



Número 57 Especial 2009

Revista cuatrimestral

Dossier

El Auxiliar de Enfermería y el trabajo nocturno

Congreso FAE

Las neurociencias en la XX edición

Reportaje

La depresión no conoce fronteras

Separata

Diabetes mellitus y pie diabético

Actualidad

¿Fumas? No y tú tampoco, gracias



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

Editorial

Duda, inseguridad, miedo o incertidumbre son algunas de las sensaciones que vivimos la mayoría de las ocasiones en las que nos enfrentamos a un cambio. Pero a estas impresiones siempre van unidas la emoción y la ilusión que envuelven a todo nuevo proyecto. Así nos sentimos hace 16 años en la Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería (FAE) con el nacimiento de *Nosocomio* y así nos sentimos ahora ante la renovación de su imagen.

A lo largo de todos estos años, hemos escuchado, hemos observado y hemos aprendido que los cambios son necesarios y son buenos porque nos permiten adaptarnos a las inquietudes y expectativas marcadas por la sociedad, en nuestro caso particular, por el colectivo Auxiliar de Enfermería/Técnico en Cuidados de Enfermería.

Con el nacimiento de *Nosocomio* en 1993, FAE cubría un importante vacío existente en el trabajo que realizamos por los Auxiliares de Enfermería/TCE: la publicación de las investigaciones que los profesionales de la enfermería básica realizamos en nuestros centros y unidades asistenciales.

Desde entonces, *Nosocomio* no ha dejado de crecer, siendo hoy el único espacio editorial que nos permite a los Auxiliares de Enfermería/TCE divulgar y compartir nuestros trabajos y experiencia profesional en el campo de la investigación con compañeros de toda España. Pero, además, *Nosocomio* ofrece al lector reportajes e informes de actualidad sobre temas de salud y bienestar. Un compendio que hace de *Nosocomio* una revista de marcado interés para sus lectores, particularmente para el Auxiliar de Enfermería/TCE.

Sin perder esta naturaleza y con el fin de seguir respondiendo a las expectativas de un colectivo que, día tras día, con su trabajo demuestra las ganas de seguir aprendiendo y creciendo, desde FAE queremos presentaros la nueva imagen de *Nosocomio*: un diseño más ágil y dinámico y nuevas secciones que se adaptan y conviven con el rigor y la actualidad que siempre han estado presentes en sus páginas.

Un cambio de imagen que afecta también a su periodicidad y distribución. A partir de ahora todos los afiliados al Sindicato de Auxiliares de Enfermería recibirán gratuitamente en su domicilio tres números anuales de la revista.

Son muchos los cambios, pero también lo son las esperanzas. Por ello os emplazamos a continuar leyendo y descubriendo la nueva *Nosocomio* sin perder la ilusión que marca el inicio de toda nueva aventura. ●

Sin cita previa

¿Cómo puedo consolar a los padres de niños con cáncer? 4

Reflexología podal 4

Noticias del Mundo Médico
Información segura sobre salud en la red 5

Hábitos que marcan 5

Nutrición
Fuente de proteínas y nutrientes bajo el agua 6



Certamen FAE
Conociendo los comités de ética (II). 8

Dossier

El Auxiliar de Enfermería y el trabajo nocturno 11

Cronobiología 12

Efectos del trabajo de noche sobre la salud 14

Adaptación al trabajo nocturno 15

Alimentación y trabajo nocturno 16



Reportaje
La depresión no conoce fronteras. 18

Actualidad
¿Fumas? No y tú tampoco, gracias 21

Y para variar
Un inquilino molesto 25

Reglas de Oro
Determinación y registro de la diuresis en la hoja de control evolutivo 26

Separata
Diabetes mellitus y pie diabético 28

Comunicación
La risa, el mejor tratamiento para la salud y la felicidad 34



Congreso FAE 36

Protocolo 37

Ocio 38



CONSEJO EDITORIAL DE NOSOCOMIO
DIRECTORA. Dolores Martínez Márquez
REDACCIÓN. Montse García, Cristina Botello
COMITÉ CIENTÍFICO. José Ángel Peña, M^º del Carmen Gómez Satué
COLABORADORES. Berbes Asociados, Planner Media

EDITA. FAE (Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería)
C/ Tomás López, nº 3, 1º izq. 28009-Madrid.
Tfno.: 91 521 52 24/95. Fax: 91 521 53 83. E-mail: administracion@fundacionfae.org



Elsevier España, S.L. 2009.
Travessera de Gràcia, 17-21. 08021 Barcelona.
Tel. 932 000 711. Telefax: 932 091 136.

© Copyright 2009 Elsevier España, S.L.
Reservados todos los derechos. El contenido de la presente publicación no puede ser reproducido, ni transmitido por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopia, grabación magnética, ni registrado por ningún sistema de recuperación de información, en ninguna forma, ni por ningún medio, sin la previa autorización por escrito del titular de los derechos de explotación de la misma. ELSEVIER ESPAÑA, a los efectos previstos en el artículo 32.1 párrafo segundo del vigente TRLPI, se opone de forma expresa al uso parcial o total de las páginas de NOSOCOMIO con el propósito de elaborar resúmenes de prensa con fines comerciales. Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra sólo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Dirijase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

REDACCIÓN, ADMINISTRACIÓN Y SERVICIOS COMERCIALES. C/ Tomás López, nº 3- 2º dcha. 28009 Madrid.
Tfno.: 91 309 01 02. Fax: 91 402 23 05. 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.

Esta página está pensada como un medio de comunicación entre la revista y los profesionales a los que va dirigida. Esperamos vuestras dudas, reflexiones y sugerencias.

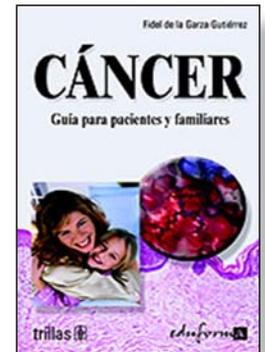
■ ¿Cómo puedo consolar a los padres de niños con cáncer?

Trabajo como Auxiliar de Enfermería en la planta de oncología de un hospital infantil y a veces me faltan palabras de consuelo para dirigirme a los padres de los niños que están hospitalizados. Me gustaría saber qué decir en cada momento para reconfortarlos. ¿Me podrías recomendar algún libro que me ayudase?

Julia Ortiz, Madrid.

Para enfrentarse a este tipo de problemas, es importante ponerse en el lugar del paciente o, en el caso que nos explicas, de sus padres. Ese ejercicio te permitirá conocer las fases por las que atraviesan y proporcionarles el consuelo adecuado en cada momento. El libro "Cáncer. Guía para pacientes y familiares", escrito por el psiquiatra especializado en depresión y ansiedad,

Fidel de la Garza Gutiérrez, explica cómo se sienten. Además existen cursos especializados en oncología, especialmente diseñados para Auxiliares de Enfermería/TCE. La Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería (FAE) ha programado unas jornadas bajo el título "Cuidados de oncología desde la satisfacción, la ayuda y la esperanza" que se celebrarán en Jerez de la Frontera los días 16 y 17 de abril. Seguro que te aporta muchas respuestas. ●



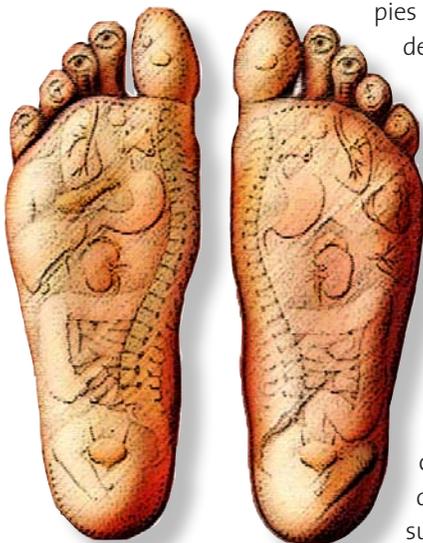
■ Reflexología podal

He oído hablar de la reflexología podal y me gustaría saber si tiene alguna base científica, si los masajes duelen y si tienen contraindicaciones.

María López, Valencia.

La reflexología podal es una técnica de masaje milenaria procedente de China que se aplica en ciertas zonas de los pies que se corresponden con otras partes del cuerpo. Según los expertos en esta técnica, los

pies representan un esquema del cuerpo y de sus órganos y el masaje de zonas concretas de los pies influye sobre sus correspondientes órganos. Este masaje puede producir alguna molestia pero no debe doler en exceso. Antes de comenzar hay que observar bien los pies, la forma, el color, la temperatura y si tienen o no durezas. La presión que se ejerce tiene que ser suave, con movimientos que



proporcionen elasticidad al pie sin manipularlo de manera prolongada, suelen ser masajes cortos.

La reflexología podal está contraindicada en síndromes febriles, hemorragias, trastornos del conocimiento, dolores fuertes, enfermedades que requieren intervención quirúrgica, cáncer, enfermedades infecciosas agudas, flebitis, trombosis venosa profunda, gangrenas en el pie, embarazo de alto riesgo, quemaduras, heridas, hematomas, esguinces, fracturas del pie y micosis externas. ●

Información **segura** sobre salud en la **red**

Bajo el nombre *Salupedia* se ha presentado la primera enciclopedia médica virtual desarrollada conjuntamente por profesionales de la salud y ciudadanos. Ofrece información útil y contrastada.

El proyecto, dirigido desde el grupo ITACA-TSB de la Universidad Politécnica de Valencia, nace con el objetivo de garantizar un acceso seguro a la información sanitaria en la red.

Esta nueva herramienta es una auténtica enciclopedia médica familiar que recupera, clasifica y ordena la mejor información sanitaria contenida en internet puesto que la diferencia de roles y acti-

gundos tienen a su alcance una opción muy válida a la que dirigir, en caso necesario, a sus pacientes.

Pero no sólo permite al profesional recomendar a los ciudadanos información de utilidad, adaptada, accesible, actualizada y confiable, además, *Salupedia* ofrece a los facultativos la posibilidad de comentar y valorar la información introducida por otros profesionales sanitarios e intercambiar información con los mismos a través de las herramientas de comunidad como blogs y foros.

La búsqueda de la información responde a una navegación temática que estructura los contenidos en torno a temas o áreas de conocimiento de forma que vayan constituyendo una completa enciclopedia médica familiar. Así, el usuario puede realizar sus consultas en torno a vida sana y prevención de la enfermedad, enfermedades o problemas de salud, pruebas y procedimientos diagnósticos, tratamientos y consejos o asuntos sociales y familia. Estas áreas se renuevan

constantemente según los enlaces introducidos y las propuestas de nuevas categorías de los usuarios.

Salupedia ofrece la posibilidad de que todo el mundo

participe valorando y comentando la información a través de un registro en la página.

Más información en www.salupedia.org



vidades de los ciudadanos y los profesionales que han participado en su elaboración enriquecen y certifican la información.

Se trata de un recurso muy útil tanto para los usuarios de la sanidad como para los profesionales, pues los primeros encuentran un lugar fiable sobre salud y los se-

Hábitos que **marcan**

Los hijos tienden a asumir y reproducir los hábitos de los padres.

El consumo de televisión, la práctica de deporte o el gusto por la lectura... son algunos ejemplos que influyen en los comportamientos del adolescente. Pero no son los únicos, “el bajo nivel sociocultural de los padres y que la madre beba alcohol tienen un efecto determinante en el consumo de alcohol y tabaco de los hijos”, así se desprende del estudio *La influencia de los padres sobre el consumo de alcohol y tabaco y otros hábitos de los adolescentes*, realizado por la Fundación Kovacs y la Dirección General de Menores y Familia de la Consejería de Presidencia del Gobierno Balear 2005.

Mientras que el hecho de que el padre beba alcohol no tiene influencia sobre sus hijos, que la madre lo haga, prácticamente dobla el riesgo de su consumo, particularmente entre las hijas –el riesgo aumenta un 253%– y supone también un marcado incremento del riesgo de consumo de tabaco, especialmente entre las hijas –aumenta un 217%–.

Otra variable que influye en los hábitos de los hijos adoles-



centes es el nivel sociocultural de los progenitores; según sea éste, aumenta el riesgo del consumo de alcohol, de que fumen, suspendan asignaturas, no practiquen deporte y vean más horas de televisión.

Estos resultados fueron similares entre los estudiantes de colegios públicos, privados y concertados, de tal manera que el tipo de escolarización no modifica la influencia de los padres en los hábitos, actitudes y rendimiento de sus hijos.

Un total de 4.019 adolescentes de entre 13 y 15 años y 7.359 padres han participado en esta investigación cuyos resultados subrayan que “los padres deben asumir su responsabilidad en la educación de los hijos y ejercer como padres, no como amigos o colegas”, ha explicado el doctor Francisco Kovacs, autor del estudio.

Fuente de **proteínas** y **nutrientes** bajo el agua

Desde que las algas unicelulares comenzaron a poblar la tierra, esta especie vegetal marina ha evolucionado de tal manera que hoy en día campos como el de la estética, la nutrición o la medicina se sirven de sus propiedades obteniendo importantes beneficios para nuestro cuerpo y mente.

SUMARIOS

- **Las algas son** los organismos fotosintéticos más importantes del planeta pues capturan mayor cantidad de energía solar y producen más oxígeno que todas las plantas juntas. Además constituyen el primer eslabón de la mayor parte de las cadenas alimentarias acuáticas.

- **Estas plantas marinas tienen** una gran capacidad de ósmosis para captar iones metálicos, oligoelementos y aminoácidos del agua salada, lo que hace que sean apropiadas tanto en medicina como en estética.

- **Junto a su uso culinario, medicinal y estético,** las algas son utilizadas como abono para los campos y alimento para el ganado y en la producción de colas para los aprestos de sedas y en la producción de colas para los aprestos de sedas y telas, yeso, cemento, betún para zapatos, pegamentos, barnices.

Baillando al compás de las olas, las hojas y tallos blandos y flexibles de las algas visten de verde, rojo o pardo mares y océanos. No obstante, la procedencia de este vegetal es tan variada como su color, forma y tamaño. Estanques, lagos, ríos, árboles e, incluso, el suelo pueden presumir de dar cobijo a alguna de las 24.000 especies que se han identificado de este vegetal, cuya principal despensa nos lleva hasta el archipiélago japonés.

Han sido nuestros amigos orientales quienes mejor han aprovechado las propiedades de las algas aplicándolas a diferentes ámbitos: la cocina —en Japón cada año se sirven unas 200.000 toneladas de algas marinas como ingrediente de diferentes platos—, la medicina o la estética japonesa han sabido explotar las virtudes que estas especies vegetales han presentado recientemente en Occidente.

Un 25% de minerales y oligoelementos (calcio, hierro, zinc, yodo, fósforo, azufre, magnesio, potasio, selenio...), entre un 4 y un 70% de proteínas —varía según el tipo de alga—, aminoácidos y vitaminas (A, C, D, B12...), son buenas razones para incorporar algas a nuestra vida.

Las algas, un complemento idóneo

La algoterapia es el método terapéutico que ha sabido combinar y aplicar los beneficios analgésicos, antivirales y antitumorales de es-



tas plantas acuáticas para tratar dolencias como la fatiga, estados de malnutrición y desequilibrios alimentarios, convalecencias, reumatismos crónicos, problemas en el crecimiento, resfriados, alergias, gota, asma, diabetes, artritis, obesidad... Una larga lista de patologías que encuentran en las algas un complemento idóneo al tratamiento tradicional.

Estos fármacos naturales estimulan el metabolismo y corrigen los estados carenciales de vitaminas y minerales, con lo que se refuerzan las defensas y aumenta la energía vital. Pero no sólo nos cargan las pilas, las algas marinas contienen *laminin*, una sustancia que ayuda a bajar los niveles de colesterol en sangre, limpiando así el metabolismo de grasas y previniendo la hipertensión y arteriosclerosis.

Las cualidades de estas verduras marinas no se quedan en botica, nuestro cuerpo sabe aprovechar sus efectos relajantes, antioxidantes y antiinflamatorios para mejorar su aspecto y bienestar. Este uso de las algas en

los tratamientos de belleza está indicado para corregir secuelas de traumatismos óseos y musculares, edemas, afecciones de la epidermis, inflamaciones articulares, sobrecargas musculares o celulitis, entre otras.

Los tratamientos con algas estimulan la circulación linfática y permiten eliminar toxinas por sudoración, lo que purifica la piel, dejándola en un perfecto equilibrio y retrasando su envejecimiento. Además, su alto contenido en yodo, les otorga propiedades desinfectantes, jugando un papel muy importante en procesos de higiene epidérmica.

Igualmente, su implicación en la producción de cosméticos permiten el mantenimiento y embellecimiento de cara, cuerpo y cabello ya que rehidrata, reafirma las células cutáneas y fortalece el pelo. Algunos de estos productos, incorporan además lodos, arenas marinas y agua de mar y se conocen como talasocosméticos.

Ulva lactuca, *espirulina*, *mucus vesiculosus* o *delesseria sanguínea*, con estos nombres de difícil pronunciación se denominan algunas de las algas más usadas, por sus propiedades hidratantes, por sus activos o por su alto contenido en aminoácidos, en la fabricación de productos que nos ayudan a regenerar la piel y retrasar su envejecimiento.

Sugerencias para la mesa

Estos vegetales del mar sobrepasan en proteínas, minerales y vitaminas a muchos otros alimentos, además las fibras de estas plantas son más suaves que las de los vegetales terrestres, lo que contribuye a que regulen el intestino. Una ingesta diaria de algas es suficiente para aportar al organismo todas las proteínas y oligoelementos esenciales que necesita.

Una realidad conocida por los orientales desde hace siglos —ya en el 600 a. C Sze Teu escribía “las algas son un delicioso manjar para los huéspedes más respetables, incluso para el mismo rey”—, pero con muchas reservas en países como España, donde su inclusión entre los principales fogones ha cumplido una década. Hasta entonces, las mesas españolas se estaban perdiendo nuevas texturas y sabores y desaprovechando importantes cualidades nutritivas.

Las algas marinas son más ricas en minerales que casi cualquier otro alimento. Se estima que, en seco, entre el 7 y el 38% de la composición de las algas marinas consiste en los minerales que necesitan los seres humanos (calcio, sodio, magnesio, potasio, fósforo, yodo, cinc y hierro, el hierro de la algas marinas comestibles supera entre dos y diez veces el de la yema del huevo o la espinaca).

Al ser un ingrediente sencillo y sabroso es ideal para enriquecer sopas, arroces, ensaladas, legumbres o pastas. Además, el agua usado para volver a hidratarlas conserva todos sus nutrientes, por lo que se puede aprovechar para la cocción.

Entre las 200 especies de algas usadas para el consumo humano, destacan el *nori*, el *kombu* —cuyo consumo comenzó en el Imperio del Sol Naciente en el S. V- y el *wakame*. El *nori* es una de las favoritas por su alta composición en proteínas y vitaminas — en com-

Tónicos marinos

Alga kombu	Propiedades: calcio, vitaminas A, B2, B12, C, D y E, ácido alginico, magnesio y yodo. Beneficios: procesos de artritis, enfermedades cardiovasculares, gota, reumatismos. Ayuda a eliminar la radioactividad a través del intestino. Indicada para diabéticos por su contenido en mucosa y manitol- dos azúcares simples que no aumentan el nivel de azúcar en sangre-.
Alga wakame	Propiedades: vitaminas B, B12 y C, hierro, magnesio y calcio. Beneficios: niños y embarazadas. Regenera la sangre, mejora la función renal, hepática y estimula la producción de hormonas. Excelente protector de las enzimas digestivas. El uso continuado neutraliza el exceso de nicotina y colesterol en la sangre.
Alga nori	Propiedades: aminoácidos, calcio, fósforo, vitaminas A-C-D-B1-B2, clorofila y proteínas. Beneficios: Contribuye a la disminución del nivel de colesterol en la sangre y a la disolución y eliminación de los depósitos grasos. Favorece la memoria y el desarrollo cerebral.
Alga hijiki	Propiedades: calcio, fósforo, yodo, sodio y potasio. Beneficios: problemas de artrosis, descalcificación y raquitismo. Depura el nivel de azúcar en la sangre. Su agua es muy buena para aplicar sobre el cuero cabelludo.
Alga agar-agar	Propiedades: es un componente de diversos tipos de algas. Rica en oligoelementos y calcio. Beneficios: reconstituyente, ligeramente laxante y depura el sistema linfático.
Alga arame	Propiedades: calcio, yodo, proteínas, vitaminas A, B1 y B2 y fósforo. Beneficios: trastornos relacionados con los órganos reproductores femeninos, facilita la digestión, purifica la sangre y disminuye la tensión arterial. Recomendada para diarreas y trastornos nerviosos.
Alga klamath	Propiedades: clorofila, vitaminas B9, B12 y C, aminoácidos esenciales y minerales (calcio, flúor, silicio, magnesio, vanadio y molibdeno). Beneficios: activa las enzimas del cuerpo, previene el cáncer y ayuda a purificar la sangre incrementando la formación de hemoglobina. Favorece la contracción de los vasos sanguíneos y aumenta el rendimiento muscular y nervioso.

paración con la espinaca, el *nori* tiene ocho veces más vitamina A, nueve veces más vitamina B1, quince veces más vitamina B2 y una vez y media más vitamina C-.

Junto a éstas, en Europa ha crecido el consumo de especies autóctonas como la *Himanthalia elongata* —usada principalmente en ensaladas-, la *gelidium sesquipedale*— empleada en la producción de gelatinas- la *porphyra dioica* —tan sabrosa en pures como en fritos- o la *palmaria palmata* —empleada en una gran variedad de platos-.

Ante este despliegue de vitaminas, oligoelementos y proteínas lo más aconsejable es abandonar los prejuicios e incorporar a nuestras recetas sabrosos platos de pasta con *mastocarpus*, caldo de *bifurcaria*, ensalada con *pistillata* o carne acompañada de *kombu*.



Un toque marino que ya nos proporcionan a escondidas helados, yogures o quesos, entre otros. En la elaboración de estos alimentos, así como ocurre con algunos medicamentos, se utilizan compuestos extraídos de las algas como el *agar*, los *carraginos* y los *alginatos*, como estabilizantes, aditivos y conservantes. ●

Conociendo los comités de ética (II)

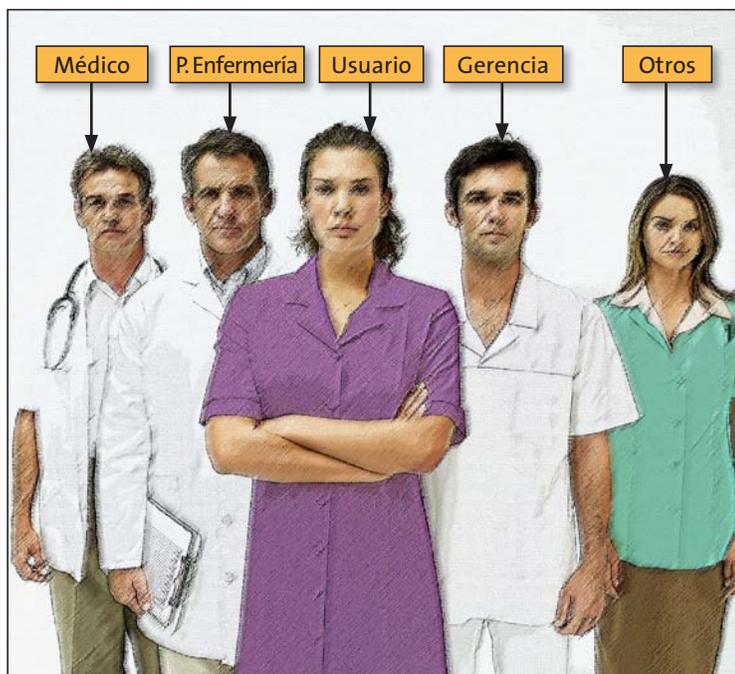
La composición de los CEA depende de cada centro hospitalario. En España se rige por la circular de Insalud nº 3/95, de 30 de marzo de 1995, sobre los comités de ética asistencial y, prácticamente, en cada una de las comunidades autónomas, existe legislación referente a la creación y acreditación de estos comités, por ejemplo, en el territorio catalán rige la Orden del Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya (DOGC 1836 del 14-12-1993); en el territorio del País Vasco encontramos el Decreto 143/95 de 7 de febrero sobre Creación y Acreditación de Comités de Ética Asistencial y la Resolución 1261/95 del Director General de Osakidetza/SVS por la que se crea la Comisión Asesora de Ética Asistencial de la Comunidad Autónoma del País Vasco. El 11 de septiembre de 2007, se publicó el Decreto 139/2007 para la acreditación del Comité de Ética Asistencial del País Vasco.

Composición

Es conveniente que un comité de ética asistencial esté integrado por personas de perfil pro-

fesional diverso: médicos (que desarrollen labor asistencial), personal de enfermería, profesionales no sanitarios, como asistentes sociales, representan-

tes de los usuarios, licenciados en derecho y también un miembro lego ajeno a la Institución. Además, se recomienda la participación de algún miembro de la dirección del centro para que este comité pueda ser operativo. El mínimo recomendable es de 7 personas y la media se establece entre 12 y 14 miembros. Conviene resaltar el carácter voluntario de su participación. Se trata de una labor no retributiva, tienen que mostrar interés por la bioética y su formación a este respecto debe estar al margen de la formación profesional correspondiente. Los CEA tienen rasgos connotados sin los cuales perderían su identidad. El primero de ellos es **el carácter interdisciplinario de su composición**, con esta característica lo que se pretende es la deliberación. Los miembros que componen los comités va-



loran los riesgos y beneficios e intentan respetar al máximo la autonomía del paciente y la legislación de cada país. El que delibera considera el pro y el contra de los motivos, circunstancias y consecuencias de sus posibles cursos de acción antes de decidir y obrar. Los comités han de ser organizaciones que provoquen y hagan real la deliberación. Otro rasgo importante es la **confidencialidad**, esto no quiere decir que sus resoluciones no sean públicas. Tienen que serlo, pero en cuestiones clínicas se ha de preservar la confidencialidad de los enfermos, y de las cuestiones a él relativas. Todos los miembros deben guardar secreto, están obligados a ello. Otra característica importante es el **carácter no vinculante de las decisiones del comité**. Sus resoluciones son fruto de un proceso de deliberación ante situaciones complejas. El comité puede y debe clarificar los conflictos y proponer caminos de soluciones éticas, pero no puede sustituir la conciencia de los individuos directamente involucrados en las situaciones. No es misión del CEA juzgar la práctica clínica de otros profesionales ni las reclamaciones de los usuarios.

Funciones

Las funciones del Comité de Ética Asistencial son las siguientes:

- **Elaboración de recomendaciones:** consiste en la elaboración de guías que ayuden al personal sanitario en la toma de decisiones, acordes con la población que atiende. Estas guías o recomendaciones han de estar consensua-



das con el resto del personal del hospital y estar de acuerdo con el código ético de la institución. Ejemplo: la objeción de conciencia del personal sanitario, el consentimiento informado, tratamiento al final de la vida, rechazo a tratamiento, restricción de pacientes, rechazo a tratamiento con derivados hemáticos en testigos de Jehová, etc.

- **Docencia en bioética:** es misión de estos comités ejercer la docencia en temas de bioética ante todo el personal sanitario. No asesorará sólo al personal directamente relacionado con la asistencia a pacientes, también prestará atención a todos aquellos que trabajan en el hospital. Ejemplo: los principios básicos de bioética, la confidencialidad de la historia clínica, la relación

médico-paciente o los comités de ética asistencial son temas sobre los que todo el personal ha de tener conocimientos.

- **Resolución de casos:** la función es discutir el caso y ayudar al profesional en la toma de decisiones o a los pacientes o familiares que lo soliciten. La resolución se ha de hacer por escrito y sus decisiones no son vinculantes. Es decir, no son de obligado cumplimiento.

Conclusiones

A la vista de los resultados obtenidos, y teniendo en cuenta que una elevada mayoría de los trabajadores estaría dispuesta a recibir formación del Comité de Ética dado que influiría positivamente en su labor profesional

diaria, pensamos que esto contribuiría a que nuestra profesión sea concebida como autónoma, siendo responsables de lo que hacemos y de lo que no hacemos, y vinculada a los resultados que

Nuestro papel en la promoción, prevención y mantenimiento de salud, siendo parte del personal que garantiza que los pacientes sean cuidados adecuadamente, hace imprescindible que, en el

ejercicio diario de nuestro trabajo, integremos una reflexión sobre materia ética y por ello, es necesario que nuestra formación nos prepare para afrontar los desafíos asociados a los cuidados modernos.

La formación es necesaria no sólo para transmitir conocimiento, sino también para generar cambio de actitudes del personal sanitario y, más concretamente, en nuestro colectivo. Pero, además, no sólo tenemos un compromiso moral con los pacientes, sino también con nuestra profesión. Que no decaiga la profesión con su prestigio, con su imagen, tenemos la responsabilidad

del profesional con su profesión. Esta profesionalidad no debe ser entendida nada más que con el buen hacer técnico, sino también como una dimensión ética incluida en la excelencia profesional.

La ética no es algo que se añade al desarrollo profesional, sino que lo fundamenta y le da sentido. Los comités de ética asistencial pueden ser verdaderos impulsores de valores y actitudes, generadores de confianza y de responsabilidad. ●

Bibliografía

Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica. BOE número 159 de 4 de julio de 2007.

Real Decreto 223/2004, de 6 de febrero, por el que se establecen los requisitos para la realización de ensayos clínicos con medicamentos y que deroga el Real Decreto 561/1993, de 16 abril (13 de mayo de 1993). Boletín Oficial del Estado. Vol. 114.

Ferrer, JJ. Historia y fundamentos de los comités de ética, en Dilemas éticos de la medicina actual. Madrid: 2003; 17-42.

Gracia, D. La deliberación moral: el papel de las metodologías en ética clínica, en Sarabia y Alvarez J, De los Reyes López M editores. Comités de ética asistencial. Madrid. Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, 2000. p. 149-156.

Couceiro A. Bioética para clínicos. Madrid. Triacastela, 1999.

Cambrón A. Funciones y limitaciones de las Comisiones nacionales de bioética. En Casado M. Bioética, Derecho y Sociedad. Madrid: Trotta, 1998.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Manual de acreditación para hospitales. Barcelona: Fundación Avedis Donabedian; 1997.

Camps V. Virtudes públicas (1990). Madrid. Espasa Calpe; 1996.

Corsino BV. Bioethics committees and JCAHO patient's rights standards: A question of balance, The Journal of Clinical Ethics. 1996; vol.7:177-181.

Circular de Insalud nº 3/95 de fecha 30 de marzo de 1995.

Decreto 143/95 de 7 de febrero sobre Creación y acreditación de comités de ética asistencial y la Resolución 1261/95 del Director General de Osakidetza/SVS por la que se crea la Comisión Asesora de Ética Asistencial de la Comunidad Autónoma del País Vasco.

Bakke OM, Carné X, García Alonso, F. Ensayos clínicos con medicamentos. Barcelona: Ediciones Doyma, 1994.

Abel F. Los comités de ética en el diálogo interdisciplinar. Labor Hospitalaria 1988; 209; 208-9.

American College of Physicians. Ethics manual, Ann Intern Med. 1984; 101:, 129-37;236-74.

President's Commission for the study of Ethical problems in medicine and biomedical and behavioral research. Deciding to forego Lifesustaining Treatment Washington. US Government Printing Office. 1983. p 160-9.



“Nadie debería ser considerado ni héroe ni tonto por hacer lo que considera justo, en lugar de hacer lo que más le conviene”.

generan conocimientos y obligan a la investigación centrada en los cuidados.

Los Auxiliares de Enfermería debemos perseguir el desarrollo de nuestra competencia moral, condición esencial de la autonomía profesional. La adquisición y aplicación de esta calidad fundamental garantizará la rectitud y el rigor del juicio en la toma de decisiones, sobre todo establecerá las bases de un acto responsable y autónomo.

Dossier

El Auxiliar de Enfermería y el trabajo nocturno



© Moreau/Elsevier Masson SAS

Diferencias de opinión acerca del trabajo nocturno

Índice

- Diferencias de opinión acerca del trabajo nocturno
- Cronobiología
- Efectos del trabajo nocturno sobre la salud
- Adaptación al trabajo nocturno
- Alimentación y trabajo nocturno
- Trabajo por turnos

Todos los profesionales que trabajan de noche conocen los efectos de este horario y los numerosos problemas que acarrea: alteraciones del sueño diurno, problemas digestivos, trastornos del humor y tendencia a la depresión, disminución de la atención y de la vigilancia, somnolencia durante la conducción, etcétera.

■ **El desarrollo de una nueva ciencia, la cronobiología,** demuestra la existencia de ritmos biológicos o biorritmos que regulan de manera armoniosa nuestra vida y explican, en gran medida, las consecuencias que su alteración puede provocar en la salud.

■ **Frente a las alteraciones originadas por las modificaciones de los biorritmos,**

cada individuo reacciona de una manera diferente pero el trabajo nocturno siempre tiene un coste fisiológico.

■ **Para adaptarse mejor al trabajo nocturno,** sin ninguna duda, es necesario conocer mejor las reacciones personales frente a la alteración de los ritmos, establecer una organización personal, controlar el entorno y, en particular, la luz, el sueño y la alimentación. También conviene prestar atención a las horas críticas a las que tienen que enfrentarse el profesional que, según la cronobiología, se sitúan entre las 2 y las 4 de la madrugada.

Los artículos que forman parte de este informe describen el conjunto de estos problemas. ●

Marie-Odile Rioufol

Responsable de formación continuada,
de "Vivre, soigner,
être soignant
la nuit" Lyon (69)

Cronobiología

La medicina y la ciencia del sueño es una disciplina que sólo tiene 25 años de edad. Los trabajadores nocturnos son los primeros en beneficiarse de los hallazgos de estos últimos años sobre la cronobiología del sueño.

Notas

1. Reloj central:

localizado en el cerebro, coordina el conjunto de relojes internos, los acompaña y los sincroniza para obtener una armonía final de nuestros biorritmos.

2. Endógeno:

originado por el propio organismo.

3. Existen otros ritmos cortos:

son los llamados ritmos ultradianos, por ejemplo desde varios segundos para el ritmo cardíaco hasta de 90 minutos para el ritmo de un ciclo de sueño; otros son ritmos largos (p. ej., el ciclo menstrual en la mujer) y se denominan infradianos.

La cronobiología ha demostrado que los biorritmos están presentes en todos los seres vivos, estructurando nuestra vida cotidiana y garantizándonos una vida regulada. Los biorritmos son característicos de la especie y su origen parece ser genético.

El reloj central

■ **Un reloj central' situado en el cerebro** rige el conjunto de relojes del organismo, que dependen de él, los atrasa y los pone en hora de nuevo.

También es un director de orquesta que sincroniza y trata de acompañar nuestros ritmos biológicos con nuestro ritmo de vida (relacionado con la alternancia día/noche y nuestro ritmo social). Se localiza en el hipotálamo, cerca de una glándula endocrina llamada glándula pineal o epífisis, que libera una hormona, la melatonina.

■ **Producida sólo en condiciones de oscuridad**, la melatonina indica al organismo que llega la noche con el objetivo de prepararlo para el reposo y regula el sueño. También se denomina hormona del sueño. Si, por diversas razones específicas como el trabajo de noche, la diferencia horaria, etc., la luz interrumpe la síntesis de la hormona, la oscuridad no desencadena su secreción (o sólo en concentraciones muy bajas en función del ritmo endógeno² de la glándula pineal).

Los relojes internos

■ **Los relojes internos, que proporcionan sus propios ritmos a nuestras funciones biológicas**, se localizan en casi todos los tejidos: corazón, pulmón, hígado, glándulas endocrinas. En su material genético cada célula posee su reloj biológico con su propio ritmo (ritmo endógeno). Los ritmos de estos relojes internos experimentan variaciones importantes y fluctúan alternativamente entre una intensidad elevada y una baja, entre un pico y un valle.

■ **Ciertos ritmos³, los más frecuentes, tienen una oscilación de unas 24 horas; se denominan circadianos.** Es el caso de la temperatura corporal interna, la presión arterial, las secreciones hormonales, la capacidad de memorización, el nivel de vigilancia y el ciclo sueño/vigilia.

Por lo tanto, durante el día, existen momentos más favorables para la actividad física, la alimentación, el reposo y el restablecimiento/reparación:



- La temperatura corporal alcanza el nivel máximo hacia las 16 horas, disminuye por la noche y es mínima a las 3 horas de la mañana.
- El cortisol se segrega en grandes cantidades entre las 4 y las 8 horas de la mañana, preparando el cuerpo para el despertar.
- Los leucocitos, que alcanzan un máximo hacia las 21 horas, se caracterizan por valores mínimos por la mañana al despertar; por lo tanto, el sistema inmunitario presenta menos resistencia a primera hora de la mañana.
- La capacidad intelectual, caso de la atención y la vigilancia, memorización y toma de decisiones disminuye entre las 3 y las 5 horas de la mañana.

Los sincronizadores

Existen 2 principales marcadores de tiempo o sincronizadores que son externos a nuestro organismo:

■ Sincronizadores naturales y sociales

- **La luz es un potente sincronizador**, ya que informa a nuestro reloj de la alternancia luz/oscuridad y cada mañana lo pone de nuevo en hora. En el momento del alba, las células de la retina perciben una intensa luminosidad y mandan un mensaje al hipotálamo que bloquea la síntesis de la melatonina a través de la glándula pineal.
- **La alternancia de las estaciones y las variaciones de temperatura: calor/frío.**
- **Los ritmos sociales también son potentes sincronizadores.** Están representados por los ciclos de 24 horas de los imperativos horarios, relacionados con nues-

tra vida social: actividad diurna (levantarse, comer, trabajar, etc.) y el reposo nocturno, al igual que la alternancia ruido/silencios. En la mayoría de casos nuestros ritmos sociales tratan de adaptarse permanentemente a nuestros ritmos biológicos. En otros casos: trabajo nocturno, vida nocturna, viajes en los que se cruzan numerosos husos horarios... Estos ritmos sociales no están en fase con los ritmos biológicos y nuestro reloj central tiene dificultades para armonizar el conjunto.

Un ritmo que debe supervisarse

Nuestros ritmos biológicos son endógenos y responden a una sincronización interna, pero el ser humano tiene la capacidad de adaptarse al medio ambiente.

No obstante, si nuestros ritmos se alteran de forma persistente por sincronizadores externos desfasados, como los horarios variables o fragmentados en el tiempo, se corre el riesgo de una desregulación de nuestros péndulos, desincronización de las diferentes funciones biológicas y, en consecuencia, la aparición de trastornos patológicos. ●

Sueño y cronobiología

El sueño es una necesidad fundamental que, de no satisfacerse de modo armonioso, puede provocar alteraciones graves e incluso la muerte en caso de privación absoluta.

Estudio del sueño

Tras una fase de conciliación del sueño o adormecimiento, se produce una sucesión de ciclos que puede compararse a una sucesión de trenes.

Cada ciclo de sueño comprende dos fases importantes:

- **El sueño de ondas lentas (SOL) o sueño profundo.** Funciona ahorrando energía. El sueño de ondas lentas comprende cuatro estadios: muy ligero, ligero, profundo y muy profundo. Se manifiesta por una disminución progresiva de los movimientos del durmiente, del tono muscular, de los ritmos respiratorio y cardíaco, de la temperatura central y de la presión arterial.

Estas modificaciones favorecen los procesos de reparación física que nos producen la impresión de haber descansado cuando nos levantamos.

- **El sueño de ondas rápidas (SOR) o sueño paradójico.** Funciona utilizando energía, que el cerebro necesita porque es el período en el que soñamos. Se manifiesta por una inhibición del tono muscular, movimientos oculares rápidos y un aumento de la actividad neurovegetativa del ritmo cardíaco y respiratorio, de la temperatura y el consumo de oxígeno del cerebro.

Estas modificaciones favorecen la reparación psíquica y crean la agradable sensación de haber dormido bien.

Una noche completa de sueño incluye de 4 a 6 ciclos.

Una disminución de las horas de sueño amputa el ciclo de una parte del sueño paradójico, reparador psíquico.

Papel del sueño

Sueño de ondas lentas (SOL)

Predomina al principio de la noche
Representa el 80 % del sueño total
Reconstituye las reservas energéticas y los sistemas bioquímicos
Repara y restaura las células nerviosas
Repara la integridad psíquica
Contribuye al restablecimiento de la fuerza
Desarrolla las defensas inmunitarias
Favorece la secreción de hormona del crecimiento (GH)

Sueño de ondas rápidas o paradójicas (SOR)

Predomina al final de la noche
Representa el 20 % del sueño total
Activa la función de soñar
Contribuye a memorizar las experiencias del día
Trata y almacena datos nuevos
Restaura la memoria, la atención, el equilibrio emocional y el humor

Efectos del trabajo de noche sobre la salud

El trabajo de noche modifica el ritmo biológico. Las consecuencias de la vigilia nocturna para el trabajador pueden ser una mala calidad del sueño diurno, somnolencia durante la conducción y un estado depresivo. Es preciso prestar atención a los signos de alarma que muestra el organismo.

Para el ser humano, el trabajo nocturno no es natural desde un punto de vista cronobiológico porque exige un estado de vigilancia en un momento en que nuestros relojes internos favorecen el sueño. Permanecer activo y despierto cuando el cuerpo necesita dormir exige una energía

suplementaria y provoca una alteración de los ritmos internos y trastornos fisiológicos.

Condiciones del trabajo

Los sincronizadores biológicos de los trabajadores nocturnos están alterados: su reloj necesita tiempo

para adaptarse al nuevo tiempo de vigilia y sueño. Algunas personas toleran mejor estos desfases que otras. Además, para atenuar estos efectos y disminuir la falta de sincronización, se llevan a cabo rotaciones del equipo o grupo de trabajo más frecuentes y rápidas, con un cambio del puesto de trabajo

A saber

Los sondeos realizados entre trabajadores nocturnos han revelado que, cuando han de dormir por la mañana, duermen dos horas menos que cuando están de vacaciones o disfrutando de su día de descanso (Facultad de Medicina Lyon Laënnec, laboratoire de CNRS).

cada 2 ó 3 días. De esta forma, los picos de secreción hormonal no tienen tiempo de desfasarse.

En algunos países, los inconvenientes del trabajo nocturno se reconocen legalmente con el decreto de la semana laboral de 32 horas para estos trabajadores.

El sueño

■ **El reloj interno programa al ser humano** para dormir de manera preferente en dos momentos específicos: por la noche y al principio de la tarde, el momento de la siesta. Durante ellos, el cuerpo funciona más lentamente, su temperatura corporal alcanza valores mínimos y su vigilancia disminuye.

■ **La duración del sueño es diferente en función de la hora a la que conciliamos el sueño:** es más prolongada entre las 19 y 23 horas y más corta de madrugada.

De igual modo, la duración total del sueño disminuye cuando un individuo trabaja de noche con una reducción del sueño paradójico por la mañana que desempeña un papel importante en la recuperación psíquica y en el equilibrio del humor.

■ **La calidad del sueño diurno es menor que la del sueño nocturno;** además, es un sueño menos reparador por diversas razones:

Conducción de vehículos

La conducción de vehículos se ve notablemente afectada por la privación del sueño. La falta de sueño produce efectos comparables a los de la embriaguez.

Diversos investigadores han comparado experimentalmente la disminución del rendimiento en un grupo de individuos en un estado de vigilia prolongada y un grupo de individuos que se encontraban bajo los efectos del alcohol:

- Después de 7 horas de vigilia continua, la disminución del rendimiento psicomotor es idéntica a la de un individuo con un nivel de alcoholemia de 0,5 g.
- Después de 24 horas de vigilia continua, la disminución del rendimiento psicomotor es idéntica a la de un individuo con un nivel de alcoholemia de 1 g.



Escala de somnolencia de Epworth (autoevaluación)

A continuación, se muestran varias situaciones relativamente habituales en las que debe evaluar el riesgo de adormecerse. Para responder, utilice la escala siguiente eligiendo la puntuación más apropiada para cada situación (una puntuación de más de 10 indica una somnolencia anormal y requiere que consulte con su médico).

- 0: ninguna probabilidad de adormilarse
- 1: ligera posibilidad de adormilarse
- 2: posibilidad moderada de adormilarse
- 3: posibilidad alta de adormilarse

Situación	Posibilidad de dormirse
Sentado, leyendo	
Viendo la televisión	
Sentado, inactivo en un lugar público (reunión, cine, teatro)	
Como pasajero en un automóvil (o transporte público) circulando sin paradas durante una hora	
Acostado después de comer cuando las circunstancias lo permiten	
Sentado hablando con otra persona	
Sentado tranquilamente después de una comida sin alcohol	
Conduciendo un automóvil parado durante unos minutos a causa del tráfico	

• **Medioambientales:** ruido, temperatura, luz, ritmo social.

• **Cronobiológicas:** el sueño que tiene lugar por la mañana está fuera de los límites cronobiológicos. En realidad, todos los sincronizadores internos (temperatura corporal, secreción de cortisol) y externos (luz) son favorables al despertar.

Por consiguiente, la duración del sueño es más breve y éste es más fragmentado y es menos reparador porque durante el día es más difícil obtener un sueño lento profundo (reparación física) y un sueño paradójico (reparación psíquica).

Por esta razón, pueden aparecer trastornos: dificultades para conciliar el sueño, despertares precoces o insomnio que propician que el paciente recurra a los somníferos (lo que revela una intolerancia al trabajo nocturno).

Vigilancia y somnolencia

La vigilancia máxima se produce al principio de la noche y la mínima tiene lugar aproxima-

damente entre las 2 y las 4 de la mañana.

Por la noche, las tareas físicas se toleran mejor que las intelectuales.

La vigilancia está favorecida por la luz intensa y por la ingestión de proteínas, mientras que la somnolencia está favorecida por la oscuridad y por la ingestión de glúcidos lentos.

La somnolencia es máxima en torno a las 4 de la mañana, momento en el que es menor el nivel de la temperatura corporal (sensación de frío) y la vigilancia.

El trabajador nocturno entra en un círculo vicioso progresivo de déficit de sueño, en el que sus obligaciones profesionales dan lugar a una insuficiencia crónica de sueño y a una somnolencia casi permanente.

La somnolencia frecuente favorece la pérdida de atención y de la vigilancia con posibles microsueños, o distracciones rápidas y reversibles de la vigilancia, que pueden traducirse

en un riesgo de errores y accidentes laborales. Para el trabajador nocturno, el peligro más inminente es que, con frecuencia, ha de conducir en un estado de somnolencia extrema para regresar a su domicilio.

Otros trastornos

■ **Alteraciones digestivas** (v. artículo “Alimentación y trabajo nocturno”, pág. 16).

■ **La fatiga y los trastornos del humor** están relacionados con la falta de sueño, con una disminución del sueño paradójico reparador psíquico (más importante al final del ciclo), lo que provoca irritabilidad, ansiedad, cambios de la personalidad, pérdida de memoria y de la capacidad de atención con riesgo de aparición de estados depresivos y de drogodependencias (alcoholismo, tabaquismo).

■ **La modificación de los ritmos** puede provocar alteraciones psicoafectivas: incompreensión del cónyuge y familiares, sentimiento de exclusión de la comunidad y falta de participación en la vida social.

■ **La diferencia de horarios entre ambos cónyuges** altera la vida de pareja. Los condicionantes familiares pueden suponer un problema importante para desempeñar el trabajo nocturno. ●



Adaptación al trabajo nocturno

Consejos para mejorar la resistencia fisiológica y psicológica para el trabajo nocturno

Algunas personas no se adaptan nunca al trabajo nocturno y se ven obligados a suspender esta experiencia en los 3 meses siguientes a la ocupación del lugar de trabajo.

Los signos de inadaptación pueden traducirse en:

- Aumento excesivo de peso.
- Problemas del sueño: insomnio, consumo de somníferos; sueños en los que predominan temas laborales.
- Aumento de la irritabilidad, trastornos del humor o episodios depresivos.

El trabajo nocturno siempre tiene un coste fisiológico, por lo que es muy importante que el trabajador se conozca para abordar de forma óptima el dilema entre el trabajo nocturno y la salud.

Para una mejor adaptación al trabajo nocturno, debe prestar atención al equilibrio de los factores cronobiológicos, familiares y sociales. Más adelante se ofrecen algunos consejos para mejorar la adaptación.

• Junto con el ritmo social, la luz es el sincronizador más potente del reloj biológico.

Una vez se haya levantado y haya comido, es esencial que se expon-

ga a la luz exterior que produce un efecto estimulante. Aprovechar la luz de primera hora de la tarde y del atardecer antes de incorporarse al trabajo favorece la adaptación a las tareas y retrasa la aparición de la somnolencia.

- Procúrese un período de transición que le sirva para relajarse, una pausa entre su mundo laboral y el del sueño le ayudará a dormir.
- Desayune y acuéstese sin resistirse al sueño.
- Aprenda a detectar los indicios de sueño y respételos acostándose: bostezos, sensación de párpados pesados, sopor. Si hace caso omiso a estos mensajes, tendrá que esperar al ciclo siguiente 90 minutos más tarde.
- Cuelgue un cartel en la puerta de su dormitorio “No molesten”; evite que le despierten.
- Trate de que las condiciones sean lo más propicias posible al sueño: baje las persianas (la oscuridad favorece la secreción de melatonina) y baje la temperatura de su dormitorio.
- Combata el ruido: descuelgue el teléfono, apague el móvil y desconecte el timbre de la puerta; ocasionalmente, use tapones de cera.

• La práctica de la siesta puede considerarse un tratamiento real porque compensa el déficit de sueño. Al final de la tarde, contribuye a anticipar y atenuar la somnolencia durante la noche. Unos 15-20 minutos de sueño que corresponden a la duración del sueño ligero (SOL), son óptimos para relajarse sin que el despertar se acompañe de una sensación de apatía. Si la siesta se prolonga más, entrará en la fase de sueño paradójico (SOR) del que es más difícil despertar.

• La vida familiar y el ritmo social, los horarios, el trabajo, las comidas, y las actividades en grupo son sincronizadores importantes. En la elección del trabajo nocturno el Auxiliar de Enfermería ha de tener claras sus motivaciones. La elección ha de tener en cuenta: la aceptación del entorno, edad de los hijos, trayectos de ida y vuelta, las actividades extralaborales y las recreativas...

Debido a la inversión día/noche, ha de establecer una organización que no deje nada al azar. Ha de prestar atención a su sueño y sus necesidades, hablar con su familia y red social para que comprendan y respeten su elección, al igual que los inconvenientes que se desprenden de ella, para conservar un vínculo, un equilibrio y superar este importante reto: trabajo/salud/familia. ●

El perfil típico del trabajador nocturno

Las características cronobiológicas y la interacción de numerosos factores parecen poner de relieve que, para tolerar el trabajo nocturno, el individuo:

- Debe ser más trasnochador que madrugador.
- Debe ser joven. La edad mayor de 50 años favorece la inadaptación.
- Debe ser habitualmente poco dormidor o durmiente corto más que un gran dormidor.
- Debe tener pocas o ninguna obligación familiar.

(Fuente: www.sommeil.univ-lyon.fr)



Aurélie Blanchard,
dietista, Trappes

Alimentación y trabajo nocturno

El trabajo nocturno requiere establecer unas normas nutricionales y la adopción de nuevas conductas alimentarias para mantener un equilibrio.

El trabajo nocturno se considera una situación de riesgo nutricional ya que suele inducir una conducta alimentaria que puede tener repercusiones en la salud del Auxiliar de Enfermería. Cada individuo es diferente, por lo que la alimentación nocturna ha de adaptarse a cada persona; no obstante, para mantener un equilibrio dietético apropiado, han de tenerse en cuenta diversas directrices.

¿Por qué razón se tiene tendencia a ganar peso?

■ Por una parte, se percibe una modificación de la digestión, que tiene lugar inmediatamente después de comer. De hecho, por la noche, con independencia de que durmamos o trabajemos, la digestión, en particular el vaciado gástrico, se ralentiza. En el período posprandial nocturno, el

Por la noche, con independencia de que durmamos o trabajemos, la digestión, en particular el vaciado gástrico, se ralentiza



gasto energético es menor que durante el día y se observa una disminución de la tolerancia a la glucosa y un aumento de la concentración de triglicéridos, lo cual favorece el almacenamiento de grasas. Cuando hacen una comida suplementaria de noche, los individuos tienen tendencia a comer la misma cantidad que de día. Por consiguiente, aumenta el número de calorías sin que sea mayor el consumo energético.

■ Por otra parte, nuevos estudios demuestran la presencia de una relación entre el sueño y la regulación del peso corporal. La falta de sueño provoca un desequilibrio entre dos hormonas: la hormona de la saciedad (leptina) y la hormona del apetito (greлина). Los Auxiliares de Enfermería que duermen poco (menos de 5 horas/24 horas) parecen ser más sensibles al

sobrepeso. Por consiguiente, el sueño parece ser un regulador excelente del peso corporal.

■ Por último, el trabajador nocturno tiende a “picar” entre horas, una costumbre que se acentúa en períodos de estrés y agotamiento. Estos tentempiés deben aportar energía al organismo, pero no deben ser excesivamente ricos en grasas.

¿Cuáles son los riesgos a largo plazo?

Si la alimentación no es todo lo equilibrada que debiera, el Auxiliar en Enfermería corre el riesgo de tener sobrepeso, que, más tarde, puede dar lugar a la obesidad, e incluso, diabetes. También puede presentar problemas digestivos y alteraciones cardiovasculares. Para evitar estos problemas, es necesario que realice, como



© BSIP/MAY

mínimo una hora de ejercicio físico a la semana.

¿Cuántas ingestas conviene tomar en 24 horas?

Es importante que mantenga las tres comidas principales, es decir, desayuno, almuerzo y cena, aunque las raciones deben ser menores que las habituales (se reducirán las grasas y las féculas) para compensar la comida que hará de noche.

Si siente hambre, a la comida nocturna puede añadir un tentempié ligero.

¿Qué cantidades y qué alimentos incluirá en estas 24 horas?

El trabajador se basará en el ritmo del organismo (hora de levantarse y de acostarse) y no en unos horarios estrictos (ver el recuadro de ejemplo).

■ **Desayuno ligero. Al levantarse o una hora más tarde.** Deberá incluir un lácteo, cereales, una bebida y una pieza de fruta. Si es posible, las otras comidas las hará con la familia.

Ejemplo de distribución de las comidas en 24 horas



■ **Almuerzo: 5-6 horas después del desayuno.** Incluirá una ración de féculas (pasta, patatas) y/o legumbres, un producto lácteo y una fruta.

■ **Cena: 5-6 horas después del almuerzo.** Incluirá los mismos grupos de alimentos que los tomados en el almuerzo, pero se reducirán las raciones, en particular las féculas, para que la dieta sea equilibrada.

■ **Comida nocturna: 5-6 horas después de la cena.** Incluirá los mismos grupos de alimentos que en las comidas previas, pero no debe ser copiosa (limitar las grasas y las féculas) con el objetivo de evitar la somnolencia y la sensación de pesadez.

■ **Tentempié nocturno: 4-5 horas después de la comida nocturna.** Es aconsejable en caso de hambre para proporcionar al

Ejemplo de menú en 24 horas

- **Desayuno:** leche/rebanada de pan integral + mantequilla/un café/un zumo de naranja
- **Almuerzo:** ensalada/cuarto de pollo + arroz con calabacín/queso/una pera
- **Cena:** sopa/salmón + espinacas/yogur natural/compota de manzana
- **Comida nocturna:** sándwich de jamón y rodajas de tomate/queso fresco/dos mandarinas
- **Tentempié nocturno:** una rebanada de pan con una porción de queso para untar

organismo una energía suplementaria y evitar los atracones y picar entre horas. Por consiguiente, si el hospital o clínica no lo proporciona, el Auxiliar de Enfermería se llevará una pieza de fruta, una compota (sin azúcar), un yogur natural o una rebanada de pan integral con queso fresco. ●



© Fotolia/Laura Nubuck

El tentempié nocturno

Este tentempié ligero sirve para reabastecer la energía del organismo y contribuye a mantener la concentración y a finalizar sin problemas las actividades que implica el trabajo del Auxiliar de Enfermería al mismo tiempo que reduce los riesgos al máximo (en el lugar de trabajo o durante el trayecto de regreso). No obstante, sólo se tomará en caso de necesidad real; algunos individuos prefieren esperar a su regreso al domicilio para tomar directamente el desayuno.



© Moreau/Elsevier Masson SAS

La depresión no conoce fronteras

El Día Europeo de la Depresión, marcado en el calendario el 9 de octubre, ha mostrado las particularidades de una enfermedad en continuo avance, ha denunciado la falta de recursos que existen para diagnosticarla y tratarla y ha movido conciencias entre la sociedad sobre una enfermedad que no conoce fronteras.

“Estar deprimido en profunda tristeza y melancolía”, con esta frase se hacía alusión por primera vez en 1725 al término depresión –hasta entonces melancolía–. Fue Richard Blackmore, médico de Guillermo III de Inglaterra, quien bautizó una enfermedad que, según ha estimado la Organización Mundial de la Salud en el año 2020 será, después de las enfermedades cardiovasculares, la primera causa de discapacidad en todo el mundo. Hoy esta enfermedad es la segunda causa

de baja laboral en nuestro país, según ha explicado Jerónimo Saiz, jefe del servicio de psiquiatría del Hospital Ramón y Cajal de Madrid y catedrático de psiquiatría de la Universidad de Alcalá de Henares, y se prevé que uno de cada seis españoles sufra depresión en algún momento de su vida, de los que se estima que un 50% vuelva a recaer.

Estos datos sentencian una incidencia cada vez más frecuente de una enfermedad que, lejos de la teoría humoral en la que Hipócrates se basaba para explicar las conductas del ser humano, sustenta los estados de tristeza y temor, que ya auguró el galeno griego cuando hablaba de un exceso de bilis negra. De los cuatro “humores” del cuerpo humano, la bilis negra, según Hipócrates, genera los estados de melancolía, como síntomas de la depresión.

Hoy, la OMS define la depresión como un trastorno mental común entre cuyos síntomas destaca el humor deprimido, la pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa, autovaloración baja, el sueño y/o el apetito desequilibrados, poca energía y la concentración pobre. Estos problemas pueden hacerse crónicos o recurrentes y conducir a daños sustanciales en las capacidades de un individuo

dentro de sus ámbitos personal, familiar, social y laboral. En el peor de los casos, la depresión puede conducir al suicidio, una última opción que toman cerca de 850.000 personas al año.

La depresión rompe fronteras

Sin atender al sexo –la prevalencia es de dos mujeres por cada hombre–, a la edad –presumiblemente puede aparecer alrededor de los 40 años, pero la población joven entre 15 y 25 años no está exenta–, la raza, ni la condición social, la depresión afecta a cerca de 121 millones de personas en todo el mundo, de los que menos del 25% tiene acceso a un tratamiento eficaz, según los datos de la OMS.

Una cifra que pone de manifiesto una realidad: la depresión “puede afectar a cualquiera, independientemente de su condición o procedencia” y sus fronteras “van más allá dependiendo de la evolución de la enfermedad”. Dos ideas sobre las que ha incidido el responsable en España de la organización del Día Europeo de la Depresión, el doctor Juan Manuel Mendive.

Bajo esta idea y el lema “La depresión no conoce fronteras”, la European Depression Association (EDA) ha iniciado un proyecto que

Representación de Leonardo da Vinci de los cuatro humores hipocráticos.



nace con el objeto de sensibilizar y concienciar a la población europea sobre una enfermedad en continuo avance que puede afectarnos a cualquiera, y emplazar a los estamentos políticos, sanitarios y sociales a que promuevan acciones encaminadas a proporcionar los recursos necesarios –humanos y materiales– para poder afrontar y mejorar el abordaje de esta enfermedad, tanto en el diagnóstico –un diagnóstico correcto supondría una importante inversión en el sistema sanitario, según ha explicado el doctor Mendive– como en el tratamiento y permitir hacer frente a la carga asistencial que genera.

Campaña de sensibilización

Con este espíritu, la sección española de la EDA ha emprendido una campaña de sensibilización social con la distribución entre los médicos de atención primaria y la población en general de sendos folletos informativos sobre las particularidades de la depresión.

Junto a una serie de recomendaciones para optimizar el tratamiento y evitar las recaídas y recurrencias, uno de los puntos recogido en la guía dirigida a los facultativos es la inexistencia de fronteras para tratar la depresión en el encuadre asistencial adecuado. En este sentido,



la atención primaria se dibuja como el escenario asistencial prioritario para el diagnóstico y tratamiento de esta invalidante enfermedad. Por ello, se aboga por que la implicación de los profesionales del pri-



Melancholía, grabado alegórico de Albrecht Dürer.

mer nivel asistencial continúe y se acentúe en el tiempo pues juegan “un papel fundamental, tanto en la posibilidad del diagnóstico como en el tratamiento y seguimiento de la mayoría de pacientes, así como en la eventual derivación al especialista en salud mental en los casos necesarios”, apunta el Dr. Mendive.

la que facultativos y pacientes se enfrentan en este nivel asistencial, la falta de profesionales. “Es necesario invertir en recursos, especialmente en personal –psicólogos, auxiliares de enfermería, enfermeros...–, para mejorar la coordinación entre la atención primaria y la atención especializada y conseguir

En la cultura griega se explicaban las enfermedades y los cambios de comportamiento o humor a partir del exceso o defecto de alguno de los cuatro líquidos corporales denominados humores. Según esta teoría, un exceso de sangre provocaba comportamientos emocionales, los individuos con mucha flema eran equilibrados, un exceso de bilis generaba cólera, mientras que los individuos con mucha bilis negra eran los melancólicos (apáticos, tristes).

Sin embargo, el Dr. José María Sánchez Monge, presidente de la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental, subraya una de las principales carencias a

una atención de calidad que hoy no existe.”

En el folleto orientado a la población se ofrece una aproximación realista de lo que supone la depresión, cuáles son sus sínto-



De izquierda a derecha, el Profesor Jerónimo Sáiz, el Dr. Juan Manuel Mendive (responsable de la organización del Día Europeo de la Depresión) y José María Sánchez Monge.

mas, sus causas y algunas pautas para prevenir su aparición. El doctor Mendive incide en esta idea de sensibilizar conciencias por “lo que supone la depresión, no sólo por la carga de la enfermedad en sí para el individuo, sino lo que representa para las familias y la sociedad en general”. Una sociedad que, en opinión de Sánchez Monge, aún no es consciente de que la depresión es “una enfermedad como cualquier otra” y tiende a culpabilizar a los enfermos, “lo cual, además de ser tremendamente injusto, provoca situaciones de discriminación y dificulta su recuperación”.

Enfermedad recurrente

Episodios de tristeza, falta de apetito, desinterés o cansancio exagerado son algunos síntomas que podemos sentir en un momen-



La aparición de la depresión está relacionada con un desequilibrio en los neurotransmisores que conectan con el cerebro.

Si estos desequilibrios coinciden con circunstancias vitales complicadas, pueden favorecer la aparición de la depresión

to dado por un desencadenante concreto, pero su coincidencia y permanencia pueden llevar al facultativo a diagnosticar un problema depresivo en función de una serie de aspectos a tener en cuenta. No obstante, hay que observar si existen razones objetivas que

desencadenan la enfermedad o si se debe a factores orgánicos.

Respecto a esta segunda opción, se ha descubierto que la aparición de la depresión está relacionada con un desequilibrio en los neurotransmisores que conectan con el cerebro. Si estos desequilibrios coinciden con circunstancias vitales complicadas, pueden favorecer la aparición de la depresión. Haber dado a luz, una separación, un cambio forzoso de residencia, el desplazamiento a un lugar extranjero y las dificultades de adaptación que conlleva, el fallecimiento de una persona próxima o cambios en el ámbito laboral, como la jubilación, son situaciones ante las que hay que prestar más atención.

Para los profesionales médicos llegar a la remisión o a la recuperación completa es muy importante en la depresión porque las secuelas menores pueden ser también muy invalidantes desde el punto de vista social y laboral. Sin embargo, a pesar de que entre el 30 y el 40% de los pacientes sólo sufren un episodio de depresión en su vida y la gran mayoría de ellos se recupera satisfactoriamente con el tratamiento adecuado, entre un 50 y un 60% de los pacientes pueden presentar varios episodios depresivos a lo largo de la vida. Así, las tasas de recurrencias tras un primer episodio

pacientes que no realizan correctamente el tratamiento terapéutico, bien porque lo abandonan o porque no siguen las indicaciones del médico durante la ingesta.

Evitar recaídas

Para evitar estas recaídas es fundamental que las personas enfermas adquieran conciencia “sobre la relevancia del cumplimiento terapéutico y se incremente la información a los médicos sobre la importancia del establecimiento de las pautas terapéuticas adecuadas, incluyendo el tiempo necesario de acuerdo con las más novedosas evidencias”, ha explicado el doctor Mendive.

Junto al tratamiento farmacológico y el apoyo psicológico, el papel de los familiares es fundamental “por lo que el tratamiento debe incluir información y asesoramiento para que puedan ser parte activa del proceso de recuperación”, ha señalado Sánchez Monge.

Sin embargo, antes de que aparezca la enfermedad, está la posibilidad de luchar por su prevención. Algunas de las medidas para conseguirlo resultan complicadas pues los factores que las condicionan pueden resultar externos. Pero existen otros que dependen del propio paciente: mantener una actitud positiva y abierta, llevar

de depresión oscilan alrededor del 60%, tras dos episodios aumentan al 80% y después de tres episodios llegan a un 90%.

Porcentajes que han aumentado en los últimos años debido al crecimiento de la población que tiene depresión y al elevado número de

una dieta equilibrada, marcarse objetivos realistas o descansar las horas necesarias son algunas de las pautas a seguir para no caer en una depresión, “la peor enfermedad porque nos roba la esperanza”, según la ha calificado el psiquiatra Luis Rojas Marcos. ●

¿Fumas? No y tú tampoco, *gracias*

El hospital La Princesa, de Madrid, obtuvo en mayo de 2008 la categoría de plata de la Red de Hospitales Sin Humo de Madrid. Ha sido la culminación de un largo camino en su compromiso contra el tabaquismo en el que se han involucrado activamente todos los equipos sanitarios del centro hospitalario

Las primeras actuaciones para regular el consumo de tabaco en lugares públicos en España se llevan a cabo a través del Real Decreto 192/1988 y posteriores desarrollos normativos a nivel estatal y autonómico. El objetivo siempre era el de proteger la salud de las personas no fumadoras en aquellos casos en los que, al tratarse de compartir espacios, entraba en conflicto el derecho a la salud con el hábito de fumar.

Se avanza un paso más en este objetivo con la entrada en vigor de la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco conocida como la Ley del Tabaco que entró en vigor el 1 de enero de 2006.

Sin embargo, el cumplimiento efectivo de estas normativas ha sido deficiente y ello ha dado lugar a no pocas situaciones conflictivas en el ámbito laboral, educativo, social o sanitario. Por ello, desde distintos ámbitos se viene trabajando desde hace algunos años en la promoción de espacios sin humo en todos los espacios públicos con el fin de sensibilizar a los ciudadanos ante el problema del tabaquismo pasivo y la resolución de los conflictos a través del respeto y el consenso.

En este sentido, la promoción de espacios libres de humo en hospi-

tales, escuelas, lugares de trabajo, restaurantes, transportes y lugares de ocio es una medida clave para reducir la demanda de tabaco.

En cualquier caso, la política de espacios sin humo alcanza su máxima prioridad en aquellos lugares dedicados a asistencia sanitaria, prevención y promoción de la salud. Éste es el caso de los hospitales, los cuales, además, representan un importante escaparate del sistema sanitario para gran parte de la población.

Por otro lado, el tabaquismo no es sólo una preocupación nacional y tanto la Unión Europea como la Organización Mundial de la Salud han creado en los últimos años programas de salud pública específicos y prioritarios para su prevención.

Sanidad sin humo

Concretamente, en 1998 surge la Red Europea de Hospitales sin Humo (European Network Smokefree Hospitals –ENSH–) que ha servido desde entonces como modelo organizativo para promover la implantación de los hospitales libres de humo basado en medidas de probada eficacia. En la actualidad, la ENSH cuenta con 16 países miembros, entre los que figura España cuyo principal objetivo es difundir el modelo europeo y jugar un papel promotor para la constitución de otras



redes regionales en el conjunto de España. Desde su inicio están representadas la Red Catalana y la Red Gallega de Hospitales sin Humo y a ellos se han ido uniendo otras comunidades autónomas, como Madrid y Murcia.

Tal y como expone la propia Red Europea de Hospitales Libres de Humo, es ampliamente aceptado que alcanzar una sociedad libre de humo es un reto deseable. Sin duda, no es un proceso fácil pero puede lograrse con la colaboración de los sectores clave de la sociedad. Los servicios sanitarios,

y en particular los hospitales, tienen una responsabilidad central en la lucha para reducir el consumo de tabaco y sus múltiples efectos nocivos en la salud. Esta responsabilidad supone conseguir un ambiente libre de humo que proteja a los no fumadores y ofrecer soporte activo a los fumadores que desean abandonar el hábito. Este apoyo debe orientarse tanto a los pacientes como a las diversas categorías de personal sanitario.

El éxito de una política de ambientes libres de humo depende de decisiones claramente definidas en determinadas áreas, en la

participación de todo el equipo y el establecimiento de un proceso de revisión y seguimiento a largo plazo. Cuanto más amplia sea la participación, menos necesaria será la imposición de normas.

La acreditación de Hospital sin Humo dentro de la Red Europea de Hospitales Libre de Humo es un gran logro para el centro que lo consigue, pero es más importante que el proyecto tenga continuidad, se actualice y mejore. Para conservar o mejorar su actual nivel de acreditación, el hospital debe cumplimentar y enviar el Cuestionario Europeo de Autoevaluación anualmente. El mencionado cuestionario proporciona datos sobre los logros y progresos de todos los hospitales participantes y todos estos datos son confidenciales, a no ser que se especifique lo contrario.

Una vez completado el Cuestionario Europeo de Autoevaluación, el hospital queda registrado dentro de la Red Europea de Hospitales Libres de Humo y es certificado según su nivel de acreditación alcanzado: Miembro, Bronce, Plata y Oro.

El control del consumo de tabaco es la fuerza motriz, pero la implementación del cambio necesita un encuadre que inclu-

ya servicios de deshabituación, formación del personal y cambio organizacional. Las claves del éxito son tanto la comunicación y el compromiso como la introducción de un proceso efectivo de revisión y seguimiento.

La Red Europea de Hospitales Libres de Humo (ENSH) ha desarrollado un proceso para dar apoyo a la implementación de un hospital libre de humo basado en tres principios fundamentales: mostrar la declaración institucional de compromiso de "Hospital sin tabaco" en un lugar visible, señalar correctamente todas las zonas donde está prohibido el consumo de tabaco en el hospital y distribuir a los pacientes, a sus familias y a los visitantes folletos que contengan información sobre los riesgos para la salud vinculados con el consumo de tabaco.

Además, se plantea un total de diez pasos a seguir para conseguir un hospital sin tabaco. Los primeros de ellos son la necesidad de movilizar a los responsables de decisiones y sensibilizar a todo el personal. Informar a los pacientes y a los usuarios. Igualmente, hay que crear un comité de prevención del tabaquismo, definir una estrategia y coordinar las acciones.

Código Europeo de Hospitales Libres de Humo

1. **Implicar** a los responsables de la toma de decisiones y sensibilizar al personal.
2. **Informar** a todo el personal y a los pacientes. Crear un comité de prevención del tabaquismo.
3. **Definir una estrategia** y coordinar las actuaciones.
4. **Establecer un plan de formación** para todo el personal y formarlos en el abordaje del paciente fumador.
5. **Proporcionar medios** para la deshabituación tabáquica de pacientes y personal, y garantizar el seguimiento y soporte de todos ellos.
6. **Establecer un plan de delimitación** de zonas de fumadores alejadas de las áreas clínicas y de recepción. Adoptar una señalización apropiada que incorpore carteles, indicaciones y folletos, y suprimir cualquier elemento incitador al consumo (ceniceros, venta de tabaco...)
7. **Proteger y promover la salud** en el trabajo de todo el personal del hospital.
8. **Fomentar iniciativas** para que el hospital asuma su rol de promotor de la salud.
9. **Actualizar y ampliar la información** de acuerdo con las políticas que vayan estableciéndose. Garantizar la continuidad y definir instrumentos de evaluación: asegurar la calidad.
10. **Primero convencer**, después obligar aplicando la ley, si es necesario. Tener paciencia.



Comisión Sin Humo del Hospital La Princesa.

El Hospital Universitario La Princesa no quiere malos humos

El Hospital La Princesa, dependiente del Servicio Madrileño de Salud, muestra con orgullo en cada documento que se difunde, fuera o dentro del hospital, que es un Hospital sin Humo. Forman parte de la red madrileña de Hospitales sin Humo y consiguió en mayo de 2008 la categoría de plata en la baremación de la Red Hospitales sin Humo de Madrid.



La Princesa se plantea los objetivos generales desde la perspectiva planteada por la OMS de que el tabaquismo es “la primera causa de mala salud evitable” y trabaja con un programa que pretende proteger el derecho de las personas no fumadoras y cumplir la legislación sobre el tabaco en centros sanitarios. Además es prioritario el apoyo a los fumadores con programas para

facilitar el abandono del tabaquismo e informar a la población, en general, sobre los efectos del tabaquismo y promocionar su abandono. De hecho, fue el primer hospital de la Comunidad de Madrid en contar con una consulta antitabaco facilitando diferentes medidas de apoyo a sus profesionales para conseguir su objetivo.

El Hospital La Princesa forma parte de la Red de Hospitales sin Humo en Madrid, que nace en el año 2004 a partir de un proyecto que en el primer trimestre del

de la Comunidad de Madrid, tanto públicos como privados.

El Hospital La Princesa luce en todos sus servicios el compromiso de adhesión Hospital Sin Humo desde noviembre de 2007. En el acto formal de presentación del documento, el que ese momento era subdirector general de salud pública de la Comunidad de Madrid, Angel Guirao, destacó al Hospital La Princesa como “centro de referencia y ejemplo a seguir por todas las actividades que viene realizando en pro de la consecución de un centro libre

La acreditación de Hospital sin Humo dentro de la Red Europea de Hospitales Libres de Humo es un gran logro para el centro que lo consigue, pero es más importante que el proyecto tenga continuidad, se actualice y mejore. Para conservar o mejorar su actual nivel de acreditación, el hospital debe cumplimentar y enviar el Cuestionario Europeo de Autoevaluación anualmente.

año 2003 se promueve desde el Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Clínico San Carlos (Unidad de Promoción y Educación para la Salud), al amparo de las directrices de la Red Europea de Hospitales sin Humo. Actualmente la red madrileña cuenta con 25 hospitales adscritos, en distintas fases de desarrollo del proyecto, pero queda abierta a todos los centros hospitalarios

de humo, llevando a cabo programas tanto desde la prevención como desde la actuación sobre el tabaquismo, y no sólo con los profesionales, sino también con los pacientes ingresados y ambulantes”.

Igualmente, manifestó su interés en que esta iniciativa de la firma de compromisos, por parte de los responsables, se extendiera al resto de los hospitales



Presentación formal del Compromiso de Adhesión Hospital Sin Humo en el Hospital La Princesa.

dependientes de la Consejería de Sanidad de Madrid.

Los primeros dos puntos del Código Europeo los cumple La Princesa con holgura: su director gerente, el doctor Jorge Gómez Zamora, preside y lidera la Comisión sin Humo del centro.

Esta comisión en la que están presentes los jefes de los servicios, de neumología, prevención de riesgos laborales o medicina preventiva y la mayor parte de los estamentos sanitarios, además de la responsable de comunicación del centro, trabaja con ilusión y mucha creatividad para encontrar cauces nuevos en su lucha contra el tabaquismo.

Mediante un concurso fotográfico "Puro Aire", otro de relatos "La Princesa cuenta", charlas en los colegios de la zona..., la Comisión define su compromiso por conseguir un Hospital sin Humo a muchos niveles.

Entre sus objetivos inmediatos está editar un libro con las fotografías del certamen Puro Aire 2007 y llevar a cabo una exposición itinerante: "La Princesa: Hospital sin Humo" por los centros de especialidades y de atención primaria del área.

El entusiasmo de esta comisión trasciende las puertas de su hospital y está trabajando con el objetivo de crear el área sin humo. De hecho ya han incorporado a él dos cen-



“Es necesaria mucha paciencia para convencer a alguien que deje un hábito que mantiene por mucho que le perjudique. Pese a toda la información existente en la actualidad, la normativa respecto al tabaco y la abundante cartelera expuesta en el centro respecto a que queremos tener un Hospital Sin Humo, algunos compañeros y familiares de los pacientes siguen buscando un sitio para fumar”.

tros de su área: el Hospital Niño Jesús y Santa Cristina y el Hospital del Henares han mostrado su interés por integrarse en la comisión.

Que están cumpliendo con sus objetivos lo demuestran las dos encuestas realizadas en un intervalo de dos años. Lo primero que la comisión hizo fue una foto fija de la situación del centro y el número de fumadores que existían, para lo que realizaron una encuesta, entre otros, que aportó entre sus conclusiones, que uno de los colectivos que más fumaba era el de los Auxiliares de Enfermería que en el año 2005 tenía un 41,4% de fumadores. Este porcentaje bajó hasta el 25% en una segunda encuesta realizada en el año 2007.

La figura del conciliador

Pese a todos los esfuerzos que lleva a cabo la comisión, la normativa existente y toda la información sobre los efectos nocivos del tabaco, todavía quedan fumadores que llevan su hábito al centro hospitalario.

Para ello han creado la figura del conciliador que, en este caso, asume un Técnico en Cuidados de Enfermería, Josefa Trabado, quien tiene localizadas las zonas donde acuden los fumadores para lo que denomina "puntos calientes" (las escaleras de emergencias, algún recóndito pasillo...). "Es necesaria mucha paciencia para convencer a alguien que deje un hábito que mantiene por mucho que le perjudique. Pese a toda la información existente en la actualidad, la normativa existente respecto al tabaco y la abundante cartelera expuesta en el centro respecto a que queremos tener un Hospital Sin Humo, algunos compañeros y familiares de los pacientes siguen buscando un sitio para fumar. Pero debemos mantenernos firmes en nuestro propósito y a los familiares de los pacientes recordarles que ni deben ni pueden fumar en el hospital y a los compañeros insistirles que todos tenemos firmado un compromiso que se ha hecho público: queremos un Hospital Sin Humo".●

Un inquilino molesto

Casi de manera imperceptible tanto por su tamaño –entre 2 y 3 mm– como por su color –gris, café o negro–, los *pediculus humanus capitis*, más conocidos como piojos, pueblan las cabezas de los más pequeños, habitualmente niños de entre 6 y 12 años.

Con el inicio de la escuela, profesores y padres deben mantener la alerta y observar si alguno de los menores comienza a rascarse de forma continua. Éste es el principal síntoma de la existencia de estos pequeños insectos que necesitan para vivir un hábitat cálido y húmedo.

Fácil contagio

Estos minúsculos invasores llegan a nuestras cabezas por el contacto de ésta con alguna ya infectada y, una vez instalados, la hembra deposita los huevos, conocidos como liendres, normalmente en la nuca y detrás de las orejas. El promedio de vida de estos parásitos se sitúa en los 30 días, durante los cuales pueden poner hasta 150 huevos.

Lejos de falsas creencias, los piojos no aparecen por la falta de higiene. Su origen se debe al contacto entre mamíferos de sangre caliente. De tal manera que el contacto con un perro, una paloma o cualquier animal homeotermo portador de estos insectos facilita su contagio.

Otro mito que hay que desmentir en torno a estos molestos inquilinos es su condición de portadores de enfermedades. Estos insectos no generan enfermedades; sin embargo, el picor que ocasionan y su consecuente remedio, rascarse, puede dar lugar a heridas o infecciones en la piel.



Tratamiento

Para acabar con estos molestos inquilinos, es necesario llevar a cabo un minucioso tratamiento, durante al menos 7 días, que conjuga el uso de productos químicos y el peinado del cabello con un peine especial, conocido como liendreras.

El producto químico sólo resultará eficaz cuando su aplicación y seguimiento respondan a las indicaciones marcadas por el fabricante, siendo

más eficaces las lociones que los champús. Es necesario asegurarse de que el producto cubre completamente todo el cuero cabelludo aplicándolo mechón a mechón y respetar el tiempo de aplicación indicado. Seguidamente se peina el cabello con la liendreras para retirar los piojos y liendres muertas. Una opción que ayuda a despegar las liendres es mojar el pelo con vinagre diluido en agua a partes iguales.

Un remedio que facilita el fin del temido y tedioso proceso que siempre sigue al “¡mamá, me pica!”●

Lejos de falsas creencias, los piojos no aparecen por la falta de higiene. Su origen se debe al contacto entre mamíferos de sangre caliente.



Determinación y registro de la **diuresis** en la hoja de control evolutivo

La determinación de la diuresis nos indica la cantidad de orina excretada en 24 horas. Esta estrategia simple requiere que el Técnico en Cuidados de Enfermería conozca y aplique una serie de normas básicas.

Palabras clave

- Auxiliar
- Diuresis
- Hoja de registro de la temperatura corporal

¿Qué son las reglas de ORO?

Las reglas de ORO (Organización, relación y objetivos)

son las directrices recomendadas para que el Auxiliar de Enfermería realice, de manera correcta, las maniobras, movimientos y gestos óptimos que implican el cuidado del paciente. Además de centrarse en la técnica, el profesional debe prestar atención al paciente y a sus necesidades, y, en su relación con él, su objetivo ha de ser transmitirle optimismo.

Nota

Algunos medicamentos o alimentos pueden colorear la orina

La diuresis es la emisión de orina en un tiempo determinado, en general, de 24 horas, aunque en ocasiones se registra la diuresis a intervalos horarios. Este procedimiento permite valorar la cantidad de orina excretada y establecer una curva de supervisión.

La diuresis varía fisiológicamente en función de la sudoración y el consumo de líquidos. Algunos medicamentos, como los diuréticos, aumentan la diuresis. En 24 horas, la emisión de orina tiene lugar en 4-5 micciones. La micción o acción de orinar vacía la vejiga de su contenido. En condiciones normales, es una función corporal que el organismo realiza sin dificultad ni dolor.

La cantidad media de orina emitida en 24 horas es de alrededor de 1,5 l (con unos límites de 1,2 a 1,8 l).

La orina normal es de color amarillo pálido, clara y transparente. En general, estéril en el momento de la emisión, la orina que se conserva un tiempo excesivo se convierte rápidamente en un medio de cultivo para los microorganismos que pueden ser el origen de infecciones nosocomiales.

Objetivos y organización

La determinación de la diuresis es un elemento importante del diagnóstico. Contribuye a evaluar la función renal y sus ano-

malías, al igual que a detectar procesos patológicos.

Es útil para el seguimiento de la evolución de algunas enfermedades renales, circulatorias, etcétera.

Es una herramienta para el seguimiento de la eficacia de diversos tratamientos y contribuye a identificar los signos de un agravamiento súbito del estado del paciente desde un punto de vista cardiocirculatorio.

Lectura de la hoja de control evolutivo y obtención de la información

La lectura de las hojas de control evolutivo sirve para detectar:

- Las indicaciones de la determinación de la diuresis a solicitud del médico.
- El tratamiento del paciente con fármacos diuréticos.
- La obtención de los datos a la cabecera del paciente contribuye a:
- Informarle de antemano del procedimiento, explicarle las instrucciones y garantizar que las ha entendido (p. ej., no debe usar el baño para orinar).
- Observación del estado del paciente: presencia de edema.

Material

Un frasco graduado provisto de un tapón de rosca, y con una etiqueta donde se escribirán el nombre y apellidos del paciente



y la hora de inicio de la determinación de la diuresis.

■ Guantes de látex desechables.

Procedimiento

Higiene y prevención de los riesgos

Antes y después del procedimiento, el Auxiliar de Enfermería debe lavarse las manos para evitar la transmisión de microorganismos.

El frasco debe ser estéril, estar seco y ha de cerrarse bien para evitar la emanación de olores desagradables.

Al verter la orina en el frasco se requiere precaución para no derramarla.

Una vez determinada la diuresis, la orina se desecha, se limpia el frasco, se enjuaga y se seca para su nueva utilización.

Durante el proceso se usarán guantes de látex desechables.

Eficacia

La determinación de la diuresis se inicia con una vejiga vacía.

■ **Se solicita al paciente que orine**, se desecha la orina y se registra la hora (p. ej., 8 horas).

■ **Durante las 24 horas siguientes** se procede a la recogida de la orina, introduciéndola en el frasco.

■ **Al día siguiente, después de estas 24 horas** se pedirá al paciente que orine y esta orina también se introducirá en el frasco, con lo que se habrá completado la diuresis.

■ **Se determinará la cantidad de orina obtenida en los frascos**, estableciendo una curva en la hoja de temperatura corporal, según el código reservado para la diuresis: con un lápiz u otro, se marcará a diario la zona correspondiente al resultado de la diuresis de ese paciente (fig. 1).

Seguridad, criterios de calidad de la asistencia

Para evitar las causas de error, el Auxiliar de Enfermería debe adherirse a las buenas prácticas asistenciales.

■ **Los frascos siempre deben acompañarse de la correspondiente etiqueta** para evitar confusiones con los otros pacientes.

Producción y excreción diaria de orina (diuresis) en función de la edad

Edad	Cantidad excretada	Características de la excreción
Recién nacido Niño	30-60 ml en el recién nacido 100-500 ml en el lactante 500-1.400 ml en el niño	Identificación del control de la micción Control de esfínteres
Adolescente Adulto joven	600-2.000 ml en función del consumo de líquidos	Control del ritmo a través del aprendizaje de las conductas dietéticas En la mujer embarazada, micciones frecuentes al principio y al término del embarazo
Adulto	600-2.000 ml en función del consumo de líquidos	Disminución de la capacidad vesical
Individuo de edad avanzada	600-2.000 ml en función del consumo de líquidos	Disminución del tono del esfínter y del deseo de orinar Disminución de los reflejos y de la frecuencia de ir al baño Incontinencia accidental

■ **Se informará al paciente de antemano**, al igual que a sus familiares y al equipo médico responsable.

■ **Debe estar disponible un número suficiente de frascos.**

• **Se informará al paciente** de los aspectos siguientes:

- **No debe usar el baño para orinar.**
- **Debe orinar antes de defecar.**
- **Debe avisar** al Auxiliar de Enfermería si ha tenido una emisión involuntaria de orina o ha cometido un error.

Relación

Con el paciente

Se solicitará al paciente que participe activamente y con espíritu positivo y de optimismo; y se verificará que ha entendido las instrucciones.

Con el equipo asistencial

Si el Auxiliar de Enfermería transmite este espíritu optimista es probable que lo contagie al resto del equipo.

Informará del procedimiento (en nuestro ejemplo, el control de la diuresis) y se establecerá la curva (zona sombreada o gráfico) y, en caso de errores (p. ej., el paciente ha usado el baño), se anotará: "orina omitida".

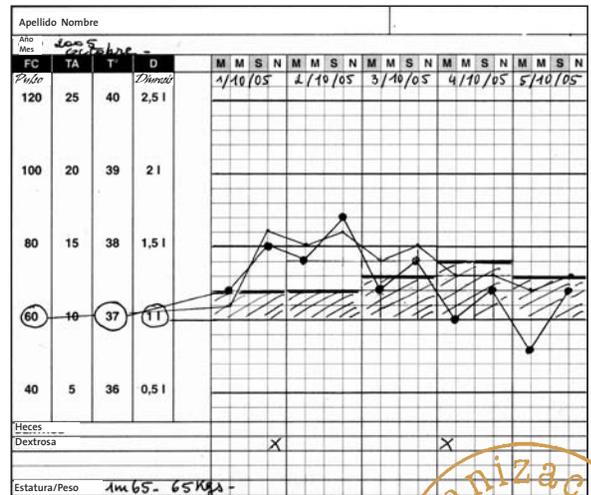


Figura 1. Hoja del gráfico de la temperatura corporal.

■ **Se informará a la enfermera de los signos de alerta o de urgencia:**

- **Cantidad anormalmente alta:** poliuria (superior a 2 l) o baja de orina: oliguria (inferior a 1 l).
- **Dolor de intensidad variable en el momento de la micción:** disuria.
- **Presencia de sangre:** hematuria.
- **Ausencia de orina:**
 - **Ausencia de secreción renal:** anuria, que representa una urgencia.
 - **El paciente tiene la vejiga distendida**, pero no puede orinar: retención urinaria. La vejiga está dura, es dolorosa y redonda como un balón. Es el llamado globo vesical. Es necesario insertar una sonda para evacuar el contenido de la vejiga y el alivio del dolor.

■ **Información del aspecto y color de la orina:**

- **Olor:** amoniacal y fétido en las infecciones urinarias, y a manzana en presencia de cuerpos cetónicos (cetonuria).
- **Transparencia y color de la orina:**
 - **Orina turbia** en presencia de pus: piuria, o de cristales en caso de diversas infecciones.
 - **Pálida** en la poliuria (orina diluida).
 - **Oscura** en la oliguria (orina concentrada).
 - **Rojiza** en presencia de sangre: hematuria.
 - **Pardusca**, en presencia de ictericia. ●



Diabetes mellitus y pie diabético

- Introducción
- Objetivo
- Justificación
- Complicaciones de la diabetes
- Manifestaciones clínicas: signos y síntomas
- Pie diabético
- Grado de las úlceras
- Objetivos del equipo de enfermería al cuidado del usuario
- Actividades y recomendaciones
- Educación para la salud
- Bibliografía

La diabetes mellitus (DM) es un trastorno del metabolismo originado por una producción insuficiente o deficiente de insulina, o una alteración cuantitativa o cualitativa de los receptores de ésta. Se trata de una enfermedad de primera magnitud cuyo coste implica entre el 2,5 y el 15% de los presupuestos anuales de la salud y el aumento de su prevalencia hará que en el futuro su coste también aumente.

Introducción

La educación para la salud de la persona diabética no es parte del tratamiento, es el tratamiento de la diabetes, por ello es necesario que tanto el usuario diabético como su familia conozcan bien los aspectos básicos de la enfermedad que sufre y los riesgos que puede ocasionar la diabetes. También es importante que identifiquen los signos y síntomas de alarma y los comuniquen cuanto antes a los profesionales sanitarios. El Auxiliar de Enfermería, al tener un contacto más directo con el paciente, es el primer eslabón en la cadena de profesionales que contribuirán a la educación, prevención y aceptación de su problema de salud, tanto asistencial como emocional. Debido a la elevada prevalencia de personas que padecen esta enfermedad, y considerando las múltiples complicaciones que puede tener, se insiste en la importancia que tienen la informa-

ción y la formación del Auxiliares de Enfermería para poder ayudar a detectar signos y síntomas de alarma y comunicarlos a los profesionales del equipo. Así, si disponen de una formación adecuada, los Auxiliares de Enfermería pueden aportar información que detectan en el ejercicio de sus tareas asistenciales y que es fundamental para los cuidados del pie diabético. Se podrán evitar posibles complicaciones y ayudar a disminuir la ansiedad producida cuando se detecta la enfermedad.

Objetivo

El objetivo de este trabajo es aportar información que permita a los Auxiliares de Enfermería, en el ejercicio de su labor asistencial, tener conocimientos suficientes para: identificar los signos y síntomas de alarma del pie diabético que deben comunicar, colaborar en los cuidados y ayudar a las personas a aceptar su enfermedad.

Justificación

Gran parte de la población se ve afectada por esta dolencia que tiene graves repercusiones en su calidad de vida. Los Auxiliares de Enfermería están gran parte de su tiempo en contacto directo con el paciente y son el primer eslabón en la cadena de profesionales que pueden contribuir a la prevención de este problema de salud, así como a la aceptación asistencial y emocional de la enfermedad. Para ello se ha de tener la formación y los conocimientos necesarios.

Complicaciones que pueden derivar de la diabetes

La retinopatía es una de las complicaciones de la diabetes y la primera causa de ceguera en adultos. Son las lesiones de los pequeños vasos que suministran sangre a la retina. Los datos publicados confirman que después

de 15 años de evolución el 2% de los diabéticos pierden la visión y hasta un 10% desarrolla lesiones oftálmicas graves.

En cuanto a las nefropatías tenemos que decir que el deterioro de pequeños vasos también llega a afectar a la función renal, aunque ésta se asocia a la gravedad y a la duración de la diabetes. La detección precoz de esta afección renal, debido a un aumento de proteínas en orina, puede suponer el inicio a tiempo de un tratamiento que ayude a retardar la progresión del daño.

Entre las complicaciones neurológicas, hablamos de neuropatía diabética (ND) ante un conjunto de signos y síntomas. Son lesiones de las fibras nerviosas causadas por la diabetes. La falta de sensibilidad en los pies es la manifestación más frecuente, consecuencia de una lesión en los nervios de las piernas, al tener menor sensibilidad aumenta el riesgo de ulceración.

La ND se relaciona sobre todo con el control glucémico, pero también con otros factores de riesgo vascular modificable: triglicéridos, índice de masa corporal, tabaquismo e hipertensión.

Manifestaciones clínicas: signos y síntomas

La neuropatía puede ser subclínica, detectada mediante pruebas, o clínica, con sus manifestaciones. Entre estas últimas están la polineuropatía distal, que es la más frecuente; un 54-75% de la ND suele ser distal y simétrica y su instauración es lenta y progresiva.

El paciente refiere entumecimiento, parestesias, dolor en

los pies (área del calcetín) y en las manos (área de los guantes), alodinia que generalmente la persona manifiesta como “no aguanto el roce de la ropa”, el dolor suele empeorar por la noche y mejora al caminar.

Aunque las complicaciones vasculares, neuropáticas, oftálmicas y nefrológicas son las más preocupantes, la piel es otra de las partes del organismo que puede deteriorarse como consecuencia de un descontrol glucémico prolongado, ya que la enfermedad actúa como un factor de aumento de la susceptibilidad para el contagio, las infecciones bacterianas o micóticas.

Las manifestaciones dérmicas más importantes, exclusivamente del diabético, son:

- **Dermatopatía diabética:** se manifiesta con lesiones en forma de pequeñas pápulas rojas que en un intervalo de dos semanas son atróficas y de coloración parda.
- **Necrobiosis lipídica diabética:** aparece en forma de placas bilaterales de superficie amarillenta recubierta de costras y pequeñas ulceraciones con zonas de atrofia.
- **Ampollas diabéticas:** son clínicamente asintomáticas, aparecen a nivel de extremidades superior e inferior.

Pie diabético

Se puede definir como una alteración clínica, de origen preferentemente neuropático e inducida por una situación de hiperglucemia mantenida, a la que puede añadirse un proceso isquémico que, con desencadenante traumático, produce lesión o úlcera del pie.

Las principales causas que determinan la aparición del pie diabético son consecuencia directa de la degeneración inducida en distintas localizaciones por la diabetes y son las siguientes:

Neuropatía	→	Sensorial, motora, autónoma
Enfermedad vascular periférica	→	Macroangiopatía microangiopatía
Susceptibilidad de infección	→	Defectos de la función leucocitaria

Tipos de pie diabético:

1. Pie neuropático

- Neuropatía sensitiva: falta de sensibilidad táctil, térmica, dolorosa y vibratoria, dolor o parestesias.
- Neuropatía motora: atrofia, debilidad muscular en la musculatura intrínseca.
- Neuropatía autónoma: piel caliente y disminución o ausencia de sudor.

2. Pie vasculopático: claudicación intermitente y dolor de reposo, empeora en decúbito, y mejora con las piernas colgando, frío en los pies y disminución o ausencia de pulsos.

3. Pie neuroisquémico: poco frecuente, suele coincidir con el pie neuropático o isquémico.

Grado de las úlceras

En cuanto al grado de las lesiones, se propone la escala de Wagner que valora la gravedad de la lesión en función de la profundidad de la úlcera, el grado de infección y de gangrena. Establece seis grados de lesiones desde grado 0 (menor gravedad) a grado 5 (máxima gravedad).

Grados de las úlceras



GRADO 0

Pie clínicamente normal, pero al que un grado variable de neuropatía y presencia de deformidades óseas, como callos, dedos en garra... lo sitúan en un pie de riesgo.



GRADO I

Existencia de úlcera vascular superficial. Destrucción total del espesor de la piel.



GRADO II

Úlcera profunda, no complicada, penetra en la piel, grasa y ligamentos sin afectar al hueso. Infectada.



GRADO III

Úlcera profunda y complicada. Extensa, con secreción y mal olor.



GRADO IV

Gangrena necrotizante limitada, digital, antepié y talón.



GRADO V

Gangrena extensa

Objetivos del equipo de enfermería al cuidado del usuario

Objetivos generales

Mejorar la información y formación de los pacientes diabéticos sobre los cuidados de sus pies y de la diabetes, aportando así mayor conocimiento de su enfermedad, logrando mayor calidad de vida y, por tanto, reduciendo las secuelas y complicaciones.

Objetivos específicos

- Identificar al paciente con pie de riesgo.
- Educación sanitaria del paciente, familiares y cuidadores.
- Aumentar la autoestima e independencia del paciente respecto a su nueva situación.
- Prevención, detección y tratamiento precoz de cualquier lesión en el pie, especialmente la úlcera.

Los programas de prevención precoz, correctamente estandarizados y aplicados, han demostrado su efectividad en las profilaxis de las complicaciones, la mejoría de la calidad de vida, y en la reducción de la tasa de mortalidad.

Objetivos a corto y largo plazo

- Disminuir el porcentaje de úlceras neurovasculares diabéticas.
- Disminuir el número de amputaciones mayores.
- Incrementar el porcentaje de pacientes rehabilitados.
- Incrementar el porcentaje de usuarios estabilizados y con buen grado de autonomía.

Para conseguir estos objetivos será primordial una exhaustiva y adecuada educación sanitaria, que posibilite una mejora de las condiciones del paciente en general y de sus pies en particular, tratando de evitar la aparición

del problema, o una vez ya presente, proporcionando los cuidados oportunos para garantizar una atención óptima que limite en lo posible su progresión y sus secuelas. Por esto, debemos conocer cuáles son las actividades que podemos realizar para evitar o disminuir los riesgos.

Las personas con mayor problema a la hora de cuidarse los pies suelen ser los de edad más avanzada. Los ancianos son los que presentan mayor grado de lesiones neuropáticas en las extremidades inferiores.

Actividades y recomendaciones

El paciente diabético tiene que cuidarse y vigilarse los pies diariamente, y acudir al médico periódicamente. Los cuidados rutinarios implican que el enfermo se revise habitualmente los pies utilizando un espejo, para observar la zona plantar y ver si hay alguna lesión. Deben:

- Mantener el pie bien hidratado.
- Usar calcetines y zapatos adaptados.
- No andar descalzo.
- Tener los pies bien aseados, cuidando el arreglo de las uñas, cortándolas rectas para que no se claven, a ser posible por el podólogo.
- Explorar el estado general del pie, sobre todo de los espacios interdigitales, buscando zonas de humedad, maceración, descamación, cortes o heridas. Si hay hiperqueratosis, fisuras..., en este caso utilizar vaselina salicílica al 10% en la zona. Si hay deformidad, valorar la posibilidad de plantillas.

Todas estas actuaciones pueden devolver la normalidad cir-

Educación para la salud

Además de lo expuesto anteriormente, es necesario:

- Buen control metabólico
- Evitar el tabaco y el alcohol
- Evitar el sobrepeso, la obesidad y el sedentarismo con ejercicio físico adecuado
- No caminar descalzo, especialmente en la playa
- Utilizar calzado amplio, flexible, suela antideslizante y no demasiado gruesa
- Usar calcetines preferentemente de algodón o lana, evitando costuras y dobleces
- Cuidar la higiene, lavarse los pies diariamente con agua tibia y secarlos bien, sobre todo en los espacios interdigitales
- No usar almohadillas eléctricas
- Hidratación

culatoria al pie y evitar la amputación.

Alimentación

La dieta ideal es una alimentación equilibrada, que se ajuste a las necesidades, gustos, nivel de actividad física y estilo de vida. La dietista es la persona indicada para asesorar al paciente y su familia sobre una nutrición adecuada ya que, conociendo las necesidades nutritivas, el paciente será capaz de diseñar sus menús y tomar decisiones respecto a su dieta.

Separamos los alimentos en tres grupos:



Nutrición y diabetes son dos elementos que van juntos. Diversos nutrientes han sido relacionados con la etiología de la diabetes tipo 1, por lo que la nutrición juega un papel importante en la prevención de com-

plicaciones en estos pacientes; por otra parte la diabetes tipo 2 se está viendo desplazada a edades más tempranas, por los cambios en los estilos de vida y el aumento de la incidencia de obesidad infanto-juvenil. Es en esta etapa en la que, desde el punto de vista nutricional, se puede actuar disminuyendo la presencia de factores de riesgo.

Diversos estudios demuestran que una dieta equilibrada, con restricción de la ingesta calórica y de grasas y con un ejercicio moderado, permiten reducir los nuevos casos de Diabetes tipo 2.

En el caso de los niños diabéticos, la nutrición debe ir encaminada a permitir un adecuado desarrollo pondero-estatural, favorecer la normogluemia y evitar la presencia de complicaciones, por lo que será una dieta equilibrada a sus necesidades, pero también debe ser lo más parecida a la de los niños de su edad.

Los adultos, en relación con las grasas, deberían intentar reducir al menos el 10% de las fuentes de grasas saturadas, y el resto deberían ser monoinsaturadas y poliinsaturadas. Para evitar la hipogluemia se elegirán alimentos ricos en hidratos

de carbono y fibra, sobre todo en la cena para evitar la hipoglucemia nocturna y, en caso de producirse, se suministrarán azúcares simples de absorción rápida.

El plan de alimentación deberá contener alimentos de los tres grupos en cantidades suficientes que ayuden a mantener un buen control de la diabetes, aporten la energía adecuada y el material con que reparar y mantener el organismo.

Dependiendo del tipo de vida, la actividad física, etc, se tomarán más alimentos de un grupo

Es recomendable:

1. Planificar la comida
2. Masticar lentamente
3. Disminuir la cantidad de alimentos ricos en grasas, la sal y el consumo de azúcar
4. Comer frutas y verduras

o de otro. En este sentido, es recomendable seguir los hábitos nutricionales que se detallan en el recuadro.

La educación para la salud es esencial en el cuidado del diabético. No podemos introducir la dieta, el ejercicio y la medicación sin informar al paciente sobre su importancia y sin motivarlo para que adquiera protagonismo en el control de su enfermedad.

Ninguno de los objetivos que se proponen podrá cumplirse a menos que se desarrollen programas efectivos de educación en todos los niveles asistenciales.

La educación para la salud pretende que las personas con esta u otras enfermedades estén mejor preparadas para pensar por sí mismas, tomar sus propias decisiones y fijar metas realistas.

La diabetes es una enfermedad crónica y de tratamiento complejo. Desde su diagnóstico el diabético tiene que realizar un laborioso autocuidado, que va desde el autoanálisis, el ajuste del tratamiento dietético y farmacológico y el manejo de técnicas de autoinyección hasta otros aspectos como el cuidado de los pies, la higiene etc. El manejo de la diabetes está en manos del propio diabético.

Los profesionales sanitarios somos asesores y colaboradores, pero el éxito en el manejo de la enfermedad depende fundamentalmente de los mismos pacientes, de que hayan aprendido a convivir y a actuar en relación con la enfermedad.

En la educación sólo se alcanzará el éxito si todos los implicados en la atención del diabético reconocen su necesidad y se asume alguna forma de aprendizaje en métodos educativos. Educar no es informar, con la información solamente transmitimos conocimientos. El proceso educativo es más complejo, en el aprendizaje influyen múltiples factores:

- El conocimiento.
- Factores personales.
- Factores ambientales.

El aprendizaje se realiza en tres niveles:

- Cognitivo (conocimiento).
- Afectivo (creencias, experiencias, actitudes).
- Psicomotor.

Por tanto, la metodología contemplará no sólo el conocimiento, sino también estos factores.

La educación puede ser individual o grupal.

- **Individual:** al adaptarse a las características del pacien-

te puede ser muy efectiva, está indicada al inicio de la enfermedad, cuando se comienza el tratamiento con insulina, o en periodos de descompensación en la vida del paciente. La educación individual es la más adecuada como primer acercamiento al paciente en el momento del diagnóstico o en el primer contacto con el grupo de salud, y también necesaria para la educación continuada durante toda la vida.

- **Grupal:** está indicada en fases posteriores, el grupo puede actuar de importante motivador y reforzador.

Se han elaborado numerosos programas para mejorar la calidad de vida del diabético. Estos programas son realizados por un equipo multidisciplinario. Cabe destacar el código de conducta para estos pacientes. Son las siete leyes de éxito del paciente diabético.

La importancia de “la ley del no” en estos pacientes radica en que, en el paciente diabético, cualquiera de los estados adictivos adquieren una dimensión mayor. Se atenta contra la buena circulación sanguínea, por los mecanismos vasoconstrictores del tabaco y la cocaína. El uso frecuente e inapropiado favorece las infecciones intravenosas que también traumatizan repetidamente las valiosas venas del diabético.

Es importante mantener las concentraciones de glucosa, y las visitas al podólogo y el estomatólogo detectarán cualquier problema o riesgo. Llevando una dieta equilibrada y haciendo el ejercicio adecuado evitaremos el sobrepeso.

En el proceso de adaptación a la enfermedad, aparecen diferentes reacciones emocionales, y el tiempo en superarlas es muy

Las 7 leyes de éxito del paciente diabético

1. Educación diabetológica para el diabético y sus familias
2. Asistencia trimestral a su consulta médica de control
3. Asistencia mensual al podólogo
4. Asistencia semestral al estomatólogo
5. Alcanzar y mantener el peso ideal siguiendo la dieta indicada
6. Practicar actividad física acorde con la edad y estado de salud
7. La ley del NO: no tabaco, no alcohol, no drogadicción

variable según cada persona. La condición del diabético produce un impacto en el estado anímico del paciente y en su entorno familiar, laboral y social, la importancia de este impacto dependerá fundamentalmente de:

- La edad en que se diagnostique.
- El apoyo del entorno familiar.
- La capacidad del individuo para afrontar los acontecimientos.

Entre los pensamientos más frecuentes están:

- Negación (seguro que es un error, es una cosa pasajera).
- Resistencia (búsqueda de culpables).
- Hipervaloración del estado de salud previo (siempre he estado bien).
- Rebeldía (no es justo).
- Temor acompañado de sensación de amenaza constante, genera ansiedad y angustia (qué me va a pasar, no puedo hacer nada).

Estos pensamientos generan unas conductas como:

- Buscar otras opiniones.
- Medicina alternativa.
- Minimizar la acción del tratamiento, olvidando las limitaciones que impone la enfermedad, y tendencia a comportarse como si no tuviese nada con el riesgo de descompensación aguda.

En caso de padres de niños con diabetes pueden darse conductas de superprotección o mimo desmesurado o una disciplina casi tiránica como compensación a los sentimientos de culpa:

- Depresión reactiva, pasividad absoluta, tristeza (se cree que nada tiene sentido), alteración del sueño, tendencia al aislamiento.
- Rebeldía. El diabético hace valer su condición de enfermo desvalido y se comporta con exigencia.
- Temor, se evitan situaciones de conflicto, disminución de las relaciones sociales, alerta constante al empeoramiento, llanto de impotencia y trastorno del apetito.

Importante tener en cuenta que:

- La adaptación a la diabetes es un proceso largo en el tiempo y variable en cada persona.
- Es imprescindible confiar en el equipo de profesionales que van a seguir y tratar la enfermedad.
- Pedir ayuda si se necesita.
- Estar en contacto con la asociación puede ser de gran ayuda. ●

Bibliografía

Mata M, Antoñanzas F, Tafalla M et al. El coste de la diabetes tipo 2 en España: El estudio CODE-2. Gac Sanit. 2002; 16: 511-20. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_

arttext&pid=So213-9112002000600009-&lng=es&nrm=iso. ISSN 0213-9111.

Federación Española de Asociaciones de Educadores en Diabetes. Protocolo de Diabetes Mellitus. Proceso asistencial integrado. Consejería de Salud. Sevilla, 2002. Disponible en: <http://www.feaed.org/biblioteca/documentos/mas-documentos.htm>

Tizón Bouza E, Dovale Robles MN, Fernández García MY, et al. Atención de Enfermería en la prevención y cuidados del pie diabético. Aten Primaria. 2004;34:263-71. Disponible en: http://bvs.insp.mx/articulos/5/2/Agosto_SDA_PDF.pdf

Fundación para la diabetes. Campaña Educativa sobre los Cuidados del Pie. Disponible en: http://www.fundaciondiabetes.org/activ/camp_cuidadopiess/box_camp_cuidadopiess.htm

Jiménez AM, Rimbau V, Escudero JR. Lesiones asociadas al pie diabético. Tratado del pie diabético. Archivos Esteve 2006. Disponible en: http://www.esteve.es/EsteveArchivos/1_8/Ar_1_8_42_APR_12.PDF

Rimbau V. Angiopatia diabética. Vasculopatía periférica. Jano. 2000;1346: 76-94. Disponible en: http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.go_fulltext_o_men?esadmin=si&pident=10122

Rimbau V, Piñol C. Claudicación intermitente: una patología de prevalencia creciente. Tratamiento (II). Med Clin (Barc). 1998; 110: 220-7.

Mensing C, Boucher J, Ciprés M, et al. Standards and review criteria original article. National Standards for Diabetes Self-Management Education. American Diabetes Association. Diabetes Care. 2006; 29. Disponible en: http://care.diabetesjournals.org/cgi/content/full/29/suppl_1/s78

Guías Clínicas. Consenso Europeo. Disponible en: http://www.lillydiabetes.es/soldiabetes/enfermeria/e_enfermeria_guias.html

National Diabetes Information Clearinghouse. Cómo prevenir los problemas de la diabetes. MedlinePlus. Disponible en: http://diabetes.niddk.nih.gov/spanish/pubs/complications_control/index.htm

American Diabetes Association. Evidence-Based Nutrition. Principles and Recommendations for the treatment and prevention of diabetes and related complications. Diabetes Care. 2002 Suppl 1.

La **risa**, el mejor tratamiento para la **salud** y la felicidad

Reírse reduce las tensiones cuando las cosas no van bien, alivia las situaciones embarazosas y humaniza el trato. Existen cursos dirigidos a Técnicos en Cuidados de Enfermería para aprovechar los virtudes de la risa con los pacientes.

Palabras clave

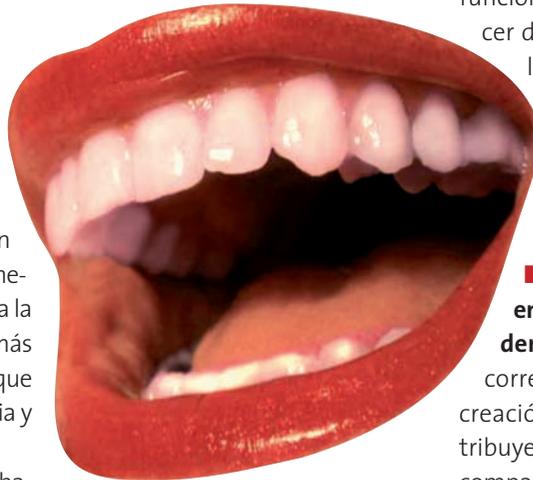
- Auxiliar de enfermería
- Comunicación
- Risa

A la mayoría de los españoles nos gustaría reírnos más a menudo y tenemos la sensación de que cada vez lo hacemos menos. Según un sondeo reciente, a la pregunta, «¿Dónde se ríe con más frecuencia?», el 43% respondió que con los amigos, el 36% en familia y el 5% en el lugar de trabajo.

Pero, ¿qué es lo que más nos hace reír a los españoles? Los internautas consideran que entre los humoristas, el famoso chiste de las empanadillas de Móstoles ha pasado a la historia como uno de los más hilarantes; Aída es la ganadora dentro de la categoría de series de humor y El Gran Wyoming, el presentador más gracioso.

Cada ser humano tiene su propia forma de reír

■ **Para el biólogo Charles Darwin¹**, la risa se desarrolla como una reacción a nuestro miedo cotidia-



no, es el arma por la cual nuestro organismo se desprende de un exceso de energía almacenada.

■ **Sigmund Freud² compara la risa con el sueño.** Facilita la liberación o el desahogo de nuestros impulsos agresivos y sexuales.

■ **Para el filósofo Henri Bergson³**, la risa desempeña un papel de integración social y es contagiosa.

■ **Las formas de reír son múltiples** y los biólogos confirman que la risa de cada ser humano es tan exclusiva y característica como sus huellas digitales.

■ **La necesidad de reír** es natural en el ser humano, es una función fundamental, la del placer de existir. Y aparece en los lactantes a partir de los 4 ó 5 meses de edad.

El centro de la risa en el cerebro

■ **La risa tiene su origen en un centro del hemisferio derecho del cerebro**, el que corresponde a la intuición, la creación y la imaginación. Contribuye a tomarse un respiro en comparación con la «tiranía» del cerebro izquierdo, intelectual y pensante.

■ **La risa es el desahogo emocional** más fácil de expresar en público. Es la puerta de entrada hacia otras emociones.

El ejercicio del cuerpo y del espíritu

■ **La risa produce efectos positivos** en el aparato cardiovascular y respiratorio. Gracias a la respiración sacádica que provoca, se percibe un aumento del aporte de oxígeno (el intercambio respiratorio se multiplica por tres), un aumento de la circulación sanguínea (el corazón late tan deprisa como cuando corremos los 100 metros), un trabajo del diafragma y un suave masaje intestinal.

■ **Gracias a la risa, el cuerpo segregando endorfinas** (la morfina natural producida por el organismo en el cerebro), que efectúa una suave limpieza psíquica en profundidad, disminuye el estrés, aumenta nuestra resis-

RECUADRO 1

Los estudios científicos sobre la risa demuestran sus efectos positivos sobre el organismo

- Michael Miller, director de la Unidad de Cardiología Preventiva del centro médico de la universidad de Maryland, demuestra que en la mayor parte de individuos que han sido espectadores de las secuencias cómicas de una película el flujo sanguíneo aumenta en más del 20%. Al contrario, en la gran mayoría de las personas que son espectadores de secuencias duras o penosas de una película, el flujo sanguíneo disminuye en un 35%.
- El profesor Lee Berk de la Universidad de California confirma que la risa reduce los niveles de hormonas del estrés y sus efectos positivos influyen en la actividad de los linfocitos T que desempeñan un papel importante en el proceso de la inmunidad.
- Un grupo de oncólogos de la Universidad de los Ángeles está tratando de determinar el impacto del humor y de la risa en el sistema inmunitario de los niños.

Fuente: "L'empire caché de nos émotions", número extraordinario, Sciences & Avenir, 2005.

RECUADRO 2

Los Doctores Sonrisa cumplen 10 años

A principios del 2000 se constituyó la Fundación Theodora en España. Hoy trabaja en 20 hospitales españoles de Alicante, Barcelona, Elche, Ferrol, Granada, La Coruña, Las Palmas, Madrid, Málaga, Tenerife, Toledo, Santiago de Compostela, Sevilla y Vigo, haciendo reír a más de 50.000 niños hospitalizados y a sus familias cada año.

Durante sus visitas personalizadas, los Doctores Sonrisa juegan, improvisan e intentan involucrar de tal manera al niño que, por un buen rato, olvide donde se encuentra y descubra un mundo de música, magia y sonrisas.

Los miembros de la asociación consideran que, mientras los profesionales sanitarios se dedican a todo lo relacionado con la enfermedad, los payasos hablan de lo que es positivo para los niños enfermos.

www.theodora.org

tencia al dolor y favorece la relajación y el bienestar. Según el neurólogo Henri Rubinstein⁴, un minuto de risa franca e intensa equivaldría a 45 minutos de relajación física completa.

La risa es buena para la salud

■ Desde la antigüedad, los médicos han confirmado que los pacientes cuyo estado de ánimo es positivo se curan mejor y más deprisa que los que están deprimidos (recuadro 1).

En 1978, tras superar una enfermedad una afección inflamatoria de la columna vertebral que le mantenía inmovilizado, Norman Cousins⁵, un periodista norteamericano, recogió en un libro el valor terapéutico de reír. Como parte del tratamiento le pasaban películas de los hermanos Marx y programas de televisión de carácter cómico, como «La cámara oculta».

■ En España, «Los Doctores Sonrisa» de la Fundación Theodora ayudan a los niños ingresados en los hospitales a sonreír (recuadro 2). La entrada de los payasos en el universo hospitalario, que les pro-

porciona la posibilidad de reír, soñar y olvidar la enfermedad, rebaja dramatismo al ambiente, ayuda al niño a afrontar mejor estos momentos dolorosos y mejora su calidad de vida durante su estancia en el hospital.

Al mismo tiempo, ofrece a la familia y al personal asistencial momentos de relajación y distracción y la posibilidad de mostrar aspectos diferentes a la vida del niño hospitalizado.

■ En los últimos años, han proliferado los llamados clubes de la risa que Madan Kataria inventó en 1995. Existen más de 2000 en todo el mundo. Y en 2003 nació una organización inter-

¿Cuáles son las acciones de la risa en nuestro cuerpo?

La hipófisis y otras áreas del cerebro producen endorfinas cuyas propiedades analgésicas son bien conocidas.

Los pulmones, en un estado de presión excesiva, expulsan grandes cantidades de aire.

Los abdominales se contraen con una fuerza de tal magnitud que representan un masaje para el abdomen.

Los músculos de las piernas se relajan súbitamente.



La boca expulsa aire a una velocidad que sobrepasa los 100 km/h y los violentos espasmos que mueven las cuerdas vocales dan lugar a la emisión de sonidos incoherentes.

La tensión de los músculos cigomáticos depara un aspecto equivoco de sufrimiento a nuestro rostro

Las intensas vibraciones que afectan a la mandíbula inferior hacen que seamos incapaces de pronunciar palabra

Puesto que recibe una menor cantidad de oxígeno, el corazón late con más fuerza y más deprisa

Después de una breve contracción, las arterias se relajan dando lugar a una sensación de bienestar profundo.

Fuente: "Le rire", número extraordinario, Sciences & Avenir, julio de 1998.

nacional: la Organización Mundial de la Risa que promueve la formación de los profesionales dedicados a la terapia de la risa. Esta asociación celebra seminarios, organiza cursos de formación e impulsa investigaciones que estudian los efectos de la risa en escuelas, residencias geriátricas y hospitales. www.organizacionmundialdelarisa.com

■ En España, el centro de Salud Inteligente ofrece cursos de risoterapia que enseñan a transmitir alegría y un espíritu positivo a todos los niveles (social, familiar y profesionalmente). Los hospitales no escapan al efecto terapéutico del tratamiento más económico: la risa. Reírse de uno mismo es la mejor forma de no tomarse en serio. La risa desarma, disuelve la formalidad y crea complicidad. Además, aumenta la calidad de vida. Por lo tanto, conociendo todas sus virtudes terapéuticas, despertemos a nuestro "médico interior" brindándole la oportunidad de conservar nuestra salud o de obtenerla. ●

REIRSE



Notas

- Darwin, C.** La expresión de las emociones en los animales y en el hombre. Alianza, 1984
- Freud S.** El chiste y su relación con el inconsciente. En Obras Completas de Sigmund Freud. Biblioteca Nueva, 1968
- Bergson H.** La Risa. Alianza, 2008
- Rubinstein H.** Psicología de la risa. Editorial Fondo de Cultura Económica. 2000
- Cousins N.** La voluntad de curarse. Ed Emece, 1981

XX Congreso Nacional de Auxiliares de Enfermería

El año 2009 coincide con el vigésimo aniversario de importantes acontecimientos políticos –la caída del muro de Berlín–, culturales –Dalai Lama recibe el premio Nobel de la Paz–, científicos –biólogos italianos descubren el mecanismo para crear animales transgénicos en laboratorio–, o deportivos –el español Juan Antonio Samaranch fue reelegido presidente del Comité Olímpico Internacional–, entre otros. Una serie de hechos a los que se suma la celebración del XX Congreso Nacional de Auxiliares de Enfermería.

Bajo el epígrafe Actuación del Auxiliar de Enfermería/TCE en Neurociencias, la Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería celebrará los próximos 27, 28 y 29 de mayo el vigésimo cumpleaños del Congreso Nacional de Auxiliares de Enfermería en el complejo World Trade Center ubicado en el barrio Actur de Zaragoza.

Un acto cuya presidencia de honor ostenta el Excmo. Sr. D. Marcelino Iglesias Ricou, Presidente del Gobierno de Aragón, al que están invitados todos los Auxiliares de Enfermería/TCE, así como los profesionales del resto de categorías, y al que ya han confirmado su asistencia destacados expertos en el campo de las Neurociencias.

Desde su nacimiento, el Congreso Nacional ha ido creciendo y adaptándose a la evolución experimentada por la profesión Auxiliar de Enfermería/TCE. El número de congresistas que asisten a cada edición se ha ido incrementado sinónimo de un creciente interés del colectivo por su formación, por compartir experiencias con compañeros de otros servicios, de otros centros asistenciales, de otras comunidades... Estas ganas e ilusión, manifestadas año tras año por los congresistas, impulsan el empeño de FAE y del Comité Organizador de cada edición por que el Congreso

responda a los objetivos planteados. Así tanto la elección de los temas como la acreditación –solicitada a la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid– atienden a criterios formativos basados en los cuidados que el AE/TCE presta al paciente en las diferentes unidades hospitalarias y niveles asistenciales.

Una ciencia multidisciplinar

Durante estas tres jornadas de trabajo, los congresistas tendrán la oportunidad de ampliar y renovar sus conocimientos en una parcela asistencial tan delicada como amplia. Y es que las neurociencias abarcan diversos niveles de estudio que van desde el puramente molecular hasta el específicamente conductual y cognitivo, pasando por el nivel celular (neuronas individuales), los ensambles y redes pequeñas de neuronas (como las columnas corticales) y los ensambles grandes (como los propios de la percepción visual) incluyendo sistemas como la corteza cerebral o el cerebelo y, por supuesto, el nivel más alto del sistema nervioso. Es en este nivel en donde entra en juego la psicología, dando lugar a la neurociencia cognitiva, basada en el estudio científico que aúna disciplinas tales como la neurobiología, la psicología o la propia psicología cognitiva.

Así, la neurociencia explora campos tan diversos como los meca-

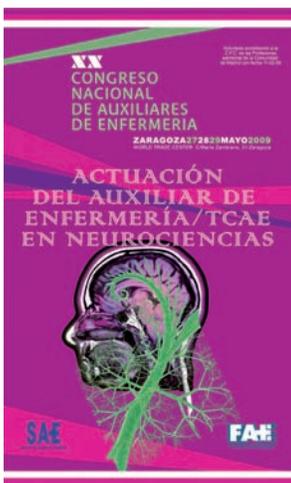
nismos biológicos responsables del aprendizaje, el control genético del desarrollo neuronal desde la concepción, la estructura y funcionamiento de las redes involucradas en la memoria, la percepción o el habla, o la estructura y funcionamiento de la conciencia, entre otras.

Jornadas de Trabajo

Partiendo de esta base, tanto los ponentes como los comunicantes de esta edición del congreso tratarán temas como los trastornos del sueño, la intervención neurológica en el daño cerebral adquirido, el traumatismo craneoencefálico, la situación en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades como el Parkinson –más de 100.000 personas en España padecen esta patología–, o el estado actual del tratamiento de la Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA).

La rehabilitación de estos pacientes así como el papel que juegan sus familias en la misma es fundamental, por ello durante estas tres jornadas se quiere subrayar la importancia de la rehabilitación tanto desde el punto de vista físico para minimizar o prevenir la pérdida de movimientos, masa muscular o la aparición de deformaciones anatómicas, como psíquico para facilitar su integración en la sociedad. Temas que los congresistas podrán completar a través de los pósters presentados a esta vigésima edición.

Junto al programa científico, el Comité Organizador ha desarrollado un programa lúdico que permitirá a los congresistas disfrutar de una serie de actividades que les descubrirán los lugares más emblemáticos de Zaragoza. El foro romano, las termas, el anfiteatro, el puerto fluvial, la Aljafería, la Catedral o la Concatedral, son algunos de los puntos a destacar dentro del trazado de la capital maña. ●



Normas de publicación

Los trabajos que se envíen para ser publicados en Nosocomio deberán ajustarse a unas normas de presentación. De esta forma se agilizará el proceso de selección de los mismos y, por tanto, la edición de la revista.

- **Los escritos deben ser inéditos y de tema libre**, pero siempre relacionados con el trabajo de los Auxiliares de Enfermería/TCE.
- **Deberán presentarse escritos en un procesador de textos (Word)**, con interlineado a 1,5 espacios y tipo de letra Times en cuerpo 12. No deberán exceder las 10 páginas.
- **Se enviarán por correo electrónico** a la siguiente dirección: **divulgacion@fundacionfae.org** especificando en el asunto "Revista Nosocomio".
- **Irán precedidos de un resumen**, de 15 líneas como máximo, en el que se exponga el planteamiento general del trabajo.
- **Los artículos deberán estructurarse en varios apartados**, cada uno de los cuales se encabezará con un ladillo (título del apartado), que irá en negrita.
- **La bibliografía debe incluir invariablemente** el nombre del autor del libro o del estudio, la editorial, la fecha y el lugar de publicación.
- **Se añadirá junto al trabajo todo el material gráfico y fotográfico**, a poder ser en formato digital (JPG o TIFF), que se considere complemento al texto.
- **Los autores deben adjuntar los siguientes datos:** nombre completo del autor o autores, titulación, empleo o cargo actual, dirección postal y electrónica y teléfono de contacto.



BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN NOSOCOMIO Revista del Técnico en Cuidados de Enfermería DATOS PERSONALES

Apellidos _____ Nombre _____
 NIF _____
Datos Domicilio
 Dirección _____ Nº _____ Esc _____ Piso _____ Letra _____
 Localidad _____ Código Postal _____ Provincia _____
 E-Mail _____ Teléfono _____ Móvil _____

DATOS BANCARIOS

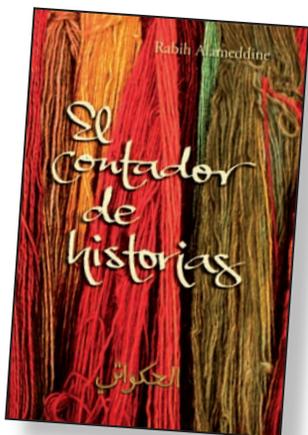
Apellidos _____ Nombre _____
 NIF _____
 Banco _____ Caja de Ahorros _____
 Dirección _____
 Localidad _____ Código Postal _____ Provincia _____
 Entidad _____ Oficina _____ DC _____ N.Cuenta _____
 Firma del titular _____ Fecha _____ a _____ de _____ de 20 _____

Tarifa de suscripción anual (Incluidos gastos de envío): 25 €.
 Remitir debidamente cumplimentado a FAE: C/ Tomás López, nº3 1 Izda 28009 Madrid Tlf: 91 521 52 24 Fax: 91 521 53 83
 E-mail: administracion@fundacionfae.org

➤ **Lectura****El contador de historias**■ **Autor:** Rabih Alameddine■ **Editorial:** Lumen■ **Precio:** 22,90 €

“Escuchad. Dejad que os guíe en un viaje hacia los confines de la imaginación. Dejad que os cuente una historia...”

Así empieza *El contador de historias*, un libro del que ya se dice que será recordado como Las mil y una noches del siglo XXI.



Desde sus páginas, Osama, un hombre recién llegado a Beirut, nos desvelará los secretos de su estrofa familia y muy en especial del abuelo, un hombre que había dedicado su vida al ilustre oficio de contar historias en bares y mercados. Nadie como él sabía hablar de héroes y villanos, de tesoros ocultos en ciudades encantadas; nadie, en fin, mejor que él para hacer de la vida un cuento mágico. Osama decide seguir los pasos del abuelo y *El contador de historias* es su manera de llevarnos a un mundo donde todo es posible, incluso la felicidad.

El autor, Rabih Alameddine confiesa que con su

libro intenta transmitir la importancia de saber escuchar a los demás, “una práctica –dice– que estamos perdiendo, lo que lamentablemente está en el origen de muchos conflictos”. Por este motivo, ha acabado su libro con una invitación al lector: “Escucha”. ●

➤ **Viajes****Marruecos con otros ojos**

Los afiliados al Sindicato de Auxiliares de Enfermería podrán disfrutar durante 7 noches y 8 días de los rincones más bellos de Marruecos.

Desde el 10 al 17 de mayo de 2009 y por un económico precio en el que está todo incluido, las personas interesadas tienen la oportunidad de sucumbir ante los encantos de la ciudad de Taroudant, viajar hasta el s.XII visitando las ruinas de la Mezquita de Tin-Mal, “escalar” el Atlas, la montaña más alta del país, aventurarse en 4x4 por el desierto, o compartir cena y



alojamiento con los beduinos de un campamento Toureg. Un viaje por la ruta de las Kasbahs que, estamos seguros, no dejará indiferente a nadie.

➤ **Publicaciones****El maltrato infantil**

■ **Editorial:** Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería

■ **Precio:** 12,50 €

FAE ha editado *Atención del equipo de enfermería ante el maltrato. Maltrato Infantil, una publicación que recoge las pautas que el Auxiliar de Enfermería/Técnico en Cuidados de Enfermería debe seguir ante un caso de maltrato al menor.*



Conocer el maltrato infantil, los factores de riesgo y compensación que existen, la prevención, los indicadores de situaciones como el abuso sexual o el abandono físico, así como el marco legal en el que se enmarca el maltrato infantil son algunos de los temas que aparecen en el libro. Este primer volumen de una serie se convierte en una guía imprescindible para el profesional de la enfermería básica que presta su atención a los usuarios más indefensos, los niños. ●

➤ **Agenda****Actividades presenciales de la Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería/FAE**

■ Atención del AE/TCE en infecciones nosocomiales y aislamientos Oviedo (Asturias), del 3 al 17 de abril de 2009
*Acreditación solicitada el 19 de noviembre de 2008

■ Jornadas para AE/TCE: “Cuidados de oncología desde la satisfacción, la ayuda y la esperanza” Jerez de la Frontera (Cádiz), el 16 y el 17 de abril de 2009
*Acreditación solicitada el 9 de febrero de 2009

■ El AE/TCE en el área quirúrgica Barcelona, del 14 de abril al 5 de mayo de 2009
*Acreditación solicitada el 9 de febrero de 2009

■ Atención del AE/TCE al paciente oncológico Barcelona, del 14 de abril al 5 de mayo de 2009
*Acreditación solicitada el 9 de febrero de 2009

■ Cuidados básicos en urgencias pediátricas para AE/TCE Barcelona, del 15 de abril al 6 de mayo de 2009
*Acreditación solicitada el 9 de febrero de 2009

■ Cuidados básicos en cardiología para AE/TCE Barcelona, del 15 de abril al 6 de mayo de 2009
*Acreditación solicitada el 9 de febrero de 2009

■ Cuidados básicos en cardiología para AE/TCE Oviedo (Asturias), del 18 al 22 de mayo de 2009
*Acreditación solicitada el 9 de febrero de 2009

■ Actuación del AE/TCE en la unidad de cuidados intensivos Barcelona, del 11 de mayo al 1 de junio de 2009
*Acreditación solicitada el 9 de febrero de 2009

*Acreditación solicitada a la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid.

Programa XX Congreso Nacional de Auxiliares de Enfermería

Actuación del Auxiliar de Enfermería/TCAE en Neurociencias Zaragoza 27, 28 y 29 de Mayo de 2009

Miércoles, 27 de mayo de 2009

- 9.00 h.** Entrega de documentación.
9.00 h. Acto inaugural.
9.45 h. Ponencia: "Presentación e introducción en el campo de las Neurociencias". Vicente Calatayud Maldonado. *Catedrático Emérito de Neurocirugía de la Universidad de Zaragoza.*
10.20 h. Ponencia: "Trastornos del Sueño: Estudios Diagnósticos". Iñaki García de Uturbay. *Jefe de Sección de Neurofisiología. Hospital Virgen del camino. Pamplona.*
11.40 h. Ponencia: "Actividades básicas de la vida diaria en pacientes con discapacidad neurológica". Mariano Marín Redondo. *Jefe de Servicio de Rehabilitación. H.C.U. Lozano Blesa. Zaragoza.*
12.55h. Ponencia: "Intervención neuropsicológica en daño cerebral adquirido". María Guallart Balet. *Neuropsicóloga. Centro ATECEA. (Asociación Daño Cerebral de Aragón).*
14.00 h. Comida.

Jueves, 28 de mayo de 2009

- 9.30 h. Ponencia:** "Traumatismo craneoencefálico". Francisco Javier Villagrasa. *Jefe de Servicio de Neurocirugía. Hospital Clínico Universitario de Zaragoza.*
10.30 h. Ponencia: "La neurocirugía del nuevo milenio" José Eras Ajuria. *Jefe de Servicio de Neurocirugía. Hospital Miguel Server. Zaragoza.*
12 h. Ponencia: "Situación actual de diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de Parkinson" Luis Javier López del Val. *Neurólogo. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.*
12.45 h. Ponencia: "Mujer y patología neurológica". Rosario Muñoz Lacalle. *Neuróloga. Hospital de la Rivera. Alzira (Valencia).*
13.30 h. Ponencia: "Adenoma de Hipófisis". Ignacio Martín Shrader. *Neurocirujano. Hospital Reina Sofía. Córdoba.*
14.00 h. Comida.

Viernes 29 de mayo de 2009

- 9.30 h. Ponencia:** "Nuevas técnicas en el tratamiento de las fracturas vertebrales". Ricardo Arregui Calvo. *Jefe de Servicio de Neurocirugía. Mutua de accidentes de Zaragoza.*
10.30 h. Ponencia: "Estado actual del tratamiento de la ELA". Exuperio Diez Tejedor. *Jefe de Servicio de Neurología. Francisco Javier Rodríguez de la Rivera. Adjunto del Servicio de Neurología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.*
12.00 h. Ponencia: "Ictus, una enfermedad tratable". Enrique Mostacero Miguel. *Jefe de Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.*
12.45 h. Ponencia: "Neuroradiología del Ictus cerebral. Actualización". José Ignacio Pina Leita. *Jefe de Sección de Neuroradiología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.*
13.15 h. Acto de Clausura.
21.00 h. Cena de Clausura y entrega de premios.

Pósters y Comunicaciones

Además está prevista la presentación de numerosos pósters (de 100 x 70 cm) y comunicaciones (de 15 minutos de duración) relacionados con el tema del Congreso. Todos los autores que expongan sus trabajos, que deben ser Auxiliares de Enfermería/TCAE, podrán optar a los premios a las dos mejores comunicaciones y al mejor póster que otorga la organización. ●

BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN CONGRESO Afiliado SÍ NO (Cumplimentar con letra de imprenta)

Nombre: _____ Apellidos: _____ NIF: _____
 Dirección: _____ CP: _____
 Localidad: _____ Provincia: _____ Teléfono: _____
 Fax: _____ E-mail: _____
 (Imprescindible facilitar, al menos, una dirección de correo electrónico, ya que todas las confirmaciones se harán vía e-mail)

Acompañante (Nombre): _____
 Presenta comunicación: SÍ NO Presenta póster: SÍ NO

CUOTA DE INSCRIPCIÓN (IVA incluido)
 Afiliados a SAE: 253 € - No afiliados: 289 €. (La cuota incluye programa científico, excursiones y cena de clausura)
 Acompañantes: 150 € (La cuota de acompañante incluye excursiones y cena de clausura)
 Fecha límite de inscripciones: 13 de mayo de 2009. A partir de esta fecha la cuota se incrementará en 19 €
 Cuota congresista: _____ €
 Cuota acompañante: _____ €
 Total inscripción: _____ €

PROGRAMA LÚDICO
 Asisto excursión día 27 SÍ NO Asisto excursión día 28 SÍ NO Asisto cena de clausura SÍ NO
 Forma de pago: Transferencia bancaria a favor de "FAE", indicando la referencia "XX Congreso FAE" a Caja Madrid. C/C N° 2038-1170-34-6000369144.
 Enviar junto con justificante de transferencia a la Secretaría del Congreso por correo o fax: FAE. C/ Tomás López, 3 - 1ª Izda. 28009 - MADRID.
 Tlf.: 91 521 52 24 / 33 / 95. Fax: 91 521 53 83. E-mail: administracion@fundacionfae.org.

BOLETÍN DE RESERVA DE HOTEL (Precio en régimen de alojamiento y desayuno por habitación y noche. IVA incluido.)

Nombre: _____ Apellidos: _____ NIF: _____
 Dirección: _____ C.P.: _____ Localidad: _____ Provincia: _____
 Teléfono: _____ E-mail: _____

HOTELES	D.U.J.	DOBLE
Husa Puerta de Zaragoza****	<input type="checkbox"/> 77,00 €	<input type="checkbox"/> 85,00 €
Husa Via Romana****	<input type="checkbox"/> 80,00 €	<input type="checkbox"/> 80,00 €
Agora WTC****	<input type="checkbox"/> 107,00 €	<input type="checkbox"/> 129,00 €
Hesperia***	<input type="checkbox"/> 74,00 €	<input type="checkbox"/> 90,00 €
NH Orus/Sport***	<input type="checkbox"/> 100,00 €	<input type="checkbox"/> 114,00 €

Política de Cancelación:
 - Hasta 20 de abril.
 - Sin gastos de cancelación.
 - Del 21 de abril al 08 de mayo.
 - 60% de gastos de cancelación.
 - A partir del 09 de mayo.
 - 100% de gastos de cancelación.
 - Las reservas no presentadas o salidas anticipadas se penalizarán al 100 % de noches reservadas.

Selección por orden de preferencia 1) _____ 2) _____
 N° habitaciones _____ Tipo de habitación _____ Fecha de entrada / / Fecha de salida / / / N° de noches _____
 Precio habitación x _____ noches Total alojamiento _____ €

Forma de pago: Transferencia bancaria a favor de "Halcón Viajes", indicando la referencia "XX CONGRESO FAE" y su nombre a IBERCAJA
 C/C: 2085 0103 94 03 01119514. (Imprescindible adjuntar transferencia bancaria por fax al número 976 32 70 95).
 Tarjeta de crédito: VISA AMEX MASTER CARD VISA HALCON

Titular: _____
 N° tarjeta: _____ Fecha de caducidad: _____
 Firma: _____ Fecha: _____

Enviar junto con justificante de transferencia a la Secretaría del Congreso por correo o fax: Halcón Viajes: Departamento de Congresos.
 Plaza de Roma F1, Planta 1ª, oficina 6 - 50010 ZARAGOZA. Tlf. 976216212 Fax 976327095. E-mail: halcon510@halcon-viajes.es

No se admitirá boleto alguno que no esté debidamente cumplimentado y que no vaya acompañado del pago correspondiente. Protección de datos: El cliente autoriza a Viajes Halcón, S.A.U. para incluir sus datos personales en los respectivos ficheros, así como su utilización y tratamiento automatizado o no, para la gestión y registro de las operaciones suscritas entre las partes. Asimismo, autoriza/n al margen de la relación contractual, el tratamiento de sus datos personales para envío de ofertas comerciales y publicidad por cualquier medio (correspondencia, teléfono, fax, mailing, o cualquier medio telemático) propio o de terceros por Viajes Halcón, S.A.U. El cliente autoriza a Viajes Halcón, S.A.U. y ceder datos a las sociedades vinculadas directa o indirectamente con Viajes Halcón, S.A.U. y en especial a las empresas del Grupo Empresarial Globaál, al que pertenece, con el fin de que sus datos personales sean tratados por las mismas, y poder enviarle publicidad y ofertas comerciales, propias o de terceros. Si ud. desea acceder, rectificar o cancelar sus datos en todo lo referente a la ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de Datos de Carácter Personal, diríjase por carta y fax a: Viajes Halcón, S.A.U. Attn: Sr Director/responsable, Dpto. Sistemas Informáticos, calle Enrique Granados, n.º 6, Edificio A, 28224, Pozuelo de Alarcón, Madrid.

Solicitada acreditación a la
C.F.C. de las Profesiones
sanitarias de la Comunidad
de Madrid con fecha 11-02-09



CONGRESO NACIONAL DE AUXILIARES DE ENFERMERIA

ZARAGOZA 27 28 29 MAYO 2009

WORLD TRADE CENTER, C/Maria Zambrano, 31-Zaragoza

ACTUACIÓN DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA/TCAE EN NEUROCIENCIAS



SAE

ASOCIACIÓN DE AUXILIARES DE ENFERMERIA

FAE

ASOCIACIÓN DE AUXILIARES DE ENFERMERIA