



Número 58 2009

Revista cuatrimestral

Dossier

**Gestionar el pudor.
Respeto a
la dignidad
del enfermo**

Comunicación

Cibercondria: hipocondríacos
del futuro

Actualidad

Los alérgicos vivirán
una de las primaveras
más intensas

Actividad acreditada

Técnicas de movilización,
deambulación y traslado
de pacientes

Separata

Elaboración de nutriciones
parenterales en
la farmacia hospitalaria

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

“Que hablen mal de uno es espantoso, pero hay algo peor, que no hablen”, así lo sentenció Óscar Wilde. Y no estaba tan desacertado. Efectivamente, hablar, opinar, comentar o juzgar a alguien o algo es un deporte que todos practicamos y más si ese alguien o algo está directamente relacionado, de uno u otro modo, con nosotros. Pero quizás sea en el principio de tan manida afirmación donde se encuentra la importancia de una crítica. Que hablen mal de uno, efectivamente puede ser espantoso, pero también es fundamental para alimentar el espíritu de crecimiento y continuar trabajando con más tesón y perseverancia, en definitiva, para hacernos más fuertes.

Pero no sólo las malas críticas nutren los instintos de superación. Las buenas, el reconocimiento, también empujan a seguir adelante, enriquecen y, sobre todo, animan y reconfortan.

Y son estas últimas las que más ha cosechado el cambio experimentado por Nosocomio. Una nueva imagen que, además de renovar la distribución y hacerla gratuita a todos los afiliados al Sindicato de Auxiliares de Enfermería, incluye, y aquí está la principal novedad, una actividad formativa no presencial acreditada por la Comisión de Formación Continuada.

El número 58 de Nosocomio inaugura este proyecto con “Técnicas de movilización, deambulación y traslado del paciente”, actividad que ha obtenido un importante reconocimiento por parte de la Comisión de Formación Continuada que la ha valorado con 2,2 créditos.

No obstante, el número de créditos dependerá, en cada caso, de la estimación realizada por la Comisión, según las características de la actividad presentada.

El reconocimiento otorgado a esta primera actividad formativa, junto con las buenas críticas que el número especial de Nosocomio ha recibido, son el mejor incentivo para seguir trabajando como hasta ahora. Desde Nosocomio se entenderán del mismo modo todas aquellas sugerencias, críticas y opiniones que contribuyan a enriquecer la publicación y adaptarla a las necesidades del colectivo Auxiliar de Enfermería/Técnico en Cuidados de Enfermería. ●

Más información sobre la Formación Continuada en www.nosocomio.org

Sin cita previa

Enhorabuena Nosocomio 4

Yo tampoco fumo 4

Noticias del mundo médico

Consenso para atender al menor 5

Las innovaciones deben ser seguras y eficaces 5

Nutrición

Leche para lactantes 6-7



Actividad acreditada

Técnicas de movilización, deambulación y traslado de pacientes” 8-17



Actualidad

Los alérgicos vivirán una de las primaveras más intensas 18-19



Separata

Elaboración de nutriciones parenterales en la farmacia hospitalaria 20-22



Dossier

Respeto a la dignidad del enfermo 23

Enfoque sociocultural del pudor 24-25



El pudor y los cuidados hospitalarios 26-27

Pudor y autoestima en los servicios de reanimación 28

Y para variar

VI Certamen de Literatura infantil 29

Comunicación

Hipocondríacos del futuro 30-31

Certamen FAE

Auxiliar de Enfermería. Asignatura pendiente (I) 32-36



Protocolo 37

Ocio 38



CONSEJO EDITORIAL DE NOSOCOMIO
DIRECTORA. Dolores Martínez Márquez
REDACCIÓN. Montse García, Cristina Botello
COMITÉ CIENTÍFICO. José Ángel Peña, M^a del Carmen Gómez Satué, Isabel Galán
FORMACIÓN. Rosa María Cascales
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: B-11331-2009
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.

■ Enhorabuena Nosocomio

En primer lugar quiero dar la enhorabuena a los responsables de Nosocomio por la publicación.

Soy afiliada a SAE y la he recibido gratuitamente. Me ha gustado bastante, tanto por los contenidos como por el diseño, que son dinámicos y atractivos.

Especialmente, me han resultado gratos los trabajos elaborados por compañeros Auxiliares de Enfermería/ Técnicos en Cuidados de Enfermería. Es importante que mostremos lo que hacemos, que nuestro trabajo se vea reflejado y reconocido y llegue a todos los AE/TCE, así como a nuestros compañeros de otros colectivos y supervisores.

Os animo a que sigáis trabajando en esta línea. ●

Auxiliar de Enfermería. Madrid.



■ Yo tampoco fumo

Desde 2006, fumar en lugares públicos es ilegal. Centros de trabajo, estaciones de transporte público, centros comerciales, etc. Pero existen muchos fumadores que, saltándose la normativa vigente, no respetan a su prójimo y fuman en lugares donde, claramente, está prohibido.

Yo soy Auxiliar de Enfermería y diariamente observo como muchos de mis compañeros sanitarios utilizan rincones recónditos en el centro para echarse un cigarrillo. Si prohibido está practicar este vicio en los lugares públicos, existen espacios en los que nadie, por lógica, debería hacerlo. Es inadmisible que en un espacio donde se vela por la salud, muchos profesionales, que son los primeros que deberían dar ejemplo, no sean capaces de respetar algo tan lógico como no fumar en los centros sanitarios.

Por ello, desde estas páginas quiero manifestar mi apoyo a la lucha que se está

llevando a cabo desde la Red Europea de Hospitales Libres de Humo para conseguir que todos los hospitales estén libres de malos humos.

Espero sinceramente que el trabajo realizado por las comisiones Hospital Sin Humo junto con el apoyo del artículo publicado en Nosocomio *¿Fumas? No y tú tampoco, gracias*, sirva para concienciar a los fumadores y se nos empiece a respetar un poco más a los no fumadores y nuestros derechos. ●



*Soledad Valdés
Auxiliar de Enfermería. Andalucía*

Consenso para **atender** al menor

Un nuevo programa de seguimiento infantil presentado por la Asociación Española de Pediatría busca el consenso en el seguimiento de la salud de los niños.

Recientemente, la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria ha presentado el Programa de Seguimiento Infantil a través del cual se pretende aclarar y consensuar aspectos como los períodos en los que se aconseja realizar las visitas de seguimiento de la salud de los niños, los profesionales idóneos para atender a los menores, los consejos informativos y estrategias de información para la salud más eficaces o cuáles son los problemas más comunes.

Esta nueva herramienta, elaborada por profesionales expertos en la

práctica de la pediatría preventiva, ha nacido con el objetivo de aunar criterios y directrices entre los textos publicados por las distintas sociedades científicas internacionales, nacionales y los servicios de salud autonómicos sobre las actividades de promoción de la salud y prevención realizadas en niños y adolescentes, consiguiendo así “la sistematización de los conocimientos actuales referidos a dichas actividades”, ha explicado la Dra. Eva Escribano, editora del programa.

Entre los aspectos que se han consensuado, destacan las actua-

ciones que hay que llevar a cabo ante niños adoptados, inmigrantes, prematuros o con síndrome de Down, prestando especial atención al calendario de vacunaciones de estos colectivos.

El acceso al Programa de Seguimiento Infantil se puede realizar a través de www.aepap.org, donde el usuario encontrará unos contenidos constantemente actualizados. ●



Las **innovaciones** deben ser **seguras** y **eficaces**

Médicos, investigadores, autoridades sanitarias, servicios de salud e industria sanitaria deben velar por la eficacia de los nuevos tratamientos.

El artículo *¿Es la investigación sobre dolencias de la espalda un campo minado?* publicado en la revista científica *Spine* ha puesto de manifiesto cómo miles de pacientes con dolor de espalda son expuestos a tratamientos inútiles y peligrosos.

La investigación, realizada por un grupo de expertos internacionales en el ámbito de la espalda del que forman parte los doctores españoles Francisco Kovacs, director de la Red Española de Investigadores en Dolencias de la Espalda (REIDE), y Gerard Urrutia, del Centro Cochrane Iberoamericano, subraya la falta de rigor en el proceso de evaluación y comercialización de las tecnologías sanitarias como principal causa de esta realidad.

Los intereses comerciales de la industria y la continua demanda de tratamientos que mejoren los resultados de los procesos vigentes por parte de médicos y pacientes hace que, actualmente, el proceso de evaluación no tenga en cuenta la relación real entre coste y eficacia de las nuevas tecnologías, pase por alto la realización de estudios clínicos a largo plazo –lo que impide comprobar los problemas de eficacia y seguridad que pueda acarrear la nueva tecnología en cuestión–, u otorgue mayor valor a los criterios científicos que a los industriales a la hora de su desarrollo, entre otros aspectos.

La industria “patrocina estudios que no evalúan los aspectos verdaderamente importantes para la evolución de los pacientes, sino que se centran en aspectos nimios en los que sus productos parecen ser ventajosos, aunque en la práctica no supongan una mejora real”, ha apuntado el Dr. Kovacs.

“Seguir aplicando técnicas desarrolladas por motivos comerciales sin evaluarlas antes de manera rigurosa merma la eficacia de la asistencia sanitaria, expone a los pacientes a riesgos innecesarios y supone derrochar los recursos sanitarios, lo que restringe el uso de tratamientos efectivos y dificulta la innovación, amenazando así la viabilidad de los Sistemas de Salud”, concluyen Kovacs y Urrutia.

El estudio recoge una serie de criterios y recomendaciones para acabar con esta mala praxis, que requieren la implicación de médicos, investigadores, autoridades sanitarias, servicios de salud e industria sanitaria. ●



Leche para lactantes

Existen varios tipos de leche para lactantes, ¿pero qué los diferencia?, ¿por qué se recomienda la lactancia materna?, ¿cómo ayudar a una madre a elegir la leche de su bebé?

Palabras clave:

- Lactancia
- Calostro
- Leche infantil
- Leche materna
- Lactante
- Sistema inmunitario
- Amamantamiento

En España, aproximadamente el 84% de las madres amamanta a sus hijos, frente al 97% de Suecia y el 56% de Francia. El éxito de la lactancia materna se explica por la información y motivación que transmiten los profesionales sanitarios a las recién paridas, sobre todo, cuando tienen problemas para amamantar. No obstante, la incorporación al trabajo es uno de los principales factores que provocan el abandono de la lactancia materna.

La leche materna y su composición

■ **La leche materna, es decir, la que produce la mujer,** se segrega a través de las glándulas mamarias que se desarrollan durante el embarazo,

gracias a la acción de dos hormonas: la prolactina, que participa en la síntesis de la leche, y la oxitocina, que permite su expulsión (estas hormonas se producen en el cerebro en la zona de la hipófisis).

■ **La leche materna contiene todo lo que necesita el lactante** desde el punto de vista cuantitativo y cuali-

tativo. Su composición nutricional varía en función de la edad del lactante y del desarrollo del período de la lactancia (gráfica). De hecho, al final del período, la leche es más grasa para que el lactante sienta que el proceso ha llegado a su fin.

■ **El calostro,** segregado por las glándulas mamarias durante los días siguientes al parto, es rico en proteínas y en anticuerpos para reforzar el sistema inmunitario del lactante.

Las ventajas de la leche materna

■ **Las autoridades sanitarias españolas recomiendan la leche materna** por su inmejorable composición nutricional y por las ventajas que ofrece al recién nacido.

• **En el plano nutricional,** aporta anticuerpos al bebé y refuerza su sistema inmunitario. Evita los riesgos de intoxicación o de infecciones (normalmente gastrointestinales), ya que la leche se produce con regularidad, justo cuando es necesario, y no se almacena. Además, reduce el riesgo de alergia y de obesidad.

• **En el plano práctico,** permite alimentar al recién nacido en cualquier momento del día y elimina el riesgo de quemaduras, ya que su temperatura es de 37° C (temperatura corporal).

■ **Para que el recién nacido se beneficie de las ventajas** de la leche



¿Sabía que...?

- Para facilitar la digestión de la leche infantil y evitar la regurgitación, se recomienda que transcurran 2 h entre cada biberón.
- El biberón se debe esterilizar durante los primeros meses de vida del lactante y si fuera necesario, conservarlo en el frigorífico durante 24 h como máximo.
- La mayoría de los bebés necesitan de 5 a 7 tomas al día (e, incluso, 10 durante las primeras semanas).
- Hasta los 2 meses, el lactante necesita alimentarse cada 3 h aproximadamente. El control de la curva de peso permite comprobar si toma leche suficiente.
- La lactancia "a demanda del bebé" consiste en amamantarlo en función de sus necesidades y no de los horarios ni de una duración fija. Según

la Asociación Española de Pediatría, es la "mejor manera de satisfacer las necesidades del bebé". Sin embargo, se deben establecer horarios fijos para los lactantes que no son capaces de reclamar alimento cuando tienen hambre: bebés prematuros, enfermos, somnolientos o hipotróficos (bajo peso).

- El sacaleche (mecánico o eléctrico) permite alimentar al bebé con leche materna cuando su madre no se encuentra presente. En este caso, el biberón debe conservarse en el frigorífico un máximo de 24 h.
- No debe alimentarse al lactante con leche de vaca porque su composición nutricional no se adapta a sus necesidades. Contiene, sobre todo, proteínas en grandes cantidades que pueden provocar graves problemas al niño, como insuficiencia renal.

Información adicional en: <http://www.aeped.es/lactanciamaterna/lactmat.htm>

materna a corto y largo plazo, la lactancia debe mantenerse durante los seis primeros meses de vida. Sin embargo, incluso a corto plazo, sus efectos son siempre beneficiosos.

■ **La madre descubrirá**, además, que la lactancia le ofrece ventajas personales, prácticas y fisiológicas.

• **Las ventajas personales son**, sobre todo, afectivas. La lactancia ayuda a instaurar los lazos entre la madre y el niño y el contacto, poco a poco, prolonga su relación.

• **Las ventajas prácticas son numerosas**: la leche es gratuita y no es necesario esterilizarla ni prepararla.

• **En cuanto al plano fisiológico**, la lactancia puede proteger contra ciertos cánceres como el de mama y ayuda a la desaparición de ciertas grasas almacenadas en el organismo.

La leche infantil

■ **La leche infantil es muy útil para las madres que no pueden dar el pecho o no lo desean**, puesto que su composición nutricional se asemeja mucho a la de la leche materna. Además, permite que el padre participe y le dé el biberón a su hijo.

■ **Con el paso del tiempo, el número de biberones disminuye** y aumenta la cantidad de leche. Por ejemplo, durante el primer mes de vida, un lactante toma, aproximadamente, 6 biberones de 90 ml al día. Sin embargo, en el cuarto mes, tan sólo necesita 4 biberones de 180 ml. La proporción de leche y de agua se indica en el envase, ya que varía en función de la edad del lactante.

■ **Existen varios tipos de leche infantil** para dar respuesta a las necesidades del bebé y a ciertas características particulares, aunque siempre es necesaria la supervisión del pediatra:

Evolución de la composición de la leche materna

Evolución diaria		
Tiempo	Nombre de la leche	Análisis nutricional
Primer día	Calostro	Rico en proteínas y en factores inmunológicos
Día 5	Leche de transición	Se enriquece en lípidos y en glúcidos
Día 21	Leche madura	Composición definitiva
Evolución a lo largo de la toma		
Período	Denominación de la leche	Análisis nutricional
Al principio		Rica en agua y lactosa
Al minuto 10	Leche inicial	Rica en proteínas
Del minuto 15 al 18	Leche final	Rica en lípidos

• **Leche para recién nacidos o “leche para lactantes”**: desde el primer día hasta los 6 meses.

• **Leche de continuación**: desde los 6 ó 7 meses al primer año.

• **Leche de crecimiento**: desde el primer al tercer año.

• **Leche antirregurgitación (AR)**: el espesor de la leche evita la regurgitación.

• **Leche hipoalérgica (HA)**: reduce el riesgo de alergia. Este tipo de leche se fabrica a partir de proteínas de leche de vaca que se fragmentan en aminoácidos para que el lactante los tolere mejor.

¿Cómo ayudar a una futura madre a elegir la leche de su bebé?

