rica en sensibilidad. Por esa razón cuando un cuerpo extraño —como polvo, polen, pelusa, sustancias químicas y agentes virales o bacterianos— se introduce en ella, produce un fuerte flujo de aire que es necesario exhalar para liberarlo, siendo entonces el estornudo un mecanismo de defensa para nuestro sistema respiratorio.

El punto de partida de un estornudo es la irritación de la mucosa nasal. Este estímulo provoca un cosquilleo que es percibido por el cerebro, en un punto que se conoce como centro del estornudo, que coordina los músculos involucrados para que actúen en el orden oportuno y lograr que el elemento irritante salga volando por la nariz.

La irritación estimula la sensibilidad de la nariz y ello provoca una fuerte inhalación de aire —un promedio de dos litros y medio— que pasa a los pulmones. Es entonces cuando los músculos abdominales hacen subir el diafragma para aumentar la presión en los pulmones. Mientras tanto, los músculos de la faringe se cierran también. El aire sale entonces disparado por la boca a una velocidad promedio de entre 110 y 160 kilómetros por hora y contamina un área de 6 m².

Es muy difícil mantener los ojos abiertos mientras se estornuda. El reflejo de cerrar los ojos parece no tener objetivo alguno: los nervios que controlan los ojos y la nariz se encuentran relacionados y un estímulo de ellos a menudo produce una respuesta en el otro. También es casi imposible estornudar sin mover la cabeza, sólo si el estornudo es muy suave. Esto es debido



Cada vez que estornudamos el aire disparado por la nariz y la boca puede alcanzar 160 kilómetros por hora. De ahí, lo peligroso que es contener o evitar un estornudo a la mitad, pues al cerrar la nariz o los labios se puede crear una presión de aire tremenda en la boca y la garganta. Esta presión puede forzar a las bacterias de la nariz a regresar a las cavidades cubiertas de mucosa o hacia el interior de los oídos. El resultado: una fuerte infección.

a que el movimiento de la cabeza hacia delante ayuda a expulsar las sustancias irritantes del aparato respiratorio.

Casi todo lo que irrita el interior de la nariz puede provocar un estornudo. Lo más habitual es el polvo, el aire frío, la pimienta y los virus que, instalados allí temporalmente, provocan mucha hinchazón e irritación. Sin embargo, una de cada tres personas estornuda cuando está expuesta a luz brillante. Estos estornudos se llaman estornudos fóticos, la sensibilidad que estas personas tienen hacia la luz les puede desencadenar un estornudo.

Para que el estornudo realmente proteja y limpie la nariz, es necesario mantener en las mejores condiciones la mucosa nasal, pues ésta debe crear una barrera inmunitaria de primer contacto para evitar un mayor número de infecciones y alergias. Esto se logra mediante la hidratación continua; por ello los expertos recomiendan el uso de un humectante nasal que alivie la sequedad y la irritación y cuyo uso no causa efectos secundarios.

Para proteger la mucosa nasal, sobre todo ante los cambios de temperatura o de estación, es conveniente ingerir abundantes verduras y frutas ricas en vitamina C, tomar dos litros de agua al día, evitar asistir a lugares muy concurridos y poco ventilados, evitar fumar y permanecer en sitios donde hay mucho humo de tabaco.

» Supersticiones propias

Los católicos romanos popularizaron el uso de la bendición como respuesta al estornudo. La costumbre de decir "salud" tras un estornudo comenzó durante el papado de Gregorio I (540-604), cuando la peste comenzaba a acechar Europa en el año 590. Para combatir la peste, Gregorio ordenó letanías, procesiones y plegarias constantes. Aquel que estornudara debía ser inmediatamente bendecido para evitar el desarrollo de la peste.

La costumbre permanece aún entre los hablantes de varios idiomas, entre algunos de los cuales se sigue utilizando literalmente una bendición, como *bless you* en inglés o Jesús en castellano.

En Hungría y Eslovenia, un estornudo que ocurre después de hacer una afirmación se interpreta a veces como una confirmación por parte de Dios de que lo que se dice es cierto.

En India y Pakistán se cree que cuando alguien estornuda es que recuerda o es recordado por alguien querido.

De acuerdo a una creencia japonesa, estornudar dos veces seguidas es señal de que alguien está hablando de ti.

Una creencia popular tan extendida como falsa es que si estornudáramos con los ojos abiertos éstos se nos saldrían de las cuencas.



XII Certamen de Investigación FAE

El trabajo de investigación que realizan los profesionales Auxiliares de Enfermería ha sido reconocido un año más por la Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería (FAE) con la entrega de los premios del XII Certamen Nacional de Investigación.

TEXTO Cristina Botello

LA CENA DE GALA DEL XIX CONGRESO NACIONAL DE AUXILIARES DE ENFERMERÍA, organizado por FAE y cuya sede este año ha sido Valladolid, ha sido el marco escogido por la organización para la entrega de los premios de esta edición, que ha contado con la presencia de D. Cecilio Vadillo, subdelegado del Gobierno de la Junta de Castilla y León, Doña M^a Ángeles Cantalapiedra, diputada de Área de la Diputación Provincial, los responsables de la sanidad pucelana, tanto en Atención Primaria como Especializada, y los representantes de la fundación.

En esta ocasión, FAE ha entregado el máximo galardón, dotado con 1.000 euros, a un trabajo que analiza el origen y consecuencias de una patología de la que se diagnostican anualmente 500.000 nuevos

casos en el mundo: el cáncer de cuello de útero. En España, según las últimas estadísticas, 600 mujeres mueren cada año por esta enfermedad que se ha convertido en el segundo tipo de tumor más frecuente entre las mujeres después del de mama.

Ana Isabel González López, Auxiliar de Enfermería de la Unidad de Ginecología del Hospital del Oriente de Asturias, ha sabido reflejar en su trabajo *El cáncer de cuello de útero. Un drama para la mujer* los pormenores de esta enfermedad.

» Un drama para la mujer

La evidencia científica acumulada a partir de estudios citológicos, moleculares, clínicos y epidemiológicos ha permitido demostrar y descubrir de forma inequívoca que el

cáncer de cuello de útero es una secuela a largo plazo de una infección persistente por ciertos genotipos del virus del papiloma humano (VPH), un virus de transmisión primordialmente sexual (principalmente por el coito, tanto anal como vaginal).

La familia del VPH cuenta con más de 150 tipos virales que, en relación con su patogenia oncológica, se clasifican en tipos de alto riesgo y de bajo riesgo oncológico.

Los calificados como de alto riesgo tiene un curso silente, tienden a establecer infecciones persistentes y generan alteraciones citológicas características. Los de bajo riesgo rara vez se encuentran en lesiones neoplásicas y cursan predominantemente con infecciones clínicas visibles, como verrugas genitales.

No obstante, investigaciones recientes han demostrado de forma consistente que la mayoría de las infecciones por el VPH detectadas mediante técnicas de hibridación molecular son transitorias, pasando a no ser detectables al cabo de uno o dos años, siendo más persistentes, evidentemente, las de alto riesgo.

Aunque muchas mujeres contraen infecciones cervicales por el virus, la mayoría de éstas no progresan a cáncer de cuello de útero, por lo tanto es probable que otros cofactores ayuden en el proceso patológico. Éstos pueden ser medioambientales (anticonceptivos hormonales, hábito tabáquico, paridad y coinfección con otras enfermedades de transmisión sexual), virales (infección por tipos específicos u otros tipos del VPH) o del huésped (factores genéticos, factores relacionados con la respuesta inmunitaria).

Asimismo, varios estudios transversales han concluido que la iniciación sexual temprana o el hecho de que se dé un lapso más corto de



Ana Isabel González López, primer premio del XII Certamen de Investigación de FAE, recoge el galardón de manos de Carmen Satué y Daniel Torres, patronos de FAE.

tiempo entre la menarquia y la iniciación sexual constituyen factores de riesgo para el desarrollo de infecciones prevalentes por el virus.

Algunos mecanismos biológicos, incluyendo la inmadurez cervical, las deficiencias del flujo cervical protector y la ectopia cervical aumentada, pueden conducir a un mayor aumento para la adquisición de una infección por el virus en mujeres adolescentes, adultas y jóvenes.

En el caso de los hombres, el crecimiento del virus en el pene es proporcional al número de parejas sexuales y el número de contactos con prostitutas. Las edades de mayor prevalencia están comprendidas entre los 30 y 39 años.

En cuanto a su prevención, el cribado cervical es la única estrategia que ha demostrado una reducción de la mortalidad por cáncer de cuello de útero en los pocos países donde se ha implantado para la población, con una alta tasa de cobertura, de seguimiento y tratamiento de mujeres con anomalías citológicas.

La aparición de la vacuna contra el VPH puede prevenir la infección por estos genotipos y reducir sustancialmente la morbilidad, la mortalidad y los costes sanitarios asociados a este tumor y sus lesiones. Sin embargo, habrá que esperar un tiempo antes de poder evaluar el impacto de la vacunación.

La estrategia de prevención óptima dependerá, en gran medida, de las limitaciones en los recursos monetarios, humanos y de infraestructuras sanitarias de cada país y de la capacidad para lograr una amplia cobertura.

» Accésit y mención especial

Con el trabajo *Conociendo los Comités de Ética*, las Auxiliares de Enfermería del Hospital de Galdakano, Blanca Alonso y Teresa Esteban, han obtenido el accésit de esta edición del Certamen de Investigación.

Las autoras ponen de manifiesto la necesidad de que los profesionales de la sanidad, en general, y los



Carmen Satué y Daniel Torres entregan el accésit de esta edición a Blanca Alonso y Teresa Esteban.

Auxiliares de Enfermería, en particular, integren una reflexión ética en el ejercicio diario de su trabajo como parte esencial de la promoción, prevención y mantenimiento de la salud. Para valorar el grado de conocimiento sobre los comités de ética, principalmente los comités de ética asistencial, las autoras han realizado un estudio sobre el personal de enfermería de una UCI, en el que han participado veinte AE/TCE.

A través de las encuestas, se ha comprobado cómo una elevada mayoría del personal estaría dispuesta a recibir formación del Comité de Ética, ya que creen que influiría positivamente en su labor profesional diaria, lo que contribuirá a que la profesión sea concebida como autónoma y esté vinculada a los resultados que generan conocimientos y obligan a la investigación centrada en los cuidados.

Los Comités de Ética nacieron en los Estados Unidos como un sistema de solución de conflictos y toma de decisiones en un intento de

mejorar la calidad de la asistencia sanitaria, con independencia de que pudieran colaborar en la función educativa del personal sanitario, con la consiguiente repercusión en una mejor distribución del dinero destinado a la sanidad.

La toma de decisiones por parte de los médicos y del personal sanitario —tanto al principio, como durante y al final de la vida de los pacientes— ha hecho necesario el consenso en ciertas ocasiones; por ello surgen los Comités de Ética Asistencial en los hospitales. Estos comités son un órgano interdisciplinar, consultivo y deliberador, que ayuda y recomienda en la toma de la decisión más adecuada en casos difíciles para el profesional sanitario y usuario ante una institución sanitaria, sobre cuestiones éticas planteadas en el curso de la práctica clínica y cuyo objetivo final es mejorar la calidad asistencial.

Además del Comité de Ética Asistencial, existen los comités nacionales o internacionales —con competencias bioéticas— y los

comités de investigación clínica, cuya finalidad es velar por la calidad de la investigación en sujetos humanos y la protección de los individuos, el cumplimiento de la legislación vigente y de los estándares éticos aceptados.

M^a José Solís Sánchez, Auxiliar de Enfermería de la unidad de Esterilización del Hospital Clínico San Carlos de Madrid, ha recibido la mención especial por su trabajo *Auxiliar de Enfermería. Asignatura pendiente*, a través del cual hace un recorrido por la historia del colectivo Auxiliar de Enfermería, desde su nacimiento hasta nuestros días.

La autora hace un viaje por la evolución de la profesión de acuerdo a los cambios que han ido surgiendo en el entorno laboral y social: mayor formación profesional y académica, una creciente inclusión en los equipos de salud, la adquisición de funciones propias e independientes de la enfermería diplomada..., en definitiva refleja el crecimiento profesional de un colectivo que ha sabido adaptarse a los cambios y que actualmente lucha por su reconocimiento social y profesional.

Tras la entrega de los premios, los responsables de la Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería han agradecido la participación que ha tenido esta edición del certamen y han destacado la calidad de todos los trabajos presentados, animando y emplazando a los profesionales Auxiliares de Enfermería/TCE a seguir trabajando en el campo de la investigación y ofreciéndoles las páginas de *Nosocomio* para que continúen dando a conocer sus trabajos.

A woman with dark hair pulled back, wearing a white lace bra with a small bow at the center. She is holding a small, clear perfume bottle in her right hand and resting her left hand on her neck. The background is a warm, orange-toned wall. The text 'El 70% una talla' is overlaid on the right side of the image.

El 70%
una talla

de las mujeres utiliza n adecuada de sujetador

Encajes, blondas, transparencias. Rojos, negros, blancos. Para hacer deporte, para seducir. Para aparentar más o menos volumen en función de las circunstancias. En definitiva, hay sujetadores para todos los gustos, pero todos ellos deberían cumplir una premisa fundamental: que la talla sea la adecuada.

TEXTO Montse García

UTILIZAR UN SUJETADOR DE LA TALLA ADECUADA es prioritario para evitar dolores de espalda y otras molestias como alteraciones en la piel y dolores en las mamas. Ningún sujetador tiene efectos negativos directos en la salud de la mujer, pero sí puede agravar el malestar que se padecía con anterioridad. Aunque pueda parecer extraño, el 70% de las mujeres no utiliza la talla adecuada de sujetador, con lo que en la elección del modelo influyen más los criterios estéticos y de moda que los de la esencia de la prenda: que sujete. El dato lo refleja el estudio de Belcor Pharma dirigido por Francesc Puertas junto a médicos especialistas en senología y en colaboración con la Asociación Española Contra el Cáncer: sólo el 30% de las mujeres españolas conocen cuál es su talla de sujetador y siete

de cada diez no utilizan la talla que les corresponde.

En este sentido, algunos de los fallos más frecuentes son elegir sujetadores que opriman demasiado el pecho o una copa poco adecuada. Uno de los problemas más comunes que sufren las mujeres viene

dado por un tamaño grande de los pechos que, unido a una mala elección de la ropa interior, puede incrementar las molestias que se producen en la espalda y los dolores cervicales.

Por ejemplo, los aros son un soporte estructural que permite reducir



Siete de cada diez mujeres no utilizan la talla correcta de sujetador, lo que puede suponer el desarrollo de diferentes patologías mamarias y ocasiona del 20 al 30% de las consultas médicas por dolor de senos.



Las consecuencias del uso incorrecto de esta prenda femenina varían desde marcas y alteraciones en la piel, bultos de grasa en el pecho, dolor de espalda e incluso de cervicales.

la cantidad de tela en la parte interna y que, cuando no se adaptan a la forma del pecho y se clavan, pueden producir heridas y lesiones en la piel e, incluso, endurecimiento del tejido mamario que pueden originar bultos duros, benignos, pero que “asustan” a las mujeres.

En el siglo XIII, una prenda tan poco habitual en nuestros días como es el corsé supuso un revolucionario invento y fue también el antecesor del actual sujetador que Mary Phelps patentó en 1914. La prenda ha evolucionado sustancialmente a lo largo de los años; de la estructura primitiva compuesta por dos pañuelos, una cinta y un cordel se ha pasado a formas y tejidos impensables convirtiéndose en algo más que una pieza de lencería capaz de proyectar hacia delante el busto de cualquier mujer, tal y como nació inicialmente.

La apuesta de las empresas de lencería es mejorar continuamente sus modelos, y llevan años diversificando el mercado y adaptando sus productos a las diferentes necesidades de las mujeres: gestaciones, lactancias, mujeres mastectomizadas o

con problemas de movilidad en los brazos... todas encuentran un sujetador para cada una de las situaciones.

Pero para que cumpla su función en condiciones óptimas, lo primero es buscar la talla adecuada que se compone de dos medidas:

- La primera es una cifra que revela el contorno del pecho y se obtiene midiendo con una cinta métrica por debajo del busto.
- La segunda, expresada con una letra (A, B, C o D), determina la copa, que es el volumen o profundidad del seno. Para conocerla hay que medir el contorno por la zona más sobresaliente y restar este número a la medida del contorno. Si la diferencia es de 15 cm, se corresponde con la copa B. La talla varía cada 3 cm. Por ejemplo, si el resultado de la resta es 18, equivale a una copa C; si es 12, se necesita la A. Para valores intermedios se redondea hasta la talla más cercana.

Además, hay que tener en cuenta otras observaciones que indican que no se está utilizando el sujetador adecuado, como que la parte trasera se eleve en la espalda, ya que debe estar a la misma altura por detrás que por delante. Respecto a los tirantes del sostén, éstos deben estar alineados con los pezones, lo que produce máximo levantamiento. Hay que ajustarlos lo suficiente para levantar el busto, pero no tanto como para que se marquen en los hombros y colocarlos justo sobre el hueso del hombro.

El busto debe estar aproximadamente a la altura de la mitad del brazo, entre el hombro y el codo.

En cuanto a la copa, su función es sostener el seno, por lo que nunca debe presionar el busto.

Edificios insanos que nos enferman

Sustituir la tumbona de la playa por la silla del despacho, los atardeceres por la luz artificial o la tranquilidad del campo por el ruido de la fotocopiadora, además de la temida depresión posvacacional, conlleva jornadas de ocho horas en ambientes repletos de materiales nocivos para nuestra salud.

TEXTO Cristina Botello

EN LAS OFICINAS mal acondicionadas o en los edificios de nueva construcción conocidos como “edificios inteligentes”, una simple silla, un inofensivo teclado de ordenador o un, siempre agradecido aparato de aire acondicionado, entre otros, se convierten en focos latentes de enfermedades para los trabajadores.

Dolores de cabeza, sequedad de las vías respiratorias, problemas oculares o dolencias cervicales son algunas de las patologías que se engloban bajo lo que se conoce como el síndrome del edificio enfermo. Una afectación que la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoció en 1982 como enfermedad cuando un 20% de las personas que habitan un inmueble presentan síntomas diversos sobre su salud y bienestar, que no suelen ir acompañados de ninguna lesión orgánica o signo físico, diagnosticándose a menudo por exclusión. Las manifestaciones clínicas pueden ser debidas a cuadros alérgicos, a causas conocidas o a causas desconocidas.

Según la OMS, actualmente un 30% de los lugares de trabajo padecen el síndrome del edificio enfermo, lo que, según la Agencia Europea para la Seguridad en el Trabajo, afecta a 40 millones de

europeos y provoca entre el 50 y el 60% de las bajas laborales: un veinte por ciento padece migrañas y dolores de cabeza provocados por largas horas frente al ordenador; los dolores de espalda, columna y contracturas que tienen una relación directa con problemas posturales, largas horas en un mismo lugar o esfuerzos físicos afectan a un 33%; un 23% padece dolencias musculares en cuello y hombros o sensación general de fatiga; un 40% tiene algún tipo de alergia; un 25% problemas de sequedad en los ojos y un 22% en la garganta. En total, la OMS tiene catalogadas 8.000 patologías relativas al puesto de trabajo o al desempeño de una actividad.

» Enfrentarse al puesto de trabajo

Uno de los principales nidos de partículas tóxicas, hongos y bacterias son los sistemas de climatización utilizados para mantener la temperatura y humedad del aire ambiental dentro de los inmuebles. Con el objeto de evitar problemas respiratorios o cutáneos, episodios de alergias o, uno de los principales peligros, la legionela, las empresas deben garantizar una adecuada

instalación y limpieza de este tipo de aparatos.

Pero los sistemas de climatización no son la única fuente de contaminación ambiental; los materiales de construcción de los nuevos edificios, los equipos y elementos de trabajo (fotocopiadoras, ordenadores, papel, mobiliario) o los gases derivados de la propia actividad de los trabajadores (tabaco, restos de comida), contribuyen a un ambiente cargado de sustancias nocivas para la salud, llegando incluso a estar más contaminado el aire que se respira en el interior de los edificios que en el exterior.

Asimismo, la decoración y el mobiliario pueden desprender partículas, elevados niveles de formaldehído cuando abunda el aglomerado, cargas electroestáticas de ciertas materias o fibras sintéticas o residuos y gases tóxicos de pinturas o materiales de uso corriente.

Para mantener este tipo de partículas tóxicas en los niveles que establece la normativa europea y garantizar que se cumple el texto vigente que regula la salud y seguridad en las oficinas, la empresa debe llevar a cabo un análisis de cada puesto de trabajo, prestando especial atención a las pantallas

del ordenador, a la ergonomía y a la higiene ambiental.

Sillas giratorias con respaldo reclinable, mesas amplias, fotocopiadoras e impresoras ubicadas lejos de los puestos de trabajo y pantallas de PC reconocidas por la Unión Europea, como medida para garantizar que los campos electromagnéticos se mantienen por debajo de los límites recomendados, son algunas de las medidas que la empresa debe adoptar para garantizar un ambiente laboral saludable.

Por su parte, el trabajador debe mantener posturas adecuadas y no permanecer frente al ordenador durante tiempos prolongados para evitar dolencias de espalda o cuadros de hipertensión. Asimismo, largas horas sentado puede ocasionar trombosis venosa profunda en las piernas. Además, debe orientar su puesto de trabajo de forma correcta respecto a las ventanas con el objetivo de suprimir brillos extraños, reflejos o la falta de luminosidad. Para combatir la fatiga, el profesional tiene derecho a descansar quince minutos cada cuatro horas.

Otro de los aspectos que el trabajador debe vigilar es la repetición continua de movimientos para evitar trastornos en las articulaciones



como tendinitis. En este sentido, el movimiento con el ratón del ordenador puede ocasionar este tipo de fracturas.

Las nuevas construcciones conllevan nuevas patologías que pasan a engrosar la lista de enfermedades originadas por los edificios. Así, a los populares catarros, eritemas, migrañas, fatiga, irritación de ojos, ronquera, bronquitis, reuma, enfermedades gástricas, infecciones o náuseas, se han añadido la neumonía por legionela, el cáncer por amianto o la lipoatrofia semicircular —relacionada con un exceso de electricidad estática—, que en los últimos años ha afectado a grandes empresas.

La detección de estos problemas casi siempre llega tarde, por lo que es recomendable realizar revisiones periódicas para conocer el estado de salud, tanto de los trabajadores

La construcción de edificios basados en el ahorro energético y el abaratamiento en los costes destinados a su acondicionamiento llevó por primera vez en los años setenta a hablar del síndrome del edificio enfermo. En España, el fenómeno es más reciente, pues este tipo de construcciones se han implantado más tarde.

como del edificio. De cara a la construcción de nuevos y grandes edificios, es importante una coordinación entre autoridades, empresarios, arquitectos ingenieros, médicos y demás expertos implicados.

Infecciones nosocomiales

El síndrome del edificio enfermo también lo padecen construcciones públicas que, en principio, presumen de asepsia. Es el caso de los centros sanitarios, donde pueden aparecer infecciones nosocomiales. En el último estudio elaborado por la Sociedad Española de Medicina Preventiva, "Salud Pública e Higiene", fechado en 2005, se concluye que al menos un 8% de los usuarios que pasaron por un hospital contrajeron una infección, siendo las más comunes de carácter respiratorio, seguidas de las quirúrgicas y las urinarias.

En este sentido, son las personas con un sistema inmune debilitado la diana más fácil: bebés prematuros, enfermos tras el posoperatorio, pacientes geriátricos y usuarios inmunodeprimidos.



Cómo procurar un ambiente laboral sano

Temperatura

La temperatura aconsejable debe estar entre los 19 y 23 grados. Los cambios bruscos pueden desembocar en procesos gripales.

Humedad

El intervalo más adecuado oscila entre el 30 y el 60 por ciento. Niveles superiores favorecen el incremento de hongos y otros contaminantes microbiológicos. Ambientes poco húmedos generan sequedad en las membranas mucosas.

Ventilación y aire acondicionado

- La falta de limpieza de los sistemas de climatización favorece el crecimiento de bacterias y hongos.
- Tabiques, biombos u otro tipo de elementos decorativos pueden impedir o dificultar la entrada y salida de aire.
- Las máquinas producen calor y contaminación adicional.



Iluminación

- Fluorescentes y pantallas de ordenador desprenden disolventes orgánicos. Además, un nivel bajo, un contraste insuficiente, brillos excesivos y destellos pueden causar estrés visual, irritación de los ojos y dolores de cabeza.
- Las mesas oscuras, demasiado pulidas o muy claras provocan reflejos molestos que, después de una jornada laboral, terminan siendo nocivos.



Ruido

Es aconsejable mantener los niveles por debajo de los 60 decibelios, por encima pueden producir fatiga. Los ruidos de baja frecuencia también generan irritabilidad y molestias.

Olores

Algunos gases y vapores ocasionan malestar sensorial que da lugar a ansiedad en el trabajador.

Fotocopiadoras e impresoras

Hay que mantenerlas alejadas de los puestos de trabajo, ya que desprenden contaminantes orgánicos volátiles como el ozono u otros contaminantes como los polvos ultrafinos (sustancias tóxicas que provocan traqueobronquitis).



Mobiliario, pintura y materiales de aislamiento

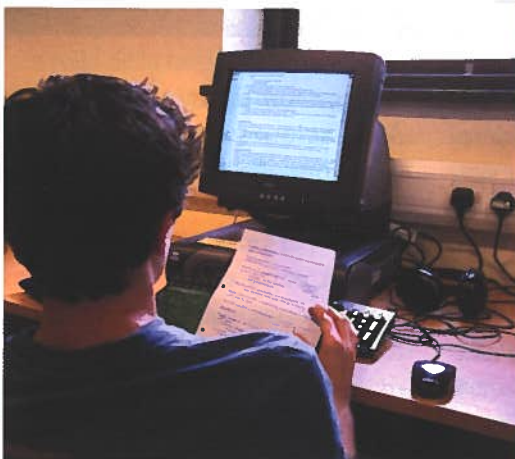
- Son una fuente de formaldehído y disolventes orgánicos.
- Las paredes muy claras o excesivamente oscuras no favorecen el ambiente, deben ser de un tono neutro.

Polvo, ácaros y fibras

Presentes en telas, moquetas y, por lo tanto, en el aire, generan alergias, irritación en los ojos, nariz y garganta o problemas dérmicos (erupciones y picores).

Productos de limpieza

Disolventes como el amoníaco o el benceno afectan seriamente al sistema respiratorio.



Posturas correctas

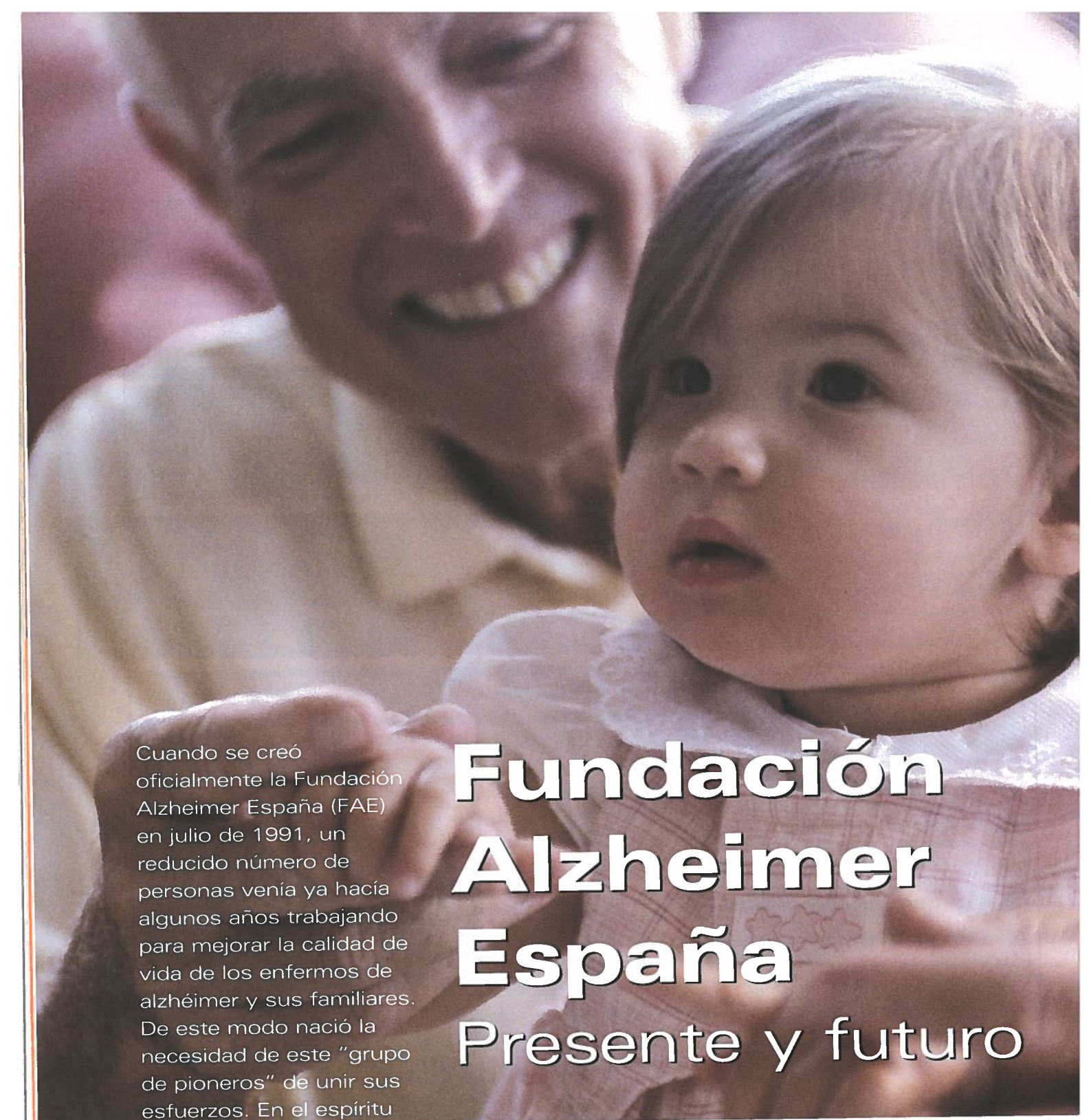
Posturas encorvadas, mantener poca distancia con la pantalla del ordenador, utilizar monitores pequeños o trabajar en una mesa de escasas dimensiones pueden ocasionar dolor de espalda, de cervicales, de brazo y musculares, además de problemas en la vista.

Espacio

Los habitáculos pequeños con mucho movimiento —teléfono, fax, impresoras, etc.— son una constante fuente de estrés. Se debe evitar colocar objetos bajo la mesa para garantizar mayor comodidad.

Teclados y ratones

Movimientos repetidos continuos fatigan las muñecas y las manos, pudiendo generar fracturas. Se deben evitar los teclados formados por un solo bloque.



Cuando se creó oficialmente la Fundación Alzheimer España (FAE) en julio de 1991, un reducido número de personas venía ya hacía algunos años trabajando para mejorar la calidad de vida de los enfermos de alzhéimer y sus familiares. De este modo nació la necesidad de este "grupo de pioneros" de unir sus esfuerzos. En el espíritu de sus fundadores no

estaba sino una vocación de servicio y el deseo de ayudar y apoyar a un colectivo absolutamente desfavorecido y olvidado: los enfermos de alzhéimer y sus familiares.

TEXTO Elisa Herrera Fernández
Directora de la Fundación Alzheimer España

Fundación Alzheimer España

Presente y futuro

DE ESTA MANERA NACE ALZHEIMER ESPAÑA, entidad de ámbito nacional sin fines lucrativos, de carácter asistencial, apolítica y aconfesional, e inscrita en el Protectorado de Fundaciones del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de entonces (actual Ministerio de Educación, Política Social y Deportes).

Muy pronto se detectó la necesidad de comunicarnos de forma

directa con las familias, con las Asociaciones de Familiares de Alzheimer. Así surgió la idea de incorporar en nuestro Patronato, junto con las personas físicas que ya formaban parte del mismo, a estas asociaciones que, repartidas por toda la geografía española, ya suman más de veinte y representan en su conjunto a un alto número de familias.

Conocer la Fundación Alzheimer es, sin duda, conocer sus fines y objetivos. Así pues hemos de señalar que los fines estatutarios de la FAE, enmarcados en el objetivo general de la mejora de la calidad de vida del enfermo y de los miembros de la familia, son los que a continuación se relacionan:

1. Facilitar información y orientación a las personas que sufran síntomas de la enfermedad de Alzheimer o que deseen una asistencia preventiva, así como a los familiares y allegados de las mismas.
2. Proporcionar y procurar asistencia técnica y sanitaria a las personas que se encuentran afectadas por la enfermedad de Alzheimer o demencias con sintomatología similar, bien en centros y establecimientos de la propia Fundación, bien mediante conciertos y acuerdos en centros hospitalarios institucionales o centros privados.
3. Promover y fomentar la investigación y el estudio de la llamada enfermedad de Alzheimer y, en particular, de la patología del cerebro relativa al deterioro de las neuronas o células del sistema nervioso, al objeto de conseguir avances.
4. Realizar toda clase de actividades que tengan como fin el desarrollo de la terapéutica de los procesos patológicos de las células del cerebro y representar a los intereses de los enfermos y sus familias.

El desarrollo de estos fines se concreta en actividades y puesta en marcha de programas de diversa índole: la difusión de información

sobre los signos y síntomas de la enfermedad, su evolución y sobre los progresos en la investigación a la espera del descubrimiento de un tratamiento, o la creación y organización de cursos de formación que permitan a las familias, al voluntariado y a todas las personas interesadas (a nivel colectivo o individual) conocer y entender mejor los problemas que sufren y padecen el enfermo y su familia, así como informarles sobre la existencia de soluciones prácticas susceptibles de mejorar las condiciones de vida y de convivencia con la persona enferma.

Destaca nuestra actuación en el marco de los servicios administrativos y sanitarios, para que tengan en cuenta la situación del enfermo en la sociedad y la carga social que recae sobre la familia, así como la labor de sensibilización de la opinión pública.

Resulta imposible recopilar toda la labor realizada a lo largo de más de diez años. Pero sí resulta necesario destacar la importancia de algunos de los programas y servicios que actualmente tenemos en marcha, dedicados tanto a enfermos como a familiares. Así contamos con psicoestimulación a domicilio y psicoestimulación grupal, respiro familiar, atención psicológica personalizada, actividades lúdicas y cursos de formación especializados para personal sanitario. Nuestra revista *Memori@*, con una edición de más de 10.000 ejemplares, es también otra actividad de la que nos sentimos orgullosos.

» Día Mundial del Alzheimer

Como todos los años, y no podía ser de otra manera, con motivo del

Día Mundial de Alzheimer, FAE tiene previstas en septiembre diferentes actividades, entre las que destaca, por el interés que puede despertar en los lectores, el Simposio “Enfermedad de Alzheimer: ¿Cómo mejorar la calidad de vida del enfermo, del cuidador y de la familia?”, que el jueves 18 organiza la fundación en el Hospital Clínico San Carlos de Madrid.

Por otro lado, Fundación Alzheimer España posee una importante proyección internacional y europea. Precisamente en estos momentos nos encontramos trabajando arduamente para la celebración de la IV Conferencia Europea sobre “Trastornos del comportamiento en la enfermedad de Alzheimer”, destinada a cuidadores no formales y profesionales sanitarios. Este importante evento, que se celebrará entre los días 29 y 31 de enero de 2009, cuenta con un prestigioso elenco de ponentes europeos y españoles, y esperamos una gran afluencia de público¹.

Finalmente, sólo cabe añadir que, desde sus comienzos hasta ahora, nuestro Patronato, liderado por nuestra presidenta Micheline Selmes, sigue luchando para buscar soluciones y paliar la problemática que tienen que afrontar las familias al cuidar a un enfermo de Alzheimer, manteniendo el mismo espíritu y esfuerzo de entonces. La Administración, el sector privado y la sociedad civil deben seguir colaborando conjuntamente para ayudar a nuestros enfermos y a sus familiares. No olvidemos que la mayor esperanza de vida conlleva la aparición de enfermedades mentales asociadas a la vejez y el Alzheimer es uno de sus principales protagonistas.

¹ Más información en el teléfono: 91 343 11 65 y web: www.fundacionalzheimeresp.org / www.fae2009conference.com

Noticias del M

Noticias



» Manipulan el mentol de los cigarrillos para atraer a los más jóvenes

Los niveles de mentol de algunas marcas específicas han sido manipulados por la industria tabaquera con el objetivo de iniciar a los más jóvenes en el consumo del tabaco.

Así lo han denunciado investigadores de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard, en Boston (Massachusetts) en el adelanto del informe que se publicará en la revista *American Journal of Public Health*.

El informe indica que las tabaqueras aplican una “estrategia deliberada para reclutar y enganchar a los fumadores jóvenes al ajustar el mentol con el fin de crear una experiencia más suave para el que comienza a fumar. El mentol oculta el aroma fuerte del tabaco y la irritación que produce, pero suministra la ración de nicotina, que es la sustancia adictiva”.

Científicos del Programa de Investigación sobre el Control de Cigarrillos efectuaron pruebas de laboratorio para medir el contenido de mentol en las marcas estadounidenses del sector, examinaron informes de mercado y analizaron datos nacionales sobre consumo de tabaco entre mayores de doce años en 2006. La información señala que en ese año un 43,8% de los jóvenes entre 12 y 17 años fumaba cigarrillos mentolados, consumidos también por un 35,6% de las personas entre 18 y 24 años.

Según datos del Instituto Nacional del Cáncer, las enfermedades provocadas por el consumo de tabaco causan alrededor de 480.000 muertes al año en Estados Unidos, donde un 18,1% de la población es fumadora habitual.

Mundo Médico

del Mundo Médico

» Los etiquetados serán más correctos

El pasado 18 de julio, el Consejo de Ministros aprobó un real decreto por el que se modifica la norma general de etiquetado, presentación y publicidad de los productos alimenticios, aprobada por el Real Decreto 1334/1999, de 31 de julio.

La nueva norma establece el listado de ingredientes que deben indicarse en todo caso en el etiquetado, con el objetivo de mejorar el control del etiquetado de alimentos para reforzar la seguridad de los consumidores.

Los productos incluidos en el listado deben ser de obligada indicación en el etiquetado de los productos alimenticios, aunque tengan una escasa presencia en el producto, se traten de aditivos o se encuentren en bebidas con un grado alcohólico adquirido superior al 1,2%.

En este último caso, se incluirá en el etiquetado la palabra “contiene” seguida del ingrediente o ingredientes en cuestión, salvo que figuren ya con su nombre específico en la lista de ingredientes o en la denominación de venta del producto.

La obligatoriedad de especificar estos ingredientes en el etiquetado se debe a que muchos de ellos pueden producir reacciones en personas con especial sensibilidad.

Los ingredientes de inclusión obligatoria en el etiquetado son: cereales que contengan gluten o productos derivados; crustáceos o productos a base de crustáceos; huevos y productos a base de huevo; cacahuetes y productos elaborados a base de estos frutos; soja y productos a base de soja; leche y sus derivados (incluida la lactosa); frutos de cáscara como almendras, avellanas, nueces, anacardos, pacanas, castañas de Pará, pistachos o alfóncigos, macadamias o nueces de Australia y productos derivados; mostaza y productos derivados; granos de sésamo y productos a base de dichos granos; dióxido de azufre y sulfitos en determinadas concentraciones; altramuces y productos a base de altramuces; y moluscos y productos a base de moluscos.



...Y para variar
...Y para variar



La amenaza está en el aire

ESOS INSECTOS vestidos de presos con rayas negras y amarillas son especialistas en llegar a amargarnos un día de campo o piscina. Poder disfrutar de la miel concede a las abejas una mínima inmunidad hacia ellas de la que no disfrutaban las avisvas que, además, pueden morder y picar reiteradas veces.

Con el nombre genérico de avisvas y abejas se incluye en el grupo de los himenópteros un amplio número de especies, de varias familias. Son insectos voladores de tamaño variable, preferentemente depredadores (avisvas) o que se alimentan de jugos de flores (abejas y abejorros), pero que tienen en común la evolución del órgano que originariamente realizaba la puesta de huevos, modificándolo en un aguijón venenoso. Por ello, sólo las hembras aguijonean, aunque las

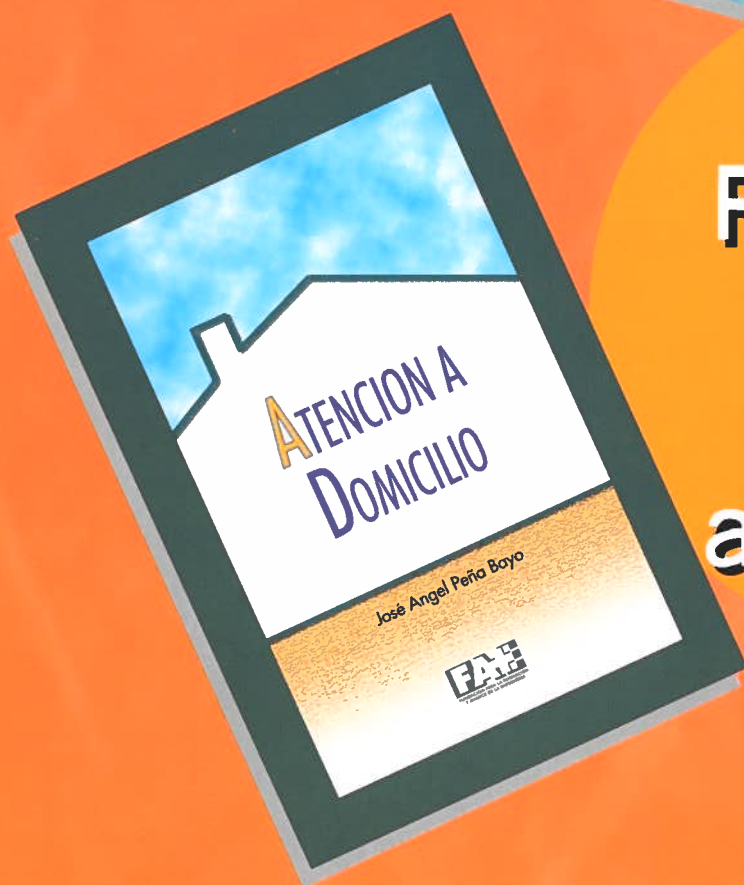
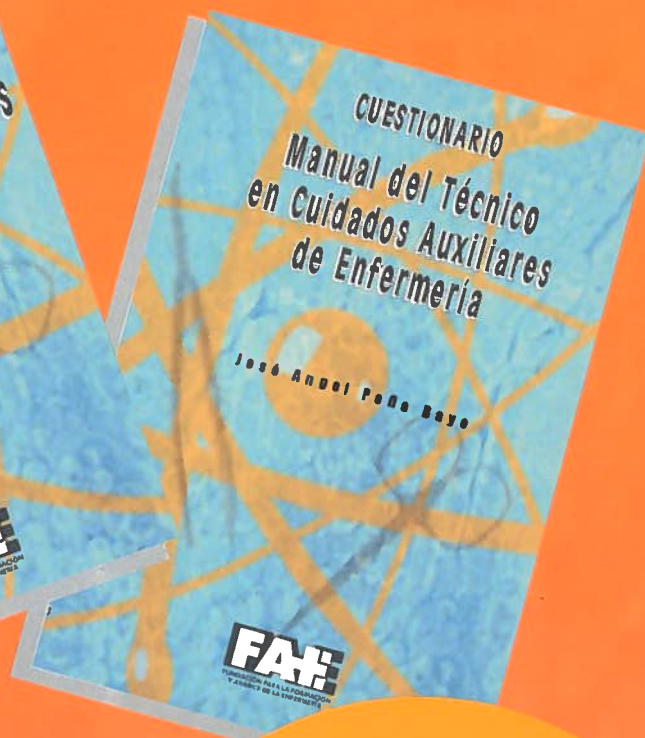
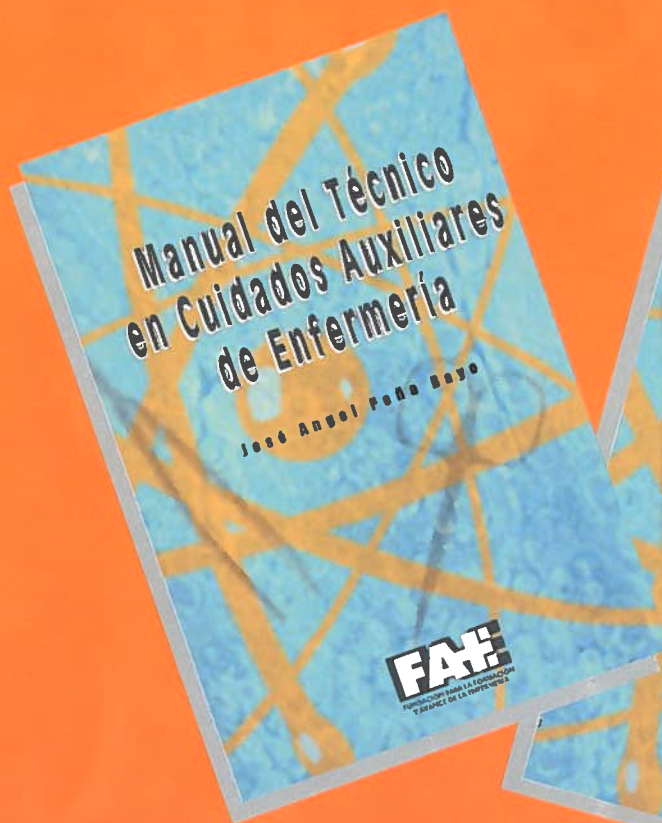
avisvas machos tienen unos dientes pequeños y lisos que les permiten defenderse mordiendo (lo que provoca un dolor tan agudo como la picadura de la avisva hembra que puede picar y morder).

Debido a la estructura en sierra de los aguijones de la abeja común, ésta no puede retirar el aguijón una vez que lo ha clavado en la piel humana. En el caso de las abejas, el aguijón sólo lo poseen ellas, no existiendo en machos o zánganos. Consta de un estilete y dos lancetas; el estilete envaina parcialmente las lancetas y entre los tres encierran el canal del veneno. Al picar la abeja el aguijón es clavado perpendicularmente, las lancetas se mueven hacia delante, alternativamente, agrandando la herida por punción del estilete, y bombeando el veneno hacia el interior de la herida.

El aguijón de las avisvas es liso, no arponado como el de abejas, pudiendo producir varias picaduras sucesivas sin que su aguijón quede clavado y fijo en la piel. No mueren cuando pican, por lo que pueden producir varias picaduras seguidas.

Las avisvas son útiles para la vegetación y su época de máxima expansión es en pleno verano, cuando las plantas ya están polinizadas. Sin embargo, su característica principal es la molesta y dolorosa picadura que producen. Aunque en mayo o junio ya veremos numerosos ejemplares, es al final del verano cuando su presencia es mayor y se tornan más agresivas, posiblemente por la combinación de señales externas e internas que les indican el fin de su ciclo, la menor abundancia de alimentos (menos insectos, en especial, larvas) y la mayor demanda del nido que comienza a producir reinas y zánganos.

Tanto avisvas como abejas no se hallan de forma aislada, sino que conviven en amplias colonias en perfecta organización y gobernadas por la reina. Encontraremos avisvas en el jardín cerca de plantas y flores, donde buscan su alimento (el polen) o junto a la piscina, sobrevolando el agua, pero únicamente atacan si se sienten amenazadas y la brusquedad para ahuyentarlas es el peor arma que podemos utilizar para defendernos de ellas.



**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



**Tu trabajo
es fundamental,
tu formación
obligatoria**