■ **Es importante que cada mujer adopte la decisión que considere oportuna**. Para ayudarle a escoger, es necesario:

• Informarle sobre la inmejorable calidad de la leche materna y explicarle las ventajas e inconvenientes de las leches infantiles.

• Tranquilizarla por todo aquello que haya podido escuchar (información falsa) y, sobre todo, expli-

carle que debe tomar la decisión de forma personal y sin sentimiento de culpabilidad.

■ **Para su tranquilidad, las madres que se enfrentan por primera vez a la lactancia materna** pueden consultar el sitio web de la Asociación Española de Pediatría <http://www.aeped.es/lactanciamaterna/lactmat.htm> donde encontrarán una serie de recomendaciones que les ayudarán a aclarar sus dudas. ●



Ilustraciones: C. Gallimard/Elsevier-Masson SAS

Para saber más:

- Lawrence RA.** Lactancia materna. Ed. Madrid: Mosby, 1996. 4.ª ed.
- Aguayo Maldonado J.** La lactancia materna. Universidad de Sevilla. Sevilla: Secretariado de publicaciones; 2001.
- Comité de lactancia materna de la AEP.** La lactancia materna: guía para profesionales. Monografía de la AEP nº 5. 1.ª ed. Madrid: Ergon; 2004.
- González C.** Manual práctico de lactancia materna. 1ª ed. Barcelona: ACPAM; 2004.



SUMARIO:

1. PRINCIPIOS DE ANATOMÍA:

- Huesos
- Articulaciones
- El músculo

2. POSICIÓN ANATÓMICA

- Regiones y cavidades

3. MECÁNICA CORPORAL

- Reglas básicas

4. ATENCIÓN A LAS NECESIDADES DE MOVILIZACIÓN

- Técnicas de movilización

5. MOVILIZACIÓN PASIVA DE PACIENTES

- Ejercicios de amplitud de movimientos
- Ejercicios isométricos

6. TÉCNICAS DE DEAMBULACIÓN

- Caminar correctamente
- Uso de bastones
- Uso de muletas

7. TÉCNICAS DE TRASLADO

- De la cama a la silla de ruedas
- De la silla de ruedas a la cama
- De la cama a la camilla

BIBLIOGRAFÍA

Técnicas de movilización, deambulación y traslado de pacientes

El sistema músculo-esquelético está formado por la unión de huesos, articulaciones y músculos, constituyendo así el conjunto, el elemento de sostén, protección y movimiento el cuerpo humano.

1. PRINCIPIOS DE ANATOMÍA Y FISIOLÓGIA DE SOSTÉN Y MOVIMIENTO DEL CUERPO HUMANO

Huesos

Los huesos, junto con los cartílagos, constituyen el armazón rígido que da forma y sostiene al cuerpo.

Sirven para proteger ciertos órganos internos y, además, colaboran en la formación de células sanguíneas y almacenamiento de sales minerales.

Tipos de huesos

■ **Huesos largos** (*fémur, tibia*). Tienen 3 regiones. La parte media o diáfisis, 2 extremidades o epífisis y zonas de unión epífisodiafisarias o metáfisis.

Durante el crecimiento, la metáfisis está separada de la epífisis por el cartílago de conjunción.

La diáfisis es un cilindro hueco, con tejido óseo compacto, rodeando una cavidad central donde se halla la médula ósea. La organización del tejido óseo compacto se dispone concéntricamente alrededor de conductos vasculares, formando unidades estructurales llamadas osteonas o sistemas de Havers.

Las epífisis están formadas por tejido óseo esponjoso recubierto por el cartílago articular.

■ **Huesos cortos** (*vértebras*). Su estructura es semejante a la epífisis de los huesos largos.

■ **Huesos planos** (*bóveda craneal*). Formados por una tabla interna y otra externa de tejido óseo compacto, rodeando una capa central de tejido esponjoso, formando el diploe.

Periostio. Reviste la superficie externa de todos los huesos, excepto a la altura de los cartílagos articulares.

Endostio. Tapiza las paredes de la cavidad medular.

Componentes del esqueleto humano

Los huesos del esqueleto son:

■ **Cabeza.**

• **Cráneo.**

Huesos simples.

- Etmoides.
- Esfenoides.
- Frontal.
- Occipital.

Huesos dobles.

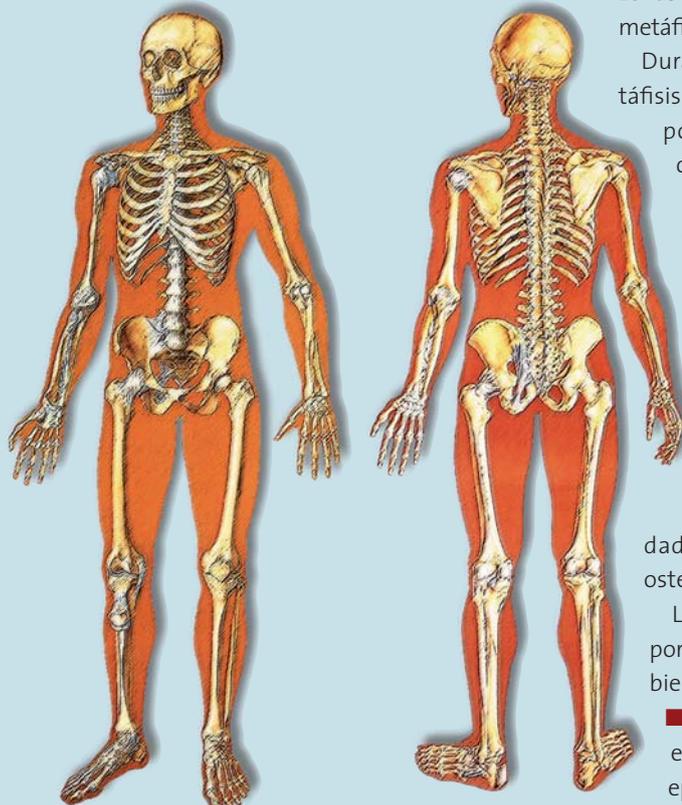
- Temporal.
- Parietal.

Los huesos del cráneo se unen formando suturas.

• **Sutura coronal.** Unión del frontal a los parietales.

• **Sutura lambdoidea.** Unión entre parietal y occipital.

• **Sutura escamosa.** Unión entre parietal y temporal.





● **Cara.**

Huesos simples.

Vómer.
Maxilar inferior.

Huesos dobles.

Maxilar superior.
Palatino.
Nasal.
Pómulo o malar.
Lagrimal o unguis.

■ **Tronco.**

● **Columna vertebral.**

- 7 vértebras cervicales
(1ª atlas, 2ª axis).
- 12 vértebras dorsales.
- 5 vértebras lumbares.
- 5 vértebras sacras fusionadas.
- 2-5 vértebras coxígeas.

Cada vértebra se compone de cuerpo vertebral, arco vertebral, que delimita el agujero vertebral, 1 apófisis espinosa (posterior) y 2 apófisis transversas (laterales).

● **Hueso hioides.**

● **Costillas.** Son 12 pares. 7 pares superiores-costillas verdaderas, que se articulan con el esternón. 3 pares siguientes-costillas falsas, que se articulan con la séptima por medio de un cartílago. 2 últimos pares-costillas flotantes, que no se articulan.

● **Esternón.** Tiene una parte superior (mango), parte media (cuerpo) y parte inferior (apéndice xifoides). Al conjunto de costillas, esternón y vértebras dorsales se le denomina caja torácica.

● **Clavícula.**

● **Omóplato o escápula.**

■ **Extremidad superior.**

- **Brazo.** Tiene un único hueso, el húmero.
- **Antebrazo.** Dispone de 2 huesos, cúbito y radio.
- **Muñeca.** Formada por los huesos del carpo, que son 8: escafoides, semilunar, piramidal, pisiforme, trapecio, trapecoide, grande y ganchoso.

● **Mano.** Formada por 5 metacarpianos, que se articulan con las falanges proximales correspondientes.

■ **Extremidad inferior.**

- **Cintura pélvica.** Consta de íleon, isquion y pubis.
- **Muslo.** Formado por el fémur. En la epífisis proximal tiene la cabeza, trocánter mayor y trocánter menor. En la epífisis distal tiene un cóndilo interno y otro externo. Se articula con la tibia por medio de la rodilla, donde se dispone la rótula.
- **Pierna.** Tiene 2 huesos, tibia y peroné.
- **Pie.** El tarso está formado por 7 huesos, astrágalo, calcáneo, escafoides, cuboides y 3 cuñas. El metatarso está formado por 5 huesos, metatarsianos, que se articulan con las falanges proximales correspondientes.

Articulaciones

Consisten en la unión de 2 o más huesos para facilitar el cambio de posición de éstos.

Clasificación de las articulaciones

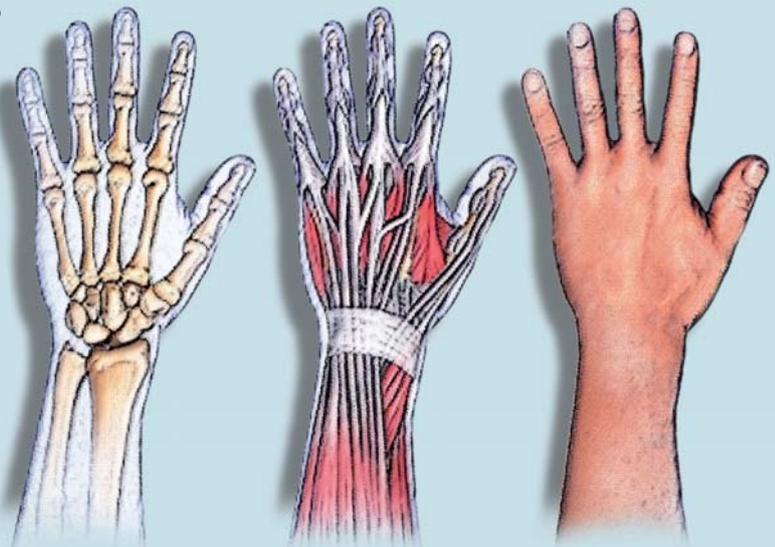
Según el grado de movilidad, se clasifican en:

- **Sinartrosis.** Son articulaciones inmóviles. Pueden ser:
 - **Suturas.** Articulaciones fibrosas localizadas en la cabeza, sin movimiento.
 - **Sindesmosis.** Los huesos están unidos por tejido fibroso. No tienen movimiento, excepto por agentes externos (cúbito-radio).
- **Anfiartrosis.** Los huesos están unidos por cartílago, teniendo movilidad limitada. Pueden ser:

- **Sínfisis.** Sínfisis del pubis.
- **Sincondrosis.** Tienen más cartílago articular (costilla-esternón).

■ **Diartrosis.** Son las articulaciones más móviles del cuerpo, con una estructura más compleja:

- **Cápsula articular.** Prominencia del periostio, formada por tejido fibroso alrededor de la articulación. En su interior se encuentra el líquido sinovial.
- **Membrana sinovial.** Membrana que recubre la parte interna de la cápsula articular. Produce el líquido sinovial.

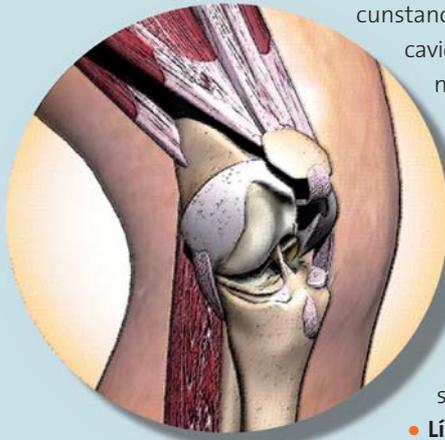


● **Cartilago articular.** Cubre y amortigua los extremos articulares de los huesos. Ayuda, junto con el líquido sinovial al deslizamiento suave de una superficie ósea sobre la otra. Pueden ser:

- **Rodetes.** Aumentan la superficie articular (cadera, húmero).
- **Cartilago interarticular** o menisco, que actúa a modo de cojinete.

El cartilago no dispone de vasos sanguíneos ni linfáticos, ni de fibras nerviosas, realizando los cambios metabólicos por difusión.

● **Cavidad articular o sinovial.** Espacio existente entre los huesos de la articulación, donde se efectúan los movimientos articulares. En cir-



En condiciones normales esta cavidad es nula, conteniendo una pequeña cantidad de líquido sinovial.

• **Ligamentos.** Son formaciones fibrosas que unen los huesos, limitando o facilitando su movimiento.

• **Líquido sinovial.** Líquido viscoso, amarillo turbio, que contiene agua, proteínas y glucosa. Actúa como lubricante, con propiedades fagocitarias.

Las artrosis más significativas son la articulación del hombro, de la cadera y de la rodilla.

Movimientos de las articulaciones

- **Flexión.** Movimiento de encurvamiento o plegadura.
- **Extensión.** Consiste en llevar un miembro flexionado a su posición anatómica. Su exceso se denomina hiperextensión.

- **Abducción.** Alejar el hueso del plano medio del cuerpo.
- **Adducción.** Llevar el hueso a la línea media del cuerpo.
- **Rotación.** Movimiento del hueso sobre su propio eje.
- **Supinación.** Movimiento del antebrazo para volver la palma de la mano a su posición anatómica.
- **Pronación.** Movimiento del antebrazo, que vuelve el dorso de la mano hacia delante.
- **Inversión.** Movimiento del tobillo, que gira hacia la parte interna.
- **Eversión.** Movimiento del tobillo, que gira hacia la parte externa.
- **Protrusión.** Desplazamiento hacia fuera.
- **Retracción.** Desplazamiento hacia dentro.

El músculo

Está compuesto por células que poseen una estructura fibrosa longitudinal, por lo que también se llaman fibras musculares.

■ Hay 3 clases de fibras musculares:

• Musculatura estriada.

De contracción voluntaria, son los músculos esqueléticos.

• **Musculatura lisa.** De contracción involuntaria.

• **Miocardio.** Musculatura estriada de contracción involuntaria.

El músculo esquelético

La célula muscular esquelética estriada, es una célula alargada cuyo citoplasma o sarcoplasma está formado por proteínas contráctiles o miofilamentos, agrupados en miofibrillas.

Cada miofibrilla está formada por una sucesión regular de estructuras iguales o sarcómeros que

contienen 2 tipos de filamentos, de miosina y de actina, que en última instancia son los responsables de la contracción muscular (deslizamiento de los filamentos de actina entre los filamentos de miosina).

Los músculos estriados esqueléticos están formados por una agrupación de células musculares estriadas cuya unión se asegura por tejido conjuntivo.

■ **El tejido conjuntivo puede ser:**

- **Endomisio.** Rodea cada célula muscular.
- **Perimisio.** Rodea haces musculares (conjunto de células).
- **Epimisio.** Rodea al músculo en su conjunto.

■ **Las inserciones esqueléticas de los músculos estriados** se realizan por medio de aponeurosis y de tendones.

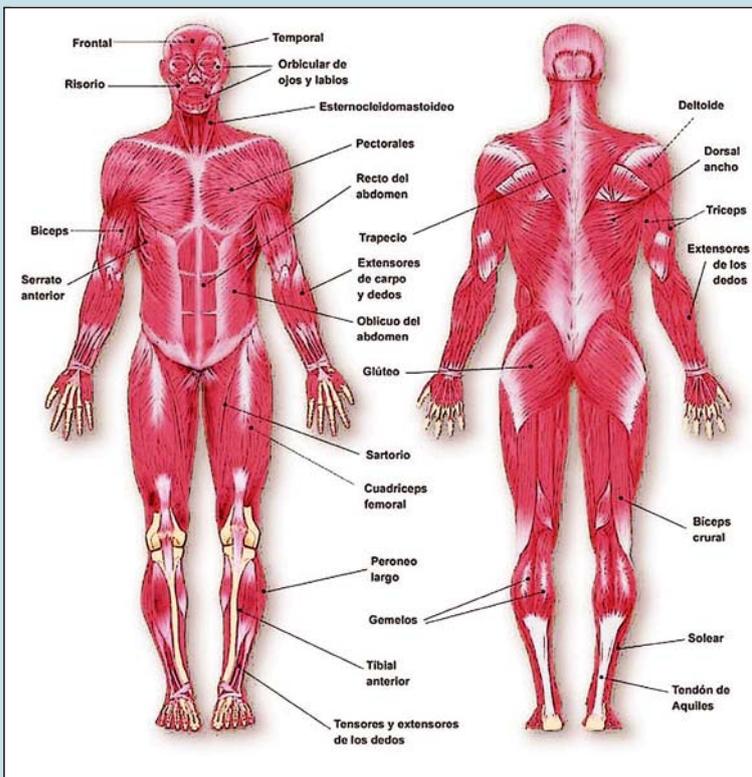
- **Los tendones** son haces de fibra conjuntiva que se insertan al hueso.
- **La aponeurosis** es una hoja de tejido conjuntivo, que se inserta al hueso.
- **La unión del nervio motor al músculo** se denomina placa motora.

El huso neuromuscular

• **Está presente en todos los músculos estriados esqueléticos.** Son formaciones alargadas, formadas por un conjunto de células musculares estriadas, fibras nerviosas aferentes y eferentes y vasos sanguíneos, rodeados por una cápsula de tejido conjuntivo.

- **Están unidos por sus extremos** a fibras tendinosas o endomisiales.
- **Las fibras nerviosas pueden ser** motrices o sensitivas.
- **El huso neuromuscular es, pues,** una estructura sensorial que responde al grado de tensión muscular y a la velocidad de movilización del músculo.

• **La fuente energética que se utiliza en la contracción muscular** procede del ATP, que se encuentra en la fibra muscular.



Tipos de músculos por su función

- **Agonistas.** Se contraen para producir la fuerza necesaria para realizar un movimiento.
- **Antagonistas.** Se oponen a los agonistas, debiendo estar relajados para permitir el movimiento.
- **Sinergistas.** Trabajan como los agonistas, proporcionando una actividad adicional, regulando el movimiento de otras articulaciones, que no actúan en el movimiento.
- **Fijadores.** Trabajan para estabilizar zonas de inserción de los agonistas y de los sinergistas para aumentar la eficacia del movimiento.

Otra clasificación por su función, puede ser:

- **Flexores.** Disminuyen el ángulo de una articulación.
- **Extensores.** A una articulación que ha disminuido su ángulo, la colocan en su posición anatómica normal.
- **Abductores.** Separan el hueso de la línea media del cuerpo.
- **Adductores.** Acercan el hueso a la línea media del cuerpo.
- **Rotadores.** Consiguen que un hueso gire sobre sí mismo.
- **Elevadores.** Elevan una parte o región del cuerpo.
- **Esfínteres.** Hacen disminuir un orificio.
- **Pronadores.** Giran un miembro hacia dentro.
- **Supinadores.** Giran un miembro hacia fuera.

Características musculares

- **Tono muscular.** Es la consistencia o dureza de un músculo en estado de reposo.
- **Espasticidad.** Dureza patológica, o tono muscular elevado.
- **Flaccidez.** Blandura patológica o tono muscular bajo.
- **Contracción espasmódica.** Contracción rápida que aparece ante un solo estímulo.

- **Contracción tetánica.** Es una contracción sostenida.
- **Fibrilación.** Contracción asincrónica de la fibra muscular, sin acompañarse de movimiento.
- **Convulsión.** Contracciones tetánicas sostenidas de un grupo determinado de músculos.
- **Contracción isotónica.** Contracción en la que varía la longitud del músculo, no modificándose el tono muscular.
- **Contracción isométrica.** Contracción en la que no varía la longitud del músculo, aumentando la tensión muscular.
- **Contracción auxotónica.** Contracción en la que varían tanto la longitud como la tensión muscular.

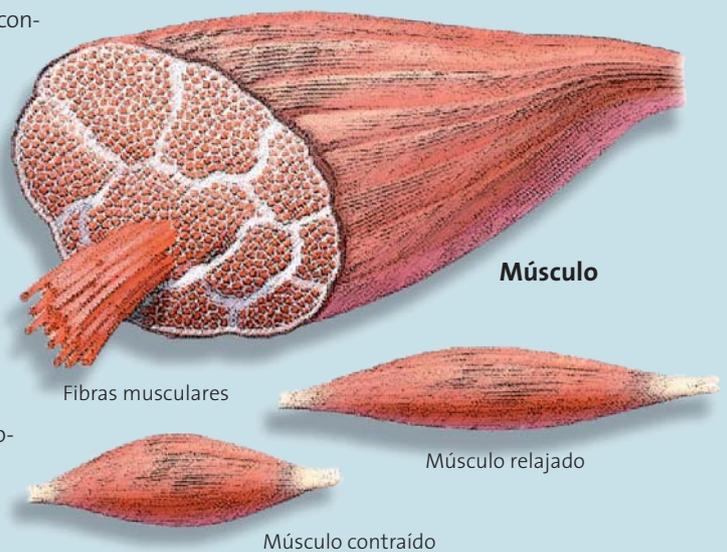
2. POSICIÓN ANATÓMICA

Cuando nos referimos al cuerpo humano partimos de la posición anatómica, posición en la que el individuo está erguido, con los miembros inferiores y superiores pegados al cuerpo y las palmas de las manos mirando al frente. En esta posición se definen 3 ejes imaginarios que sirven a su vez para definir planos:

- **Eje longitudinal.** El que recorre el cuerpo en toda su longitud, pasa desde la cabeza a los pies.
- **Eje transversal.** Atraviesa transversalmente el cuerpo, perpendicular al eje longitudinal, va de derecha a izquierda
- **Eje sagital.** Atraviesa de delante a atrás el cuerpo de forma perpendicular.

■ **El cruce de estos ejes produce planos imaginarios** que nos sirven para situar las diferentes zonas corporales:

- **Plano sagital o medio.** Formado por los ejes longitudinal y sagital. Así una estructura anatómica se



puede situar lateral o medial, situado en la línea media del cuerpo que lo divide en dos mitades, derecha e izquierda.

- **Plano transversal u horizontal.** Formado por el cruce de los ejes transversal y sagital. Es perpendicular al plano sagital. Una estructura anatómica se puede situar cefálica (parte superior) o caudálica (parte inferior), por lo que divide al cuerpo en zona superior y zona inferior.

- **Plano coronal medio o frontal.** Es la unión de los ejes longitudinal y transversal. Una estructura anatómica se puede situar ventral (hacia delante) o dorsal (hacia atrás), divide al cuerpo en parte anterior y parte posterior.

Regiones y cavidades

El cuerpo humano está dividido en cabeza, tronco y extremidades. El tronco se divide en 2 grandes cavidades: tórax y abdomen.

Cavidad torácica.

Aloja en su interior la tráquea, los bronquios, los pulmones, el corazón, los grandes vasos y el diafragma que sirve de base. Dorsalmente está situada la columna vertebral y centralmente el esternón, estructura semirrígida, que se cierra lateral-



mente por 12 costillas a cada lado, unidas por detrás a la columna y por delante al esternón mediante cartílagos.

Cavidad abdominal.

Se aloja el hígado, la vesícula biliar, el estómago, el páncreas, el bazo, el intestino delgado y el grueso, en la parte más dorsal (retroperitoneal) se encuentran los riñones y en la zona más caudal la cavidad pélvica en donde están alojadas la vejiga, los uréteres, el útero, los ovarios, la vagina y la próstata.

■ **Así mismo el abdomen está dividido** en una serie de cuadrantes que son 9 en total:

- **Cuadrantes superiores:** hipocondrio izquierdo y derecho y epigastrio.
- **Cuadrantes medios:** vacío derecho e izquierdo y mesogastrio.
- **Cuadrantes inferiores:** fosa ilíaca derecha e izquierda e hipogastrio.

3. MECÁNICA CORPORAL

El Auxiliar de Enfermería / Técnico en Cuidados de Enfermería (AE/TCE) debe conocer las posiciones en que debe colocarse al paciente según las distintas situaciones, así como los procedimientos para colaborar en la realización de los cambios posturales u otros movimientos que un paciente encamado requiera.

Tanto en estas actividades como

en cualquier otra que precise sostener o desplazar a personas u objetos, es conveniente observar unos principios básicos de mecánica corporal, con el fin de evitar lesiones en el profesional y riesgos al paciente.

Reglas básicas

Uno de los accidentes que sufren con mayor frecuencia los AE/TCE en el medio hospitalario, es el sobreesfuerzo.

■ **Existen unas reglas básicas** para el personal que realiza transporte y cambios posturales:

- **Preparar la zona** para realizar las movilizaciones retirando los objetos que dificultan el procedimiento.
- **Proporcionar una base amplia de apoyo**, manteniendo los pies separados ligeramente uno delante del otro.
- **Hacer el máximo uso del centro de gravedad** sosteniendo los objetos cerca del cuerpo, se flexionan las rodillas.
- **Proteger la espalda no doblándola**, hacer uso de los músculos de las piernas para moverse y levantarse.
- **Contraer los músculos abdominales y glúteos** para estabilizar la pelvis antes de movilizar un objeto, espirando en el momento de la fuerza.
- **Reducir al mínimo el roce del objeto en movimiento** y la superficie en que está siendo movida.
- **Poner a favor del cuidador la fuerza de gravedad**, no trabajar en contra de ella.
- **Pedir ayuda** o utilizar un medio mecánico.
- **Colocar correctamente el pie** en dirección hacia donde debe hacerse el giro para no hacer girar la columna.
- **Utilizar el contrapeso del propio cuerpo** y así aumentar la fuerza aplicada al movimiento.
- **Ayudarse con puntos de apoyo** exteriores.
- **Es mejor empujar que tirar.**
- **Trabajar a una altura adecuada.**

• **Saber, antes de mover al paciente**, si se le puede mover o no por su patología o lesión.

• **Explicar lo que se va hacer** y así contar con su colaboración si es posible.

• **La movilización correcta** tiene ventajas tanto para el paciente como para el trabajador:

Trabajador

- Economiza energía.
- Evita dolores de espalda.
- Mayor autonomía y capacidad de trabajo.

Paciente

- Mejora física.
- Mejora psíquica.

4. ATENCIÓN A LAS NECESIDADES DE MOVILIZACIÓN

La movilización de los pacientes es un acto profesional, de los más frecuentes en el medio hospitalario, que requiere un aprendizaje de la técnica y un entrenamiento repetido para adquirir unos hábitos correctos.

La movilización debe estar dirigida a educar al paciente en la reinstauración del movimiento lo antes posible para evitar los efectos perjudiciales que provoca la inmovilidad.

■ **En la movilización del paciente existen** unas consideraciones previas:

- **Colaboración al máximo** por parte del paciente.
- **No se debe escoger nunca** un movimiento que invalide al enfermo.
- **La situación del profesional en cada movimiento** dependerá del estado del enfermo y medios disponibles, adoptando la técnica más conveniente.
- **Los movimientos se clasifican según el grado** de dependencia del enfermo (enfermo dependiente, semidependiente o autónomo).



• **Según su dependencia**, el enfermo puede clasificarse también en:

Pasivo. Enfermo inactivo, dependiente (coma, postanestesia, etc.).

Controlado. Semidependiente.

Asistido. El paciente participa activamente. Autónomo.

• **El paciente debe ser desplazado sobre su lado sano.** El profesional se situará en el lado inactivo (paralizado, débil, etc.) o a proteger (dolorido, frágil, etc.).

Técnicas de movilización

Colocar al paciente en decúbito lateral

Se utiliza para cambiar la postura corporal del paciente, de decúbito supino a decúbito lateral. Suele realizarse por 2 profesionales.

■ Procedimiento

- **Mover al paciente** hacia el centro de la cama.
- **El profesional sanitario se coloca en el lado de la cama** donde se va a posicionar el paciente.
- **En caso de girarlo hacia la derecha**, le sujetará con la mano izquierda y le flexionará la pierna izquierda.
- **Le coloca una mano por detrás del hombro** más alejado y la otra por detrás de la cadera más alejada, girando al paciente con suavidad hacia él.
- **Asegurarse** de que el paciente no quede muy cercano al borde de la cama.

Incorporación en la cama

Se utiliza para ayudar al enfermo a adoptar la posición de semisentado, para dar la vuelta a la almohada y para levantar al enfermo de su cama y ponerlo de pie.

■ Procedimiento

- **Elevar la cabecera** de la cama.
- **Colocar el brazo más cercano al paciente** debajo de sus hombros, sujetándole cuello y cabeza.

• **La pierna más cercana al paciente** se coloca flexionada con la rodilla en la cama.

• **Haciendo fuerza con la pierna flexionada**, se irá levantando al paciente hasta quedar sentado.

Mover al paciente hacia la cabecera de la cama

Es necesario cuando el paciente se ha deslizado hacia los pies de la cama.

■ Procedimiento

Si el enfermo no colabora, debe realizarse entre 2 profesionales:

- **Cada profesional se coloca a un lado de la cama** y mirando hacia el paciente. Se cruzan las piernas del paciente.
- **Colocar ambos, el brazo** más cercano al paciente por debajo de la axila de éste. El otro brazo se sujeta en el cabecero de la cama.
- **La pierna más cercana al paciente se flexiona**, con la rodilla encima de la cama.
- **Al hacer fuerza con la pierna flexionada**, va acercándose al paciente hacia la cabecera de la cama.

Con un profesional en caso de un paciente semidependiente.

- **Se quita** la almohada.
- **El paciente dobla las rodillas** poniendo los pies apoyados en la cama.
- **El profesional coloca uno de sus brazos bajo los hombros** del paciente y el otro debajo de los muslos.
- **El paciente empuja con los pies**, mientras el profesional intenta moverle hacia la parte superior de la cama.

Sentar al paciente al borde de la cama

Puede realizarse como paso previo a la deambulación.

■ Procedimiento

- **Incorporar al paciente** en la cama.
- **Colocar la cama** en posición de Fowler.



- **Con una mano, sujetar el hombro más lejano del paciente**, pasando el brazo por detrás de su cabeza.
- **Con la otra mano se sujetan sus piernas**, colocando el brazo por encima de sus rodillas.
 - **En un solo movimiento**, elevar y rotar su cuerpo, hasta que quede sentado en la orilla de la cama con las piernas colgando.

Mover al paciente hacia la orilla de la cama

Suele llevarse a cabo como paso previo a otras tareas, como colocar al paciente en decúbito lateral o decubito prono, trasladarlo a la camilla o a la silla de ruedas. Conviene que la técnica la realicen 2 profesionales.

■ Procedimiento

- **El profesional sanitario se coloca en el lado de la cama** donde se va a posicionar el paciente.
- **Se deslizan ambos brazos por debajo de la espalda del paciente**, hasta que estén próximos al hombro más alejado un brazo y el otro debajo de las caderas.
- **Desplazar suavemente al paciente hacia el borde de la cama**, colocando el profesional una pierna delante de la otra y flexionando las rodillas.



Movilización del paciente en la cama

Dentro de las funciones del AE/TCE una de las más importantes es la de mover y acomodar al paciente en la cama para que se sienta cómodo y confortable, partiendo de la base que los cambios posturales frecuentes y la adopción de posiciones adecuadas es una de las mejores formas de prevenir las úlceras por presión. Estos cambios posturales se deben de realizar cada 2-3 h, sin olvidar que 3 horas está considerado el tiempo máximo que una persona puede estar sin moverse y sin que se le produzcan úlceras. Con los cambios posturales se favorece el tono muscular, la respiración y la circulación.

- **Para hacer los cambios es necesario seguir unas posiciones determinadas**, generalmente se hacen de decúbito supino a decúbito lateral, derecho e izquierdo, decúbito prono, Fowler y si no existe contraindicación posición de sedestación.
- **Cuando movilizamos al paciente hay que tener en cuenta** su estado, si existe posibilidad de colaboración o no es posible su ayuda.

- **El profesional antes de realizar los cambios** se debe lavar las manos y explicar al paciente el procedimiento de manera fácil y comprensible; se frenará la cama.

■ Si no colabora el paciente:

- **Se debe hacer** entre 2 auxiliares de enfermería:
- **Se coloca un profesional al lado derecho y otro al izquierdo de la cama**, frente al paciente, los pies del profesional deben estar separados y las rodillas ligeramente flexionadas.
- **Se retira la almohada**, cada uno de los profesionales introduce un brazo por debajo del hombro del paciente y el otro por debajo del muslo, se sujeta al paciente y se va levantando con cuidado hasta llegar a la posición deseada.
- **Si se colocan los 2 profesionales al mismo lado de la cama:** uno de los 2 coloca uno de sus brazos por debajo de los hombros del paciente y el otro brazo por debajo del tórax, el otro desliza los brazos a la altura y por debajo de la región glútea. Se eleva con cuidado hasta la posición deseada.

■ Si el paciente colabora:

- **Puede hacerlo un solo profesional** si el paciente ayuda o colabora:
- **El profesional debe colocarse al lado de la cama**, frente a él y a la altura de la cadera, se le dice al paciente que se agarre a la cabecera de la cama y flexione sus rodillas colocando las plantas de los pies apoyadas sobre la superficie de la cama.
- **El profesional coloca sus brazos por debajo de las caderas del paciente**, se le pide que haga fuerza con sus pies y brazos intentando levantarse, en ese momento los brazos del profesional deben ayudar a subir hacia la cabecera.

Movilizar al paciente con ayuda de una sábana

- **Entre 2 profesionales**, uno a cada lado de la cama:

- **Doblar la sábana en su ancho a la mitad**, hacer un segundo doblez en su largo a la mitad.

- **Colocar al paciente por debajo** de forma que llegue desde el hombro hasta el muslo, enrollar la sábana por los laterales sujetándola cada profesional fuerte, pudiendo mover al paciente hacia cualquier lado de la cama.

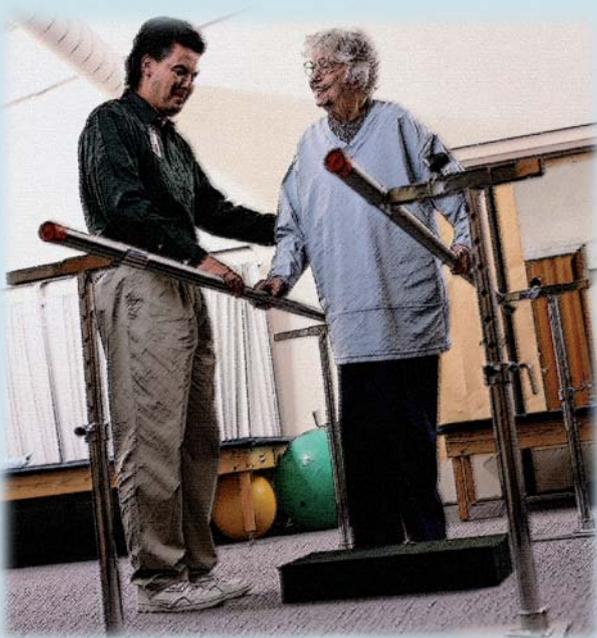
Ayudar a un paciente a ponerse de pie

- **Cuando está acostado.** Se puede realizar de 2 maneras:

- **Incorporar al paciente entrecruzando los brazos**, proceder a girar las piernas del paciente hacia nosotros dejándolas caer por el borde de la cama, cuando está sentado en el borde debemos colocar un pie delante de los pies del enfermo y el otro a un lado, le metemos por debajo de la axila la mano que tenemos libre, doblamos nuestras rodillas para conseguir más fuerza para levantar de forma suave y rítmica al paciente, se le indica al paciente que mientras nosotros realizamos el movimiento, él debe apoyarse en nuestro hombro.

- **Colocar al paciente en decúbito lateral**, debiendo coincidir el lateral con el lado hacia el cual se va a levantar al paciente, elevar el segmento superior de la cama hasta conseguir un ángulo entre 45-60°, nos colocamos en la posición opuesta a las caderas del paciente, pasamos nuestro brazo más cercano a los hombros del paciente por debajo de ellos, mientras que el otro brazo lo colocamos sobre el muslo más lejano, girar hacia la pierna de detrás de forma que las piernas del paciente se columpien hacia delante y nuestro peso cambie a la pierna de atrás.

- **Cuando el enfermo está sentado en el sillón.** Introducimos nuestros brazos por debajo de los suyos, le pedimos que sitúe uno de sus brazos alrededor de nuestra cintura, flexio-



namos las rodillas manteniendo la espalda lo más recta posible y levantamos al paciente de forma suave y firme, protegeremos durante todo el procedimiento el cuerpo del paciente con nuestro cuerpo.

5. MOVILIZACIÓN PASIVA DE PACIENTES

Ejercicios de amplitud de movimientos

Se realizan para mantener la movilidad de las articulaciones y para prevenir las contracturas. Ayudan a preparar al paciente encamado mucho tiempo a deambular.

■ Los ejercicios que existen son:

- **Cuello.** Mover cabeza hacia delante y atrás.
- **Hombros.** Elevarlos y moverlos hacia delante en un movimiento circular, hacia atrás en un movimiento circular.
- **Codos.** Estirar el brazo, doblar el codo y tocar el hombro con la mano, estirar lentamente el brazo y repetir el ejercicio con el otro brazo.
- **Muñeca y mano.** Descansar los antebrazos en los brazos de una silla con las palmas hacia abajo y doblar las muñecas hacia arriba y abajo.
- **Dedos manos.** Extender ambos brazos hacia delante al nivel del hombro con las palmas hacia abajo, extender los dedos separándolos todo lo que pueda y volver a ponerlos juntos.
- **Caderas y rodillas.** Tumbado en la cama con la rodilla doblada y el pie plano sobre la cama, doblar la otra pierna acercándola todo lo posible al pecho, estirar suavemente la pierna enderezando la rodilla y relajando la cadera, igual con la otra pierna.
- **Espalda.** De pie, erguido, con los brazos a los lados, levantar el brazo derecho hacia delante y arriba por encima de la cabeza cuanto

pueda. Volver a la posición inicial y repetir con el otro brazo el ejercicio. Brazos a los lados levantar a un lado y arriba por encima de la cabeza, volver a la posición inicial y repetir con el otro brazo. Levantar el brazo hasta la altura del hombro y acercarlo al otro hombro, repetir con el otro brazo.

- **Tobillo.** Hacer un círculo con el pie moviéndolo primero en la dirección de las agujas del reloj y luego en sentido contrario, repetir con el otro pie.

Los ejercicios se deben realizar lentamente y repetir cada 3-5 veces e ir aumentando progresivamente según la tolerancia del paciente. Se deben interrumpir si existe excesivo dolor.

Ejercicios isométricos

Su fin es fortalecer y tonificar los músculos, son ejercicios que ayudarán a llevar mejor sus actividades diarias.

- **Repetir cada ejercicio 3 veces** y unas 5 veces al día el programa completo.
- **Fortalecimiento músculos brazos.** Brazos hacia delante con las palmas de las manos juntas,

respirar lenta y profundamente mientras se aprietan firmemente las palmas de las manos una contra otra, o bien se puede realizar apretando una pelota 3-5 segundos.

- **Fortalecimiento músculos abdomen.** Meter músculos abdominales hacia dentro todo lo que pueda 3-5 segundos, respirar lenta y profundamente, relajar gradualmente los músculos.
- **Fortalecimiento músculos nalgas.** Apretar los músculos de las nalgas 3-5 segundos mientras que respira lenta y profundamente, después relajarse.
- **Fortalecimiento de las piernas.** Tumbado de espaldas, doblar la rodilla de la pierna izquierda manteniendo el pie izquierdo horizontal en el suelo. Levantar la pierna derecha unos 8 cm, y mantenerla unos 5 segundos. Relajar las piernas y repetir con la otra.
- **Fortalecimiento músculos espalda y mantenimiento postura.** Sentado se agarrará con las 2 manos a un palo apoyado en las rodillas. Extender los brazos hacia delante levantándolo por encima de la cabeza hasta llegar a la parte posterior del cuello y apoyarlo.





6. TÉCNICAS DE DEAMBULACIÓN

Técnica para caminar correctamente

En la deambulaci3n el paciente debe empezar adoptando la posici3n de pie correcta (sedestaci3n). Debe adelantar una pierna a una distancia que le resulte c3moda inclinando a la vez la pelvis lige-



ramente hacia delante y abajo. Al posar el pie debe apoyarse en el suelo, en primer lugar el tal3n seguido de la protuberancia situada en la base de los dedos y finalmente los dedos. A la vez que hace los movimientos anteriores se adelanta la otra pierna y el brazo para que mantenga el equilibrio y la estabilidad.

Técnica para el uso de bastones

■ El empleo de bastones proporciona apoyo y seguridad al caminar y disminuye el esfuerzo que tiene que realizar el paciente para desplazarse.

● Poner el bast3n a unos 10 cm de la pierna no afectada, distribuir el peso entre los pies y el bast3n, se desplazará el peso a la pierna no afectada y se moverá el bast3n unos 10 cm por delante del cuerpo, mover el pie o pierna afectada hacia delante de forma que quede paralelo con el bast3n.

● Desplazar el peso a la pierna no afectada por delante del bast3n mover la pierna no afectada por delante del bast3n, si se ha dado correctamente este paso el tal3n quedará ligeramente más allá del extremo del bast3n, adelantar la pierna afectada de forma que quede paralela a la otra pierna.

El empleo del bast3n está indicado en pacientes con lesi3n unilateral, p3rdida del equilibrio o problemas inflamatorios en una articulaci3n, que ocasiona dolor al apoyar y necesita descarga, pero está contraindicado si la lesi3n es bilateral, en cuyo caso se emplean muletas o andaderas.

● La longitud del bast3n debe adaptarse a la talla del paciente y debe extenderse desde el trocánter mayor hasta el suelo, el extremo para su apoyo debe tener un regat3n de goma para evitar resbalar en algunos suelos.

Técnica para uso de muletas

El uso de muletas está indicado en el caso de lesi3n o debilidad de los miembros inferiores en los que no es recomendable descargar el peso del cuerpo sobre ning3n miembro.

■ Para el uso de muletas es necesario:

● Seleccionar el tipo de muleta a emplear, graduarla en altura con el paciente de pie, ajustándola a la talla de éste. Los artefactos deben quedar 4-5 cm por debajo de la axila, los codos deben quedar al apoyarse sobre las muletas, ligeramente flexionados formando un ángulo de 15°.

● Hay que indicar al paciente qué tipo de marcha debe realizar, en funci3n de la lesi3n que presente, enseñarle la marcha utilizando la secuencia de apoyo para caminar de 4 puntos, 3 puntos o 2 puntos, seg3n pueda soportar peso en ambas piernas, sobre una pierna o en ninguna.

● Apoyo sobre 4 puntos. Apoyar muleta derecha, pie izquierdo, muleta izquierda, pie derecho.

● Apoyo sobre 3 puntos. Debe avanzar primero ambas muletas y la pierna afectada y luego adelantar la pierna sana soportando el peso sobre ambas muletas.

● Apoyo sobre 2 puntos. Hay que ejecutar un tipo de marcha oscilante. Alternancia de brazos y pies, debe avanzar simultáneamente muleta derecha y pie izquierdo, seguida de muleta izquierda y pie derecho.

■ Existen 3 tipos de muletas De aluminio o madera. Son de uso habitual, se emplea en enyesados de miembros inferiores o esguinces. Es preciso, para utilizarlas, tener fuerza en la parte superior del cuerpo y en las extremidades superiores.

Muletas de Lofstrand o muletas de antebrazo. Constan de un anillo que se adapta al antebrazo y una asidera para apoyarse. Se emplean cuando el individuo no tiene fuerza en la parte inferior del cuerpo. Se utilizan en pacientes parapléjicos.

Muletas de plataforma. Tienen superficies forradas o acolchadas, se emplean en pacientes que no pueden soportar la descarga del peso corporal sobre sus muñecas.

■ **Secuencia de la marcha** con muletas cuando no se debe apoyar la pierna afectada:

- **Con las muletas en su sitio se pondrá de pie erguido** con los hombros relajados y los brazos ligeramente doblados. Emplear las manos para apoyar el peso.
- **Adelantar la pierna afectada** al mismo tiempo que mueve la muleta hacia delante. Mantener el equilibrio cargando algo de peso en la pierna no lesionada.
- **Equilibrar el peso en ambas muletas** mientras hace avanzar la pierna lesionada.
- **Avanzar la pierna sana**, apoyar el peso en esta pierna mientras mueve las muletas hacia delante.
- **Adelantar la pierna lesionada** a la primera posición y comenzar de nuevo desde el primer punto.

7. TÉCNICA DE TRASLADO

El traslado consiste en la movilización del paciente de una zona a otra dentro del hospital debiendo realizarse con el máximo de comodidad y seguridad para el paciente. Se puede realizar el traslado en silla de ruedas o en camilla, dependiendo del estado físico del paciente. Se debe preservar la intimidad del paciente y poner especial atención al frenado de la cama.

De la cama a la silla de ruedas

■ **Enfermo colabora.** Se realizará con un solo profesional.

● **Se coloca la silla frenada en el lado de la cama** que sea más conveniente para el paciente, se pone una sábana sobre la silla, se ayuda al paciente a sentarse en la cama y las piernas colgando hacia ese lado. Se le pone bata y zapatillas.

● **El paciente colocará su brazo** por encima de los hombros del auxiliar y a su vez éste debe pasar sus brazos por debajo de las axilas del paciente rodeándolo por la cintura, se le sujeta y se le ayuda a incorporarse de pie.

● **Se le indica que se gire** hasta colocarse de espaldas a la silla. Se le pide que apoye sus manos sobre los apoyabrazos de la silla, se le sienta, se le cubre con manta o sábana y se quita el freno.

■ **Enfermo no colabora.** Se precisa la colaboración de 2 profesionales.

● **Hasta que el paciente está sentado**, se realiza el proceso como en el caso del paciente que colabora, los 2 auxiliares se colocan del mismo lado de la cama, pero uno a cada lado del paciente.

● **Cada profesional pasará un brazo por debajo de la axila** del paciente y el otro por debajo del muslo, se cogen de las manos y se ponen de acuerdo para levantar al paciente, al mismo tiempo, hasta situarlo en la silla.

De silla de ruedas a la cama

■ **Los pasos que se siguen en el procedimiento** son los mismos que en el traslado de la cama a la silla de ruedas pero a la inversa.

● **Para transportar a un paciente en silla de ruedas** se empuja por detrás, excepto cuando se sale o entra en el ascensor. Se vuelve la silla y el auxiliar o celador entra o



sale primero que el paciente caminando hacia atrás. Al bajar una rampa se camina hacia atrás.

De la cama a la camilla

● **La camilla se coloca al lado de la cama** con la cabecera hacia los pies del enfermo, se retira la sábana y se cubre hacia atrás para colocar al paciente. Se pueden necesitar dos o tres auxiliares:

● **Colocar un auxiliar uno de sus brazos por debajo de los hombros** del paciente y el otro por debajo de la espalda. El otro auxiliar coloca uno de sus brazos bajo la región sacra del paciente y el otro brazo debajo de las rodillas. Si hubiese una tercera persona lo cogería por la cintura.

● **Al unísono los 3 levantan** al paciente y lo colocan en la camilla.

● **Si la camilla está colocada con la cabecera perpendicular** a los pies de la cama, se coge al paciente como hemos descrito y se realiza un giro de 90° para quedar enfrente de la camilla y colocarlo en ella.

● **Se cubre con ropa** de camilla. ●

Bibliografía

Peña Bayo JA. Manual del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería. FAE; 2008.

Los alérgicos vivirán una de las primaveras más intensas



Recomendaciones

- **Ser previsor** y acudir al alergólogo cuando aparezcan los primeros síntomas.
- **Durante la época de polinización**, evitar parques, jardines y zonas de abundante césped.
- **Cerrar las ventanas** de la habitación y mantenerla en penumbra la mayor parte del día, (el polen se libera únicamente durante el día. Aunque por la noche disminuye la concentración, de madrugada aumenta de nuevo, debido al efecto de la inversión térmica nocturna).
- **Aumentar las precauciones** en los días secos y calurosos porque son los de mayor concentración de pólenes, sobre todo, si vienen tras una lluvia.

La primavera de 2009 será extremadamente complicada para los alérgicos debido a las lluvias de los últimos meses. Los expertos explican cómo hacer que sea más soportable la época con mayor concentración de polen.

Los expertos en alergología presagian una primavera que estará entre las 3 con mayor concentración de polen de los últimos 10 años, a consecuencia de las lluvias registradas en los meses anteriores. De hecho, estiman que las concentraciones acumuladas de polen de gramíneas superarán los 5.100 granos por metro cúbico de aire, frente a los 4.000 granos por metro cúbico registrados en 2008.

Los alergólogos realizan estas predicciones teniendo en cuenta como indicador la concentración estimada de gramíneas. El doctor Javier Subiza, coordinador del Comité de Aerobiología de la Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica (SEAIC), manifiesta que “hemos comprobado que existe una estrecha relación entre el aumento de las concentraciones de este polen y el incremento de los síntomas alérgicos y el asma en los pacientes. Por ello, contar con esta información puede ayudar a predecir las epidemias de asma y permitir que los servicios sanitarios, la industria farmacéutica y los pacientes estén correctamente preparados”.

Hay costes directos (fármacos, consultas médicas programadas, visitas a urgencias, pruebas diagnósticas, etc), costes indirectos

(pérdidas de jornadas laborales, pérdidas de clases, padres acompañando a consultas a los hijos) y también costes intangibles, como la pérdida de calidad de vida por las dificultades para dormir.

La alergia en España

■ **En España cerca del 25% de la población padece algún tipo de enfermedad alérgica.** Las patologías alérgicas más frecuentes en nuestro país y protagonistas durante los meses de primavera son la rinitis y el asma. A pesar de que sólo uno de cada diez alérgicos se vacuna, los expertos indican que la inmunoterapia es el único tratamiento etiológico que puede modificar la evolución natural de la enfermedad alérgica por sensibilización a los pólenes, ácaros, epitelios de los animales y hongos y que se engloba en el tratamiento integral de las enfermedades alérgicas respiratorias, que incluye medidas de control ambiental como evitar el contacto con el alérgeno, el tratamiento asintomático y la educación del paciente.

■ **Aunque la vacunación anti-alérgica tiene una eficacia ampliamente demostrada**, en España,

menos de la mitad de los alérgicos, sigue este tratamiento como método para curar su enfermedad. “En la mayoría de los casos, la falta de adherencia del paciente a la inmunoterapia se debe a la escasez de educación o conocimiento del afectado sobre su enfermedad y tratamiento, lo que crea desconfianza ante los resultados; en consecuencia, los pacientes no siguen las pautas recomendadas y muchos de ellos se quedan a mitad del tratamiento”.

■ **El mapa de la alergia en España ha cambiado en los últimos años.** El número de alérgicos ha aumentado considerablemente, mientras que en el siglo XIX era un hecho prácticamente desconocido y hoy en día es uno de los más frecuentes. De hecho, un 20% de la población tiene algún tipo de alergia por lo que se trata de un problema de salud de primer orden tanto por los gastos que supone como por los daños que ocasiona a quien la padece.

Asimismo, el rango de edad de aparición de la alergia ha aumenta-



En España cerca del 25% de la población padece algún tipo de enfermedad alérgica. Las patologías alérgicas más frecuentes en nuestro país y protagonistas durante los meses de primavera son la rinitis y el asma.

do y aunque la mayor parte de los casos se dan entre jóvenes adultos de 20 años, cada vez son más frecuentes casos de niños de 3 años y de ancianos de 65 años que desarrollan alergia por primera vez.

■ **En total, en España hay entre ocho y diez millones de alérgicos**, el 30% de los cuales está bien diagnosticado por el alergólogo y conoce cuál es el agente causante de la alergia. La sintomatología de esta enfermedad favorece el autodiagnóstico y la automedicación aunque ésta pierda eficacia al no estar bien dirigida.

Los expertos achacan este aumento a dos factores fundamentales. Por un lado, el aumento de la higiene ha modificado la conducta del sistema inmunológico favoreciendo las respuestas

alérgicas a determinados agentes. Por otro lado, la contaminación atmosférica ha contribuido notablemente al aumento de las alergias dado que la presencia de partículas diesel multiplica el efecto del polen. Por eso, es mayor el número de alérgicos en la ciudad que en el campo donde, si bien puede haber mayor presencia de granos de polen, el efecto de éste no es tan grave por la falta de partículas diesel.

■ **Un aspecto fundamental en el control de la alergia es evitar los desencadenantes.** En ocasiones no es fácil aplicar algo tan evidente y sencillo, “depende de un diagnóstico etiológico preciso y de muchas medidas de control en ocasiones difíciles de cumplir” manifiestan desde la Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica. ●

Elaboración de **nutriciones parenterales** en la farmacia hospitalaria

Sumario

- Introducción
- Definición
- Objetivos
- Elaboración
- Procedimiento para su elaboración
- Conservación
- Tipos de nutriciones parenterales
- Bibliografía

La alimentación parenteral trata de administrar por vía intravenosa los líquidos y nutrientes necesarios para el paciente, ante la imposibilidad de éste para ingerirlos totalmente por vía enteral. Nuestro objetivo prioritario es la administración de la solución con los mínimos riesgos para el paciente. Para ello se requiere el seguimiento de un protocolo estricto cuyo propósito es nutrir adecuadamente al paciente pediátrico o neonatal y evitar al máximo la infección nosocomial, factor decisivo en la valoración de la calidad asistencial hospitalaria.

Introducción

Las unidades nutrientes para administración parenteral están constituidas por la mezcla compleja de aminoácidos, hidratos de carbono, grasas, electrolitos y micronutrientes. Dada su diferente naturaleza química, pueden interactuar entre sí originando cada mezcla inestable. Por otra parte, es un medio rico en sustancias nutritivas, lo cual puede favorecer el desarrollo de microorganismos.

Para evitar los problemas antes mencionados, es absolutamente necesario que su elaboración se realice siguiendo una correcta sistemática de trabajo, la cual debe de estar adecuadamente protocolizada.

Definición

La nutrición parenteral consiste en la administración de nutrientes por vía venosa a través de catéteres específicos, para cubrir las necesidades energéticas y mantener



un estado nutricional adecuado en aquellos pacientes en los que la vía enteral es inadecuada, insuficiente o está contraindicada.

Si el aporte de nutrientes es total se trata de una Nutrición Parenteral Total; si sólo constituye un complemento nutricional a la vía enteral hablaremos de Nutrición Parcial.

Se usa fundamentalmente en las siguientes circunstancias:

- **Cuando el principio activo** no es absorbido por la mucosa gastrointestinal.
- **Si el principio activo es degradado** en su tránsito por el aparato digestivo antes de su absorción o en el hígado antes de pasar a la sangre.
- **En enfermos inconscientes**, no cooperantes o con determinadas circunstancias patológicas, oncología, etc.
- **Recién nacidos** pretérmino de muy bajo peso.
- **En caso de urgencias.**
- **Intervenciones quirúrgicas.**

La composición de las mezclas de Nutriciones Parenterales debe cubrir las necesidades energéticas individuales de cada paciente teniendo en cuenta su estado clínico y los resultados de los controles de laboratorio. Es importante valorar el volumen final (principalmente en el prematuro de muy bajo peso) y la osmolaridad resultante a la hora de administrar la NP. Los requerimientos calóricos son aportados por los tres macronu-

trientes principales: hidratos de carbono, grasas y proteínas mezclados con una solución de micronutrientes (agua con vitaminas, electrolitos y oligoelementos).

Objetivos

- **Mantener o restaurar** el estado nutricional del paciente.
- **Conservar y administrar** la fórmula de NP según protocolo de la unidad consensuado o procedimiento que se describe en este capítulo.
- **Monitorizar** factores de riesgo para prevenir complicaciones.

Elaboración

El servicio de farmacia debe contar con la infraestructura física, los medios materiales y los recursos humanos necesarios para llevar a cabo dicha elaboración. Son requisitos necesarios en dicho servicio los siguientes:

- **Área aséptica**, separada de cualquier otra zona, con cabina de flujo laminar horizontal.
- **Establecimiento de normas** y procedimientos de trabajo para su elaboración.
- **A ser posible, establecer un sistema informatizado**, tanto para la realización de cálculos de volúmenes y concentraciones, como para permitir llevar a cabo un seguimiento nutricional y fármaco terapéutico del paciente.

Procedimiento para su elaboración

- **Equipo de Personal:** Farmacéutico/a, Enfermero/a y Auxiliar de Enfermería.



séptico, uso de bata, gorro, mascarilla y guantes estériles. No se deben elaborar las mezclas con procesos infecciosos o heridas en las manos.

Además se introducirá dentro de la campana el material correspondiente para la nutrición parenteral, en la de los adultos y en los niños. Además del protocolo que se utilice en cada hospital.

- **Una vez limpia la campana** y el personal correctamente preparado, se comprobará en el estado

adecuado (la relación de los pacientes con cada una de las nutriciones que les corresponden) que no hay cambios o modificaciones con algún paciente.

- **A continuación**, se prepararán las bateas con las soluciones a utilizar en cada nutrición (sueros, agua, grasas, vitaminas, etc...). En dicha batea se introducirá la hoja de elaboración de cada paciente, a fin de evitar errores, ya sean cartas o nutriciones parenterales estándar. También se introducirá en dicha batea la bolsa de los mililitros adecuados en la que se introducirá la nutrición parenteral, se emplearán bolsas EVA, ya que permiten una mayor estabilidad a la mezcla, a la vez que consiguen mantener una concentración adecuada de los componentes de la mezcla, y medicamentos aditivos, en el caso de que se requiera su incorporación.

- **Además tendremos preparadas:** una bolsa fotosensible, la pegatina con los datos del paciente y un sobre para más protección, éste también identificado con los datos y hacia dónde va dirigido.

● Material:

- **Estéril:** guantes, agujas, jeringas, gasa, filtros (tienen que ser unidireccionales), bolsa para la Nutrición Parenteral.
- **No estéril:** bolsas fotosensibles, guantes, mascarilla, bata y gorro.
- **Otros:** Alcohol 70°, sueros, medicamentos, lavado antiséptico.

● Modo de actuación

El modo de actuación en la elaboración de nutriciones parenterales es el siguiente:

- **Se ha de preparar diariamente** la cabina de flujo laminar horizontal. Se ha de conectar al menos 15 min antes de comenzar la elaboración. Se limpiará con una gasa impregnada en alcohol de 70°. Una vez finalizada la elaboración se procederá igualmente a su limpieza. La puerta del recinto debe estar cerrada durante la elaboración para evitar corrientes de aire.
- **El personal que vaya a elaborar las mezclas** (D.U.E.) estará convenientemente adiestrado en las técnicas de trabajo en medio aséptico; lavado correcto de manos con jabón anti-

La nutrición parenteral consiste en la administración de nutrientes por vía venosa a través de catéteres específicos, para cubrir las necesidades energéticas y mantener un estado nutricional adecuado en aquellos pacientes en los que la vía enteral es inadecuada, insuficiente o está contraindicada.



- **Los frascos necesarios** para la elaboración de las nutriciones parenterales se introducirán en la cabina de flujo, después de su inmersión en alcohol de 70°.

- **Terminada su elaboración se procederá a su etiquetado**, inmediatamente después para evitar confusiones, comprobando que los datos del paciente corresponden con la etiqueta y la nutrición elaborada.

- **Una vez etiquetada se introducirá en la bolsa fotosensible para protegerla de la luz**, ya que puede precipitar cambios de color, partículas visibles, turbidez, ruptura de la emulsión lipídica (floculación, coalescencia), pH y osmolaridad. A su vez se introducen las nutriciones parenterales en un sobre transparente para que estén más protegidas con los datos del paciente, fecha, hospital donde vaya destinado, habitación y servicio.

- **También se tomarán muestras aleatorias de las nutriciones parenterales de adultos**, para medicina preventiva, una se tomará de las nutriciones estándar y la otra de las cartas; en cambio a todas las nutriciones parenterales pediátricas se les sacará una muestra para Medicina Preventiva. Es conve-

niente realizar las mismas muestras diariamente. Se sembrarán en el medio de cultivo facilitado por el servicio de Microbiología, donde realizarán el control de esterilidad.

- **Así mismo, al menos mensualmente, se realizarán estudios de esterilidad de la cabina de flujo**, para ello se colocarán dos placas de Petri abiertas sobre la mesa de trabajo. Una vez finalizado éste se abrirán dos nuevas placas, pasándose durante 2 min por delante del flujo. Las placas acondicionadas por el servicio de Microbiología serán remitidas a éste para su cultivo. Las muestras se recogerán con una jeringa y ésta se introducirá en una bolsa estéril en la cual escribiremos previamente todos los datos del paciente y la fecha, que irán adjuntadas con su papel en el que se anotará: nombre del paciente, tipo de muestra, nombre de quién la realizó, fecha de la preparación y firma de la persona que la realizó.

Conservación

Para su conservación se introducirá en la nevera a temperatura estable de 4-8° C, en estas condiciones su caducidad es de 3-5 días (dependiendo de los medicamentos que lleve incorporados) y para su administración deberá de estar 2 h antes a temperatura ambiente.

Tipos de nutriciones parenterales

- **Nutriciones Parenterales Estándar.**
- **Nutriciones Parenterales Cartas:** son personalizadas (cada nutrición parenteral está redactada en función de las necesidades de ca-

da paciente), son muy utilizadas en las pediátricas por su pequeño volumen, aunque también se utilizan en los adultos.

- **Ambisomes:** son unos antibióticos, utilizados para realizar lavados vesicales.

- **Sueros.**

- **Otros** (lavados vesicales de anfotericina, solución de cafeína, etc).

Debemos tener en cuenta que en las nutriciones parenterales debemos introducir vitaminas los días pares y oligoelementos los impares.

Una vez finalizadas todas las nutriciones parenterales se limpiará la cabina, las bandejas y el material utilizado, siguiendo las normas establecidas. En general, las mismas que afectan a todas aquellas actividades que, sin tener un carácter profesional sanitario, vengán a facilitar las funciones del farmacéutico. ●

Bibliografía recomendada

Albert Marí A, Jiménez Torres NV. Formulación de Unidades Nutrientes Parenterales. En: Mezclas Intravenosas y Nutrición Artificial, 4ª ed. Valencia. 1999; 469-501.

Brown N., Quercia R.A. y Sigman R. "Total Nutrient admixture: A review" Journal Parenteral Enteral Nutritions 1986; 10: 650-658.

Catalán M.A.: "La Farmacia en la Nutrición Artificial. Preparación de mezclas nutrientes". En Nutrición Artificial Hospitalaria. S. Celaya (edit) Edit. Venus, Zaragoza 1989.

Fossa P. Unidad centralizada de mezclas intravenosas. Curso de Administración de Servicios Hospitalarios de la Clínica Universitaria: El Servicio de Farmacia, 465-85, Pamplona 1992.

<http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion6/capitulo109/capitulo109.htm>

Martínez Tutor MJ. Estabilidad y preparación de mezclas totales para nutrición parenteral total. Farmacia Hosp. 1995; 19:229-32



Dossier

Gestionar el pudor

Respeto a la dignidad del enfermo

Sumario:

- Respetar la dignidad del enfermo
- Enfoque sociocultural del pudor
- El pudor y los cuidados hospitalarios
- Pudor y autoestima en los servicios de reanimación

Según Charles de Montesquieu (1689-1755), “el pudor sienta bien a todo el mundo, pero hay que saber vencerlo y nunca perderlo”¹. El pudor siempre ha preocupado al ser humano. Sin embargo, no es algo innato, sino que depende de la educación, de las experiencias, cultura y creencias de cada individuo. Se trata de un componente importante en la dignidad y el respeto de los individuos.

■ **El respeto al pudor se enseña en todas las formaciones sanitarias** y se ha convertido en un criterio de evaluación en las prácticas profesionales. La mayoría de los Auxiliares de Enfermería/Técnicos en Cuidados de Enfermería actúa con respeto y sensibilidad en su trabajo diario. Sin embargo, a veces la enfermedad y la pérdida de referencias debido a una hospitalización, pueden provocar que ciertos enfermos pierdan el pudor. En estos casos, se requiere del buen hacer de los Auxiliares de Enfermería/TCE y de los enfermeros para preservar al paciente de las miradas ajenas.

■ **En otros casos, la organización de los cuidados, del material o del espacio disponible genera** situaciones en las que, a veces, el pudor pasa al segundo plano. Por ejemplo, no todas las habitaciones dobles están equipadas con una

cortina de cubículo que resguarde al paciente durante su aseo o cualquier otra intervención relacionada con su intimidad. Asimismo, muchos de los centros no disponen de ropa interior para las personas que llegan al hospital por urgencias y sin objetos personales. Por lo tanto, es habitual encontrarse con un paciente que deambula por el pasillo, vestido con una simple bata abierta por la espalda. Por último, la planificación del personal no siempre tiene en cuenta el respeto al pudor, sobre todo, cuando en geriatría se contrata a jóvenes para las sustituciones de verano, que a veces deben asear a personas ancianas.

■ **El respeto del pudor es, por tanto, un asunto de todos.** Más allá del buen hacer del personal sanitario y, sobre todo, de los Auxiliares de Enfermería/TCE que se encargan con eficacia del aseo y la comodidad de los pacientes; todos los trabajadores del hospital o de la institución deben colaborar, en mayor o menor medida, para mejorar este aspecto que influye directamente en la calidad del servicio. ●

Dossier coordinado por Corine Cordon, publicado por primera vez en Soins Aides Soignantes, 25.

¹ Montesquieu C (de). Mes pensées. Robert Laffont, 1991.

Corine Cordon,
Responsable de la Escuela de Trabajadores Sociales de Trappes, Francia

Enfoque **sociocultural** del pudor

Es difícil ofrecer una definición universal del pudor. Este sentimiento, en apariencia muy personal, está relacionado con una idea sociocultural del cuerpo que varía dependiendo de la cultura y la época. Por ello, es necesario mostrar tacto y discreción a la hora de tratar a los pacientes. Cuando el Auxiliar de Enfermería asiste al paciente debe tranquilizarlo con la mirada, un gesto o una palabra para demostrarle que respeta su forma de pensar y cultura, de forma que no perciba su intervención como una violación de su intimidad, la cual es sagrada.

Palabras clave:

- Auxiliar de Enfermería
- Cuerpo
- Impudor
- Intimidad
- Desnudez
- Pudor
- Sociedad
- Discreción
- Tacto

El pudor es un sentimiento de vergüenza que una persona puede experimentar cuando enseña una parte o la totalidad de su cuerpo o cuando expresa unos sentimientos o emociones que considera íntimos. Lo que se considera individual o socialmente como privado debe esconderse, protegerse y respetarse, ya que conlleva el riesgo de generar un sentimiento de vergüenza personal o colectivo.

¿Pudor o falta de pudor?

■ Toda persona perteneciente a una cultura occidental que viaja a un país “exótico” y observa que

algunos actos naturales tales como defecar, escupir, eructar o desvestirse para asearse se realizan en público, se plantea indudablemente la relatividad del pudor. Los primeros exploradores europeos de tierras hasta entonces desconocidas, se sorprendieron de la “impudicia” de ciertas tribus amerindias, africanas o del Pacífico, que parecían no sentir vergüenza de sus cuerpos desnudos, una vergüenza que ellos consideraban natural. Les sorprendió también que algunas personas escondieran sus caras o adornos, aunque no les molestara dejar a la vista sus órganos sexuales.

Asimismo, los indígenas a veces consideraban que las actitudes corporales europeas a la hora de comer, reír, vestirse, saludarse o relacionarse eran especialmente impúdicas.

■ **De hecho, lo que parece totalmente natural para unos, puede ser especialmente vergonzoso para otros.** Desnudarse para tumbarse al sol en un jardín público en Alemania no provoca ninguna crítica, mientras que la moda del toples puede generar un escándalo en algunos países del Mediterráneo. En Japón, el mero hecho de que se aprecie el vello corporal en una película puede ser suficiente para considerarla pornográfica. En las sociedades europeas, el pudor se centra, sobre todo, en las zonas corporales relacionadas con la sexualidad o con la excreción y micción. Culturalmente, estos actos se esconden. Paradójicamente, el pecho de una madre que amamanta a su hijo se considera menos impúdico que el de una mujer que se desviste fuera de este contexto específico.



© F. Soutif/Elsevier/Masson SAS

Una palabra, unas costumbres, unas normas

■ La palabra “pudor” es un término latino que deriva de “pudibundes” que servía para definir a los órganos sexuales. Esta palabra, inexistente hasta el siglo XV, apareció durante el Renacimiento, época en la que se estableció progresivamente un control social de las manifestaciones naturales de la fisiología corporal.

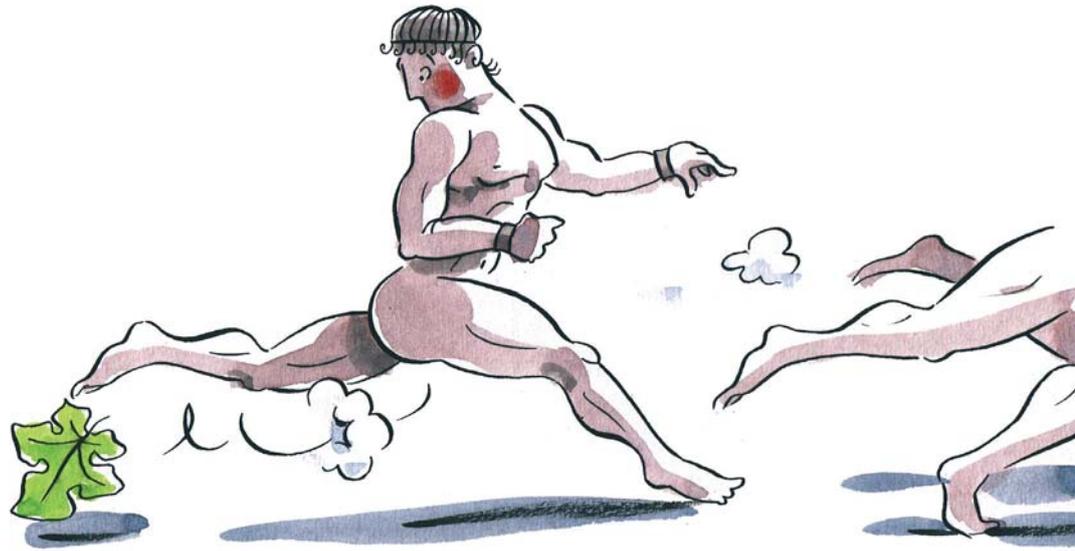
■ El modo de comportarse en la sociedad aristocrática y, posteriormente, burguesa, durante actos públicos como comer, sonarse la nariz, manifestar los deseos personales, regular las emanaciones gaseosas del organismo o mostrar ciertas partes del cuerpo, quedó sometido a normas precisas de decoro.

Breve historia del pudor a través de las épocas y las culturas

■ **Los atletas griegos de la Antigüedad combatían desnudos en los Juegos Olímpicos.** La noción de impudor no estaba relacionada en absoluto con la desnudez masculina. Los actos inadecuados estaban relacionados con los comportamientos que reflejaban una falta de respeto hacia los dioses, el lugar o las situaciones que se consideraban sagrados. Además, en las termas, los romanos deambulaban desnudos discutiendo sobre sus asuntos.

■ **Durante la Edad Media, antes del siglo XII,** hubo un período en el mundo occidental en el que hombres y mujeres compartían los mismos baños de vapor en saunas públicas. La Iglesia cristiana acabó imponiendo el cierre de estos lugares. Téngase en cuenta que, en la *Biblia*, Adán y Eva des-

© F. Soutif/Elsevier/Masson SAS



cubren el pecado a la misma vez que la vergüenza de su desnudez.

■ **A partir del siglo XVI,** el cuerpo se convierte, poco a poco, en objeto de un control moral particular. Las vestimentas, la manera de comportarse en la mesa, la cortesía y el saber estar quedaron progresivamente regulados por normas codificadas.

■ **A finales del siglo XVIII,** vaciar la vejiga o el intestino en público no provocaba ninguna vergüenza, ni siquiera entre la sociedad aristocrática.

■ **Unas décadas más tarde,** el decoro confinó este acto al ámbito estrictamente privado. La esfera de la intimidad abarca también el aseo, los cuidados médicos, los sentimientos amorosos, el sueño, etc. Las costumbres evolucionaron hacia una privatización, cada vez mayor, del cuerpo y sus funciones.

■ **Sin embargo, desde hace algunos años, parece que se ha producido un cambio de rumbo:** los ciudadanos son más propensos a exponerse a terceros o a hablar de sí mismos públicamente (entrevistas televisadas, confesiones íntimas en la radio o conversaciones habituales fuera del círculo familiar).

Discreción y respeto del pudor de los demás, una cuestión de tacto

■ **Aunque los Auxiliares de Enfermería/TCE estén socialmente autorizados a ver el cuerpo desnudo o a escuchar los sentimientos íntimos de los pacientes,** pueden encontrarse, en numerosas ocasiones, en situaciones incómodas. En el ámbito sanitario, en el que se suele banalizar la visión del cuerpo y las actividades fisiológicas, así como la expresión de los sentimientos normalmente ocultos, tampoco se deben exceder ciertos límites.

■ **Por ello, es necesario asegurarse de que al realizar los cuidados,** no se vulnera la forma de pensar y cultura del paciente. El tacto es la capacidad que permite saber qué actitud, palabra, gesto o acción hay que adoptar para que la persona sienta que su pudor está protegido y evitar romper la relación de confianza establecida.

■ **Por lo tanto, el Auxiliar de Enfermería/TCE debe tener un conocimiento preciso de los valores propios** y de las expectativas según la identidad y la cultura de cada paciente. ●

Para más información:

- **Bologne JC.** Histoire de la pudeur, Perrin, 1986.
- **Duerr HP.** Nudité et Pudeur, Éd. des Sciences de l'Homme, 1998.
- **Élias N.** La Civilisation des mœurs, Calmann-Lévy, 1976.

Autor:

Luc Andrieux
Sociólogo, profesor, Instituto de Formación en Enfermería (IFSI) de Bugey, Francia

Coordinado por Corine Cordon,
Responsable de la Escuela de Trabajadores Sociales de Trappes, Francia

El pudor y los cuidados hospitalarios

Durante su trabajo, los profesionales sanitarios deben hacer frente diariamente al problema de respetar el pudor del paciente. Para garantizar a los enfermos un trato general de calidad, se requiere una definición precisa del pudor.

Palabras clave:

- Auxiliar de Enfermería
- Cuerpo
- Dignidad
- Educación
- Íntimo
- Anciano
- Pudor
- Mirada
- Relación
- Sexualidad
- Cuidados

Es de todos conocido que los criterios del pudor cambian con las épocas, por ejemplo, la definición del pudor de 1930 está muy alejada de la actual.

■ **Numerosas actitudes que parecían groseras en el pasado**, han dejado de serlo en la actualidad. En nuestra sociedad, incluso la noción del pudor es ambigua y está sujeta a la apreciación subjetiva de cada uno.

■ **Los Auxiliares de Enfermería/TCE se sorprenden por el gran pudor o la falta de pudor de ciertos pacientes.** Estos pueden, además, cambiar de actitud inesperadamente, ya que pueden abandonar todo tipo de pudor, a pesar de haber estado anteriormente “bajo control”, y es difícil comprender este cambio. En general,

el pudor es uno de los componentes de la relación que se establece entre el Auxiliar de Enfermería/TCE y el paciente.

El pudor está relacionado con el descubrimiento de la intimidad

■ **¿Qué es el pudor?**, ¿existe más allá de la vida en sociedad?, ¿cómo se adquiere el pudor?, ¿cómo puede perderse?

■ **El pudor no es innato:** la observación de los niños lo demuestra sin lugar a dudas. Un niño de dos años no siente ninguna vergüenza cuando se pasea desnudo. Exhibe sus órganos sexuales con orgullo, los manipula con total naturalidad. No siente ninguna necesidad de esconder su desnudez. Poco a poco, a través de la educación, se apropia del uso del vestido. Descubre un concepto fundamental: el de la intimidad, lo que uno se guarda para sí mismo y no expone a las miradas ajenas.

Cuerpo, sexualidad y sentimientos

■ **Este importante aprendizaje se perfecciona con el paso de los años.** Suele debilitarse en la adolescencia cuando emergen las preguntas sobre la sexualidad con una fuerza desconocida hasta entonces. Se trata de un elemento de socialización y de estructuración de la personalidad: diferen-

ciar lo que se deja ver de lo que uno se guarda para sí mismo es útil durante toda la vida.

■ **El pudor afecta al cuerpo y, sobre todo, a la sexualidad.** La influencia de los medios de comunicación sobre nuestra concepción del pudor es abrumadora. A día de hoy, la libertad de colgar en los kioscos o en las paredes cuerpos casi desnudos y muy sugerentes no tiene precedentes. ¿Hay que lamentarse o alegrarse por esta mediatización? La discusión es en vano. Probablemente sea más pertinente reflexionar sobre lo que es bueno para uno mismo, sobre los comportamientos que nos resultan agresivos o que nos molestan de los demás.

■ **El pudor afecta también a los sentimientos.** Ciertos pacientes los manifiestan e incluso los exhiben. Sin embargo, otros muestran tal reserva que es difícil comprenderlos y ayudarlos. Los extremos, tanto el impudor como el pudor excesivo, ponen de manifiesto un malestar en la relación con uno mismo y con los demás.

La calidad de la relación con el Auxiliar de Enfermería/TCE es fundamental

¿Qué sucede con el pudor y los cuidados? Esta pregunta se plantea con frecuencia.

■ **Cualquier tratamiento exige que el paciente desnude una parte o la totalidad de su cuerpo.** El Auxiliar de

© F. Soutif/Elsevier Masson SAS



Definición del pudor

1. Discreción o tacto que impide decir o hacer aquello que puede dañar la decencia, en especial, todo lo relacionado con el ámbito sexual.
2. Prudencia de cualquier persona que evita contrariar el gusto de los demás o molestarlos moralmente. Delicadeza.

Fuente: Petit Larousse ilustrado

Enfermería/TCE mira, evalúa y actúa. Se encarga de lavar a alguien que no puede hacerlo por sí mismo y se ve en la obligación de solicitar su intervención en un acto íntimo. Esta situación es temporal en los servicios de estancias cortas o de ortopedia, por ejemplo. Sin embargo, suele ser definitiva en las estancias de larga duración o en los tratamientos a domicilio para los ancianos.

■ **Algunos actos son claramente invasivos: lavar obliga a penetrar en el cuerpo.** Esta situación es muy particular: el Auxiliar de Enfermería/TCE se ve obligado a realizar un acto que vulnera el pudor y el enfermo está obligado a aceptarlo a pesar de la vergüenza que le invade. La salud del paciente justifica que los protagonistas racionalicen su malestar y no provoquen un bloqueo. El Auxiliar de Enfermería/TCE nunca podrá conocer totalmente las vivencias interiores de sus pacientes, pero la calidad de la relación es un contrapeso indiscutible, ya que ayudará al enfermo a afrontar esta situación humillante de la mejor forma posible.

Algunos pacientes se convierten en personas impúdicas

¿Cómo se puede comprender a los pacientes que, de pronto, no sienten ningún pudor?

■ **Las situaciones son muy diversas y, de igual forma, su pronóstico.** Imaginemos dos situaciones: un paciente hospitalizado

que, tras un accidente de tráfico, tiene que suspender todas sus actividades durante varios meses, y otro paciente al que le acaban de comunicar una enfermedad grave que va a dar un vuelco a su vida. Los dos han sufrido un duro golpe. Su desarraigo puede ser tan profundo que pierden uno de los mecanismos de defensa que permiten contener y controlar sus impulsos más profundos. Sus seres queridos no son capaces de reconocerlos en actitud impúdica.

■ **Estas situaciones suelen suceder en el ámbito hospitalario.** Estos pacientes reaccionan como pueden frente a un fuerte trauma. Se ven desbordados por la angustia que les invade. Su comportamiento parece chocante y poco coherente con su manera de actuar en el pasado. En la mayoría de los casos, digieren el "trauma", encuentran de nuevo sus referencias y el control de ellos mismos. La falta de pudor es, en este caso, transitoria.

Respetar la dignidad de la persona

■ **La situación de los ancianos con atención de larga duración** o a domicilio es totalmente diferente. Se restringe su espacio social. Las pérdidas sensoriales e intelectua-

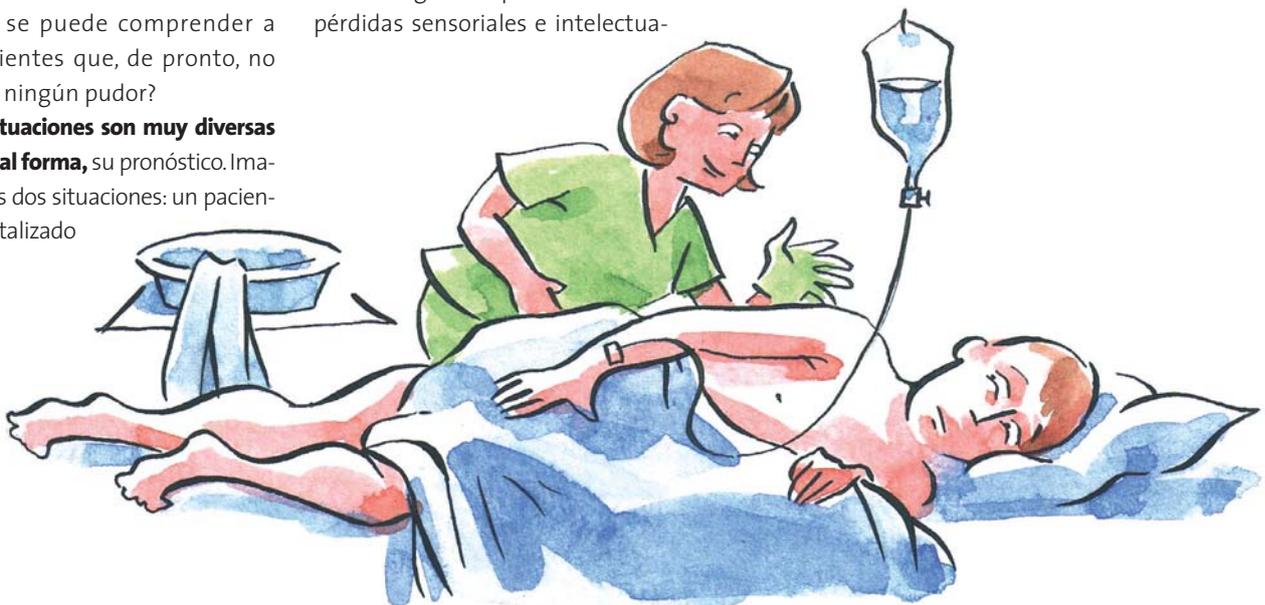
les y las pérdidas de autonomía conllevan que se cierren en ellos mismos y desarrollen comportamientos más o menos retraídos. Los mecanismos de defensa se fragilizan y existe el riesgo de que se pierda el pudor. La relación con los Auxiliares de Enfermería/TCE es, quizás, la única fuerza que ayudará a estos pacientes a conservar su dignidad y su autoestima.

■ **Último caso típico:** la situación de los enfermos terminales. En las últimas semanas o en los últimos días de vida, suelen perder todo tipo de pudor. La poca energía de que disponen la centran en ellos mismos. Las exigencias sociales les quedan lejos. Su cuerpo es el centro de atención y se manifiesta sin control ante las miradas ajenas.

Conclusión

El pudor es una adquisición frágil. En el ámbito hospitalario, los participantes deben ser acogedores, pero no pasivos. Si manifiestan respeto hacia la dignidad de la persona, ayudarán a que esta misma respete su propia dignidad durante el mayor tiempo posible y con un cierto pudor. ●

Autora:
Marie Quinon
Psicóloga.
Compiègne,
Francia



Corine Cordon,
Responsable de la Escuela de Trabajadores Sociales de Trappes, Francia

Pudor y autoestima en los **servicios de reanimación**

Un servicio de reanimación no es tan sólo un servicio de cuidados técnicos. En este universo “impersonal”, que se rige por las más estrictas normas de higiene y de funcionamiento, el paciente puede perder todo tipo de referencias, e incluso puede llegar a sentir que su cuerpo es un objeto de “exploración”. Asumir la dimensión humana del tratamiento, hasta en las condiciones de mayor urgencia, fortifica la indispensable cohesión del equipo sanitario.

Palabras clave:

- Auxiliar de Enfermería
- Autoestima
- Desnudez
- Pudor
- Reanimación
- Relaciones
- Urgencia vital

Autora:

Natalie Gommers.
Auxiliar de Enfermería de Neurotraumatología, Centro Hospitalario Regional Universitario de Tours, Francia

La noción de urgencia vital implica la desnudez del paciente entubado y ventilado. Sólo se le protege con una sábana debido a los numerosos “cables” (perfusiones, sondas, elementos de control de las constantes vitales, etc.) que tiene colocados y para intervenir con rapidez en caso de necesidad. Sin embargo, el Auxiliar de Enfermería/TCE debe encargarse de que se respete su pudor.

Cuidados técnicos y relaciones humanas

■ **El Auxiliar de Enfermería/TCE interviene si un paciente se descubre o si un profesional olvida tapanlo**

tras su intervención. Durante la visita del médico, que suele ir acompañado por los internos y por otros profesionales, no es raro que se ausculte al paciente delante de todo el mundo. En este momento preciso, el paciente parece que es tan sólo un cuerpo. El aspecto técnico recibe toda la atención.

■ **Sin embargo, la persona sólo se oculta temporalmente:** el tratamiento global del paciente sigue siendo primordial. Los Técnicos en Cuidados de Enfermería, en especial, prestan atención a las relaciones humanas en este contexto y a todo aquello que el paciente pueda interpretar como una “agresión”.

Para evitar estos miedos, los Auxiliares de Enfermería/TCE abordan este tema con los pacientes o los tranquilizan con una simple mirada.

El aseo en la cama

■ **El aseo en la cama es habitual en la reanimación.** Ésta exige una gran cercanía

entre el cuerpo del Técnico en Cuidados de Enfermería y el del paciente. Sin embargo, este acto no debe convertirse en una rutina ni banalizarse.

■ **La formación del Auxiliar de Enfermería/TCE le permite entrar en contacto con la desnudez y con los líquidos biológicos (excrementos, orina, hipersudoración, sangre) teniendo en cuenta la educación, las tradiciones, la cultura y la sensibilidad de cada individuo.**

Crear un clima de confianza

■ **Cuando una persona que sale del coma** toma consciencia de que no puede controlar sus esfínteres, que necesita ayuda para eliminar sus excreciones o la micción y que es incapaz de asearse sola, el Auxiliar de Enfermería/TCE debe darle las explicaciones adecuadas.

■ **Asimismo, debe favorecer la instauración de un clima de confianza** propicio para que el paciente acepte la ayuda necesaria, respetando siempre su pudor. Debe apoyarse en la relación Auxiliar-paciente para abordar mejor la situación. ●



VI Certamen de Literatura Infantil

Miriam Sequera Caro, de 11 años, e Iñaki Irujo Ganuza, de 10, han obtenido los primeros premios del VI Certamen de Literatura Infantil organizado anualmente por el Sindicato de Auxiliares de Enfermería. Ambos, pertenecientes a la categoría que engloba a los autores de entre 8 y 12 años, han presentado dos trabajos en los que la solidaridad es el tema protagonista. Miriam lo ha hecho con su poema *Soñaba*, mientras que Iñaki ha preferido el relato *Larga amistad* para expresar cómo ve él el compañerismo.

Larga amistad

En los tiempos que corren es normal que un niño adicto al fútbol se quede sin amigos; siempre con el sueño de llegar a primera división. Todas las mañanas iba con su abuelo a la plaza a jugar a fútbol. Habitualmente pasaba por allí un grupo de niños que solían preguntarle si quería jugar a fútbol. Él los rechazaba continuamente sin apenas fijarse en ellos. Ese niño se llamaba Mikel.

En el colegio durante la hora de gimnasia cuando les tocaba jugar a fútbol fingía hacerse una lesión para así poderse librar de jugar con los demás chavales. Iba al colegio público de su barrio donde vivían muchos extranjeros.

Un día entrenando al fútbol con su abuelo le vino un balón alto. Para darle tenía que saltar, saltó y le dio de maravilla, pero al caer se torció el pie y se hizo un daño terrible.

-Mikel, Mikel!, ¿estás bien?, le preguntó su abuelo.

Pero él estaba dolido y no podía oírle. Unos niños extranjeros de su colegio acudieron en su ayuda. No podía moverse y le ayudaron a llegar a un hospital muy cerca de allí. Mikel se había roto una pierna y tenía que quedarse un tiempo en el hospital. Los niños se marcharon y Mikel ni siquiera les dio las gracias. Al anochecer la enfermera le dijo al abuelo de Mikel que podía irse a casa.

Cuando Mikel se fue a dormir se dijo para sí: "lo que me voy a aburrir tanto tiempo aquí solo. Tendré que encontrar una manera de divertirme". La noche pasó y la búsqueda de entretenimiento de Mikel había comenzado. Mikel probó de todo, desde los cómics hasta la Game Boy, pero enseguida se aburría de todo. Dos días más tarde le dijeron que en la habitación iban a poner a otro chico, como Mikel, para que no se aburriera. Él estaba impaciente por conocerlo, porque prefería estar con cualquier niño que estar solo. El niño nuevo llegó y no os imagináis que sorpresa tuvo Mikel al verlo:

- Hola, me llamo Eusebio y soy brasileño.

- ¿Has dicho brasileño?, vaya, qué bien...

- ¿Qué te parece si somos amigos?

- Ya, pero hay un problema, es que tú no eres de aquí, España.

- Y eso qué más dará. Todos somos niños y lo que queremos es jugar, ¿no?

- Sí, ya...

- Pues ya está, ¿no?

- Vale, ¡seamos amigos!

Y así es como Eusebio y Mikel se hicieron amigos. Más tarde cuando salieron del hospital Eusebio le propuso a Mikel:

- ¿A ti te gusta el fútbol, no?

- Sí, ¿por qué lo dices?

- Por si querías venirte a mi equipo de fútbol.

- Estaría encantado

Y esta es la historia de cómo Mikel aprendió que los humanos, negros, amarillos y, si hubiera azules, pues azules, somos todos iguales.



Iñaki Irujo Ganuza (10 años)
Ansoain (Navarra)

Poema

Soñaba

Soñaba con ser bombero

Soñaba con ser poeta

Soñaba en las sábanas blancas

De la fría cama de hospital

Soñaba mientras el suero

Entraba en sus pequeñas venas

Soñaba mientras sufría

Cuando llegaba el dolor

Soñaba cuando las lágrimas

Empañaban sus ojitos

Soñaba agarradito a la mano de mamá

Soñaba que se curaba

Para poder ayudar

A otros niños que sufren

En las frías camas de hospital

Miriam Sequera Caro (11 años)
Logroño (La Rioja)

Hipocondríacos del futuro

De pequeños jugábamos a los médicos: nuestro compañero de juegos inventaba sus síntomas y nosotros el diagnóstico y tratamiento. Algunos siguen jugando a médicos pero ahora su compañero de juegos es internet al que cuentan sus síntomas, que ahora sí son reales, pero corriendo el riesgo de creerse el diagnóstico, y en consecuencia, aplicar un tratamiento, en ocasiones, tan poco efectivo como peligroso.

Palabras clave:

- Internet
- Búsqueda
- Estrategia

Una jaqueca o un dolor en el pecho pueden hacer creer al internauta que tiene un tumor cerebral o que sufre un ataque al corazón. El problema ha dejado de ser una anécdota para convertirse en una seria preocupación a la que han denominado cibercondria.

■ **Internet proporciona**, como ocurre en todos los ámbitos, el acceso a una abundante fuente de información médica. El problema es la confianza que tienen muchísimas personas en los resultados obtenidos en su búsqueda sin valorar quién está detrás de la página consultada. Este dueto de exceso de información, por un lado, y de escaso criterio para su gestión, por otro, es lo que genera la angustia que han bautizado como cibercondria, por su parentesco con la hipocondría, aunque ésta se diagnosticó mucho antes de la aparición de la red y sus afectados buscaban información sobre sus dolencias en las enciclopedias y textos especializados.

■ **Los investigadores de Microsoft Research**, Ryan White y Eric Horvitz, han acuñado el término cibercondria para referirse a esta angustia

y preocupación que puede generar la interpretación de los resultados encontrados en internet. Según un estudio elaborado por estos investigadores “los motores de búsqueda en internet tienen el potencial de incrementar las preocupaciones de los usuarios respecto a la salud”.

■ **White, experto en navegación y búsquedas en internet**, y Horvitz, presidente de la Asociación para el Fomento de la Inteligencia Artificial, señalaron que internet resulta una “fuente abundante” de información relativa a la salud. “Sin embargo, internet tiene el potencial de elevar la ansiedad de las personas que tienen un escaso o nulo conocimiento médico, especialmente cuando las búsquedas en internet son usadas para realizar un diagnóstico”, apuntaron. “Síntomas comunes o inocuos pueden cobrar gravedad en una publicación sobre estados graves o raros que están vinculados a esos síntomas comunes”. Así, introducir en el buscador dolor de cabeza puede llevar a la conclusión de padecer un tumor cerebral y la angustia que se acaba padeciendo es más real que el tumor.

Fuente inagotable de información

■ **El surgimiento, desarrollo y expansión de internet**, ha supuesto una revolución sin precedentes en el mundo de la informática y las telecomunicaciones en donde la salud y la medicina ocupan un lugar relevante. Los últimos estudios señalan que 1 de cada 5 personas que acceden a la gran red de redes, se propone buscar información sobre salud y se estima además, que diariamente se incorporan unas 7.3 millones de nuevas páginas y según las previsiones actuales con respecto al crecimiento de la red, se calcula que el número de páginas web, que se duplica cada 173 días, para el año 2010, se duplicará cada 73 días.

■ **Esto ha convertido a internet en la mayor biblioteca**, pero también la más caótica porque carece de normas de control bibliográfico y crece de forma descontrolada ofreciendo publicaciones sin un adecuado control de calidad, exactitud y validez, semejante a los mecanismos que se utilizan para las publicaciones impresas.

■ **El exceso de información que existe** en estos momentos en el mundo constituye uno de los grandes desafíos en la llamada era de la información. Ello ha motivado el desarrollo de sistemas o programas que permitan encontrar in-

formación en internet, en la que existe, también, un volumen sorprendente de información escondida, denominada internet profunda o invisible. Constituyen la internet invisible o infranet (en inglés *deep web*), el conjunto de fuentes y recursos de información sumamente valiosos, cuyo acceso es únicamente posible mediante algún tipo de formulario web, y que, por tanto, no pueden recuperarse y procesarse por los buscadores; para los que permanecen invisibles. Algunos autores han denominado esta información como archipiélagos de calidad, al constituir recursos aislados, pero publicados con rigurosos procesos de evaluación y edición.

■ **Un navegante en internet** halla regularmente sólo aquello que está registrado en algún buscador o en un gran motor de búsqueda. Estos motores sólo pueden ver aquella parte de internet que es abierta, es decir, las páginas a las que se puede dar una dirección, pero no pueden ver aquella información que está detrás de una base de datos, aquella información a la que se accede mediante una clave de acceso o aquellas páginas que resultan de una búsqueda en una base de datos.

Encontrar la aguja en el pajar

■ **No obstante, y como confirman los estudios** del experto en ciencias médicas, Reinaldo Rodríguez: “la búsqueda de información en la web se ha convertido en una tarea fundamental para el navegante. Independientemente del motor de búsqueda elegido, la definición de una estrategia de búsqueda efectiva es vital para encontrar y recuperar información pertinente en el gran océano de información que es internet. Varios autores han abordado es-

ta problemática y plantean que para encontrar información relevante se necesita experiencia, técnica, aptitudes, inventiva y buena suerte, todo ello combinado con la habilidad de definir con precisión lo que se desea buscar”.

■ **A pesar de todo, si se toman las debidas precauciones** y buscamos bien también se puede acceder a mucha información de calidad. Para ello es evidente la necesidad de estar alerta a las fuentes, que éstas estén identificadas y que las opiniones, estudios o consejos que se ofrecen lleven la garantía de un profesional con nombre y apellidos.

■ **Conviene igualmente conocer la página web**, quién es el dueño, cómo se financia y el rigor de lo publicado en ella, así como si sus contenidos se actualizan de forma periódica. Debe ofrecer una dirección física comprobable y demostrar la experiencia profesional. Asimismo, hay que extremar la cautela si emiten publicidad de una determinada marca o producto, o de aquellos otros que se resisten a facilitar datos de contacto.

Relación médico-paciente

■ **El acceso a la literatura médica está provocando**, además, un cambio en las relaciones entre el paciente y el médico. Algunos pacientes llegan a las consultas tras haberse autodiagnosticado y, en ocasiones, incluso automedicado. Otro de los problemas es el del paciente que llega cargado de documentación obtenida en internet y demanda tratamientos que conoce por la red.

■ **En definitiva, internet es un arma de doble filo** que permite que algunos pacientes se creen falsas expectativas y a otros informarse y valorar la información en su justa medida pero no sustituirla jamás por el consejo médico. En cualquier

caso, y en un tema tan sensible como la interpretación de la salud, sólo hay dos formas de paliar estos efectos tan negativos: una mejo-



Conviene diseñar una estrategia de búsqueda donde se empleen los operadores lógicos más conocidos (and, or y and not).

ra de las fuentes informativas en su origen y una mayor educación sanitaria de la población que le permita obtener las conclusiones oportunas. ●

A la hora de construir la estrategia de búsqueda deben considerarse los siguientes aspectos:

- **Determinar el tipo de información que se necesita**, dónde y cómo encontrarla. Es muy importante seleccionar previamente las posibles palabras clave y conceptos a emplear, tanto en español como en inglés, así como los sinónimos y variantes de estos términos.
- **Determinar el tipo de herramienta de búsqueda a utilizar** (directorio, buscador general o especializado, metabuscador). Es posible que la información deseada pueda identificarse en las bases de datos de medicina disponibles en línea, o en otros recursos, que eviten recurrir a los motores de búsqueda.
- **Definir la estrategia de búsqueda correctamente**, con precisión y claridad, según las posibilidades que abarque cada buscador.
- **Evaluar los resultados obtenidos** para modificar la estrategia de búsqueda planteada.
- **Por lo general deben leerse los resultados preliminares ofrecidos por el buscador**, antes de replantearse la estrategia de búsqueda.
- **Escribir el texto en minúsculas** y sin acentos.
- **No utilizar una sola palabra en la búsqueda** porque se recuperarán demasiados resultados.
- **Encerrar entre comillas las palabras que se desean recuperar juntas**, es decir, que aparezcan como una frase.
- **Navegar en las horas de menos tráfico** porque los buscadores generan aproximadamente el 85% del tráfico en internet, especialmente en los países con mayor acceso.
- **Revisar cuidadosamente** la ayuda del buscador.

Auxiliar de Enfermería. *Asignatura pendiente(I)*

El trabajo recoge la historia del Auxiliar de Enfermería desde su nacimiento, cuando no se le pedían estudios de ninguna clase, hasta nuestros días, cuando pelea por conseguir la promoción profesional. Vemos cómo sus funciones han evolucionado a medida que ha aumentado su formación profesional y académica. Observamos su inclusión definitiva en el equipo de salud. Descubrimos cómo ha pasado de depender de la enfermera a tener funciones propias. En definitiva, constatamos que el AE/TCE ha evolucionado acorde con los cambios que se han ido produciendo en su entorno laboral; y cómo actualmente lucha por conseguir un reconocimiento social y profesional que de sobra se merece.

Principios de Enfermería

Es importante conocer cómo, a medida que ha ido pasando el tiempo, este colectivo ha ido evolucionando de forma rápida, acorde con los cambios que se han ido produciendo en su entorno laboral, es decir, en nuestro sistema sanitario.

La rapidez con la que se han producido dichos cambios no ha sido obstáculo para su evolución, por lo que ha existido una total sincronía entre la introducción de los cambios y la evolución del profesional.

Merece la pena que hagamos un poco de historia y reflexionemos acerca de esta figura que tiene, por sí misma, un peso específico en la sanidad.

Enfermería = Cuidar.

Este “cuidar” al enfermo, al desamparado, al necesitado, va ligado al AE/TCE.

Cuidar = Salud.

La sanidad es sinónimo de salud, como también lo es de bienestar, de higiene, de salubridad, de vitalidad.

El Técnico en Cuidados de Enfermería ha sabido adaptarse a estos cambios, ha evolucionado y ha dado a la sociedad lo que ésta demandaba de su sistema sanitario.

Podemos destacar tres etapas:

1.ª Existencia del hombre.

La acción de curar se remonta a tiempos lejanos. Así sabemos que el sucesor de un médico romano era un esclavo instruido por él y que más tarde había recibido la libertad (entonces no existían escuelas de medicina, ni mucho menos de enfermería). Los hombres nacían, sufrían y morían en casa.

En el siglo XVI se daban estas circunstancias, la vida y la muerte no tenían el mismo significado que hoy les damos. La vida era demasiado corta y la duración de las diversas edades se reducía consiguien-

temente. Digamos que el dolor de la muerte no lo era tanto.

En esta primera etapa el término “salud” estaba íntimamente relacionado con la alimentación o el vestido. Aún así, existió la figura del “cuidador”.

En la prehistoria, existían los “chamanes”, encargados de curar (hoy podemos verlos todavía en algunas tribus americanas y amazónicas).

2.ª La religiosa.

Aún en el siglo XVI, el hombre se hace adulto y envejece más pronto. El que una pareja pierda la mitad de sus hijos en la infancia es una cosa habitual. Los únicos que pueden afligirse en público son los padres que pierden su único hijo. Es en esta etapa cuando aparece la figura de la persona que cuida, generalmente religiosa.

Sus conocimientos eran escasos o nulos, sólo tenía formación religiosa, caridad, obediencia, etc. Su prioridad era cuidar a personas enfermas y a necesitados.

Muchas veces su apoyo era meramente espiritual y servía de reconfortante para los heridos y moribundos, ya que les garantizaba la paz y el descanso eterno.



En el siglo XVII los médicos denuncian las condiciones de hacinamiento e insalubridad que tienen las ciudades, principalmente debido a la total ausencia de higiene de la población y a la inexistencia de alcantarillado para las aguas fecales. Surgen enfermedades nuevas; las epidemias causan verdaderos estragos.

Aparecen los hospitales de caridad, que pronto se ven desbordados de enfermos y de enfermedades. Los hospitales de caridad no pueden con todo.

3.ª La industrialización.

Aumentan los conocimientos científicos y los medios técnicos y médicos ofrecen una mayor eficacia en los métodos diagnósticos y terapéuticos. Hay un incremento en el coste de la estancia hospitalaria siendo imposible que la caridad pública corra con tales gastos. Ante esta situación, el estado empieza a responsabilizarse de los hospitales.

Salud = Ausencia de enfermedad.

Aparece la figura de la “mujer-enfermera-auxiliar del médico”, que asume las tareas de rutina (curas, toma de constantes, ingesta...), realizadas hasta entonces por el médico.

Las actuaciones dejarán de basarse en la mera espiritualidad para apoyarse en los conocimientos adquiridos; por tanto, será el trabajo médico y no la necesidad del enfermo la que prime en este aspecto.

La asistencia del individuo debe realizarse sobre las catorce necesidades que conforman los fundamentos de los cuidados de enfermería.

Nacimiento del Auxiliar de Enfermería

La creación de grandes hospitales trae consigo un aumento en la demanda de personal sanitario, tanto médico como de enferme-

ría. Es en los años sesenta, cuando aparece la figura del AE.

Se trata de una persona –con dependencia absoluta de la enfermera– que va a estar encargada de cuidar al enfermo y cubrir sus necesidades básicas, no siendo necesario, para ejercer como tal, poseer titulación ni formación previa.

A partir de este momento se inicia un proceso evolutivo, y también de formación, que hoy en nuestros días todavía continúa.

En 1973 se aprueban los Estatutos del Personal Sanitario no Facultativo. En ellos se recoge la figura de la Auxiliar de Clínica, persona que depende del ATS y cuyas funciones se describen en dichos estatutos. En 1975, se incluye dentro de los planes de estudio de formación profesional en la rama sanitaria, a través de la cual se regula la formación académica del Auxiliar de Clínica, y los profesionales salen más preparados.

En 1977, las Escuelas de Enfermería, a las que se podía acceder con el único requisito de estar en posesión del Bachiller Elemental, desaparecen para dejar paso a las Escuelas Universitarias de Enfermería, donde se exige haber pasado la selectividad. Estos profesionales obtienen una diplomatura y pasan a denominarse Diplomados Universitarios en Enfermería (DUE).

Ahora los DUE son formados para la planificación de cuidados de enfermería, así como para la realización de técnicas dificultosas. Los cuidados básicos de enfermería son delegados en el Auxiliar de Clínica.

En 1984, se exige que todos los Auxiliares de Clínica que vayan a integrarse en la Seguridad Social estén en posesión del título de formación profesional 1 en la rama sanitaria. No es un cambio semántico sino un cambio coyuntural. El Auxiliar de Clínica no tenía una clara integración



en el equipo de enfermería. En la actualidad, el equipo de enfermería está formado por dos estamentos profesionales, ATS/DUE y el Técnico en Cuidados de Enfermería.

Enfermería = Cuidar.

En la sanidad española, hay dos estamentos que cuidan: ATS/DUE y AE/TCE. El equipo de enfermería necesita ser más eficaz y eficiente. En los años noventa el ATS/DUE gestiona, planifica y coordina cuidados de enfermería, relacionados con cada paciente.

El AE/TCE no sólo ejecuta las órdenes, sino que realiza una serie de funciones de forma autónoma, que han sido delegadas por los ATS/DUE con el paso de los años.

Formación y avance de los Auxiliares de Enfermería

La salud es un derecho ciudadano esencial en las sociedades modernas. El propio planteamiento conceptual de la sanidad, cada vez más alejado de la función sa-

nadora y atento a los sistemas de prevención y a la recuperación integral del paciente e incluso a la dispensa de los cuidados paliativos, ha determinado que sea necesaria una mayor implicación de los profesionales que forman la pirámide sanitaria.

Por otro lado, crece la demanda de humanización de la asistencia sanitaria, cuya incidencia en la eficacia de cualquier terapia es indiscutible y contribuyen de manera notable a ello las personas que se ocupan del cuidado inmediato de los enfermos.

El AE/TCE, que se ve realizado en esa estructura del área asistencial, demanda, exige, unas mayores cotas de formación y profesionalización.

A los Técnicos en Cuidados de Enfermería se les debe dar una formación especializada, específica, concebida para su aplicación inmediata en sus labores diarias; así como para abrir nuevas fronteras de participación, investigación e intercambio de conocimientos y experiencias en el ámbito del saber sanitario. Conviene fomentar iniciativas en materia de formación y perfeccionamiento. Su formación debe tener un doble enfoque:

- Por un lado la formación profesional para la mejora en el desarrollo del puesto de trabajo.

- Por otro lado, que permita el desarrollo y formación del trabajador.

Un objetivo que los AE/TCE deben fijarse con su formación es la obtención del reconocimiento social y profesional, que tanto por su cualificación como por su dedicación les corresponde. Para ello es imprescindible contar con profesionales cualificados y con un nivel de conocimientos actualizado.

El reciclaje del profesional sanitario es no sólo un derecho propio, sino una obligación adquirida con el usuario de la sanidad. Objetivo principal: actualizar conocimientos y mejorar el nivel de formación.

¿Hacia dónde va el Auxiliar de Enfermería?

Hacia donde vaya la enfermería, en general.

Los profesionales con frecuencia se dividen en dos campos: los que están “in”, en lo último, y los que habitualmente se resisten al cambio. Curiosamente, muchas ideas surgen de personas que han abandonado el cuidado directo del enfermo. A quienes realmente practican la enfermería se les hace incorporar estas nuevas ideas a la práctica con muy poca ayuda.

La enfermería es una disciplina práctica, y si las ideas innovadoras no surgen de la práctica serán inevitablemente irreales y carecerán de utilidad. Del mismo modo, la práctica desprovista de bases teóricas no es una disciplina práctica.

Pensar en la enfermería y en cambiar la práctica no es fácil. Muchos AE/TCE aún se consideran ayudantes de la enfermera; eso es algo que ha de cambiar, los AE/TCE forman parte de un equipo, con

unas determinadas funciones que realizan y que llevan a cabo de forma autónoma y responsable.

Los profesionales ven la realidad de una cierta forma y su actividad profesional refleja esa manera de concebirla. Otros profesionales ven la misma realidad de otra manera y sus acciones están dominadas por su imagen mental de ella.

Elementos fundamentales:

La enfermería se puede ejercer en cualquier sitio y lugar. Sus elementos fundamentales dan significado a las diferentes acciones que llevan a cabo los profesionales y abarcan fundamentalmente seis aspectos:

- **Objetivo de la profesión.** Es el fin por el que los profesionales se esfuerzan.

El fin es “ideal” porque representa la meta a la que todo profesional le gustaría llegar y es “limitado” porque define los parámetros de la profesión.

- **El blanco de la acción** es el paciente.

- **El papel del profesional** es el papel jugado en la sociedad. Debe ser aceptado por la mayoría de la sociedad. De lo contrario desaparecería, ya que las profesiones de servicio existen como respuesta a las necesidades de la sociedad.

- **El origen de las dificultades** se refiere a la causa del problema del paciente, que el profesional, por su educación y experiencia, está preparado para resolver. Muchos de los problemas de un paciente no pueden ser resueltos por un solo trabajador de la salud, porque cada uno tiene una esfera determinada de competencia.

- **La intervención** se divide en:

- **Foco de atención.** El enfermo se ve como un individuo complejo; sin embargo, sólo un aspecto puede recibir toda la atención del personal en un momento dado.



- **Los modos de intervención.** Son los medios que el profesional tiene a su disposición para intervenir.

■ **Las consecuencias** son los resultados deseados de las actividades profesionales y deben ser congruentes con el objetivo ideal. Quizás llegue el día en que sea aceptado unánimemente un modelo conceptual por los AE/TCE en todo el mundo. Por el momento, es preferible quedarse con las imágenes diferentes de cada uno de nosotros respecto a nuestro trabajo. Es mucho más aceptable que no tener una idea clara y precisa de lo que es nuestro trabajo dentro del equipo. No sólo tenemos dificultades para comunicarnos entre nosotros, sino que tenemos problemas para explicar al público, a los estudiantes y a otros profesionales de la salud, la naturaleza de la contribución de los Técnicos en Cuidados de Enfermería a la salud de la comunidad.

Una forma de ver la Enfermería

Virginia Henderson es una enfermera de Estados Unidos, conocida a nivel internacional, que ha ejercido una grande y poderosa influencia en la profesión. De acuerdo con Henderson, las necesidades que son comunes a todo ser humano, sano o enfermo, las siguientes:

1. **Respirar.**
2. **Comer y beber.**
3. **Eliminar** los desechos del cuerpo.
4. **Moverse.**
5. **Dormir y descansar.**
6. **Vestirse y desnudarse.**
7. **Mantener** la temperatura adecuada del cuerpo.
8. **Conservar** el cuerpo limpio.
9. **Evitar peligros** del medio ambiente.

10. **Comunicarse** con otros.
11. **Culto** de acuerdo con su fe.
12. **Trabajar.**
13. **Jugar o participar** en diferentes formas de recreo.
14. **Aprender,** descubrir o satisfacer la curiosidad.

El papel del AE/TCE consiste en suplir lo que al paciente le falta para hacerlo completo, total e independiente. El origen de la dificultad es la escasez de conocimientos, de voluntad o de fuerza. Hay que intervenir cuando el paciente no puede resolver por sí mismo una necesidad, él mismo reclamará la intervención del AE/TCE, que concentrando su atención sobre lo que falta, tratará de completar su totalidad.

Las formas de intervención del Técnico en Cuidados de Enfermería son:

- **Reemplazar.**
- **Completar.**
- **Sustituir.**
- **Añadir.**
- **Reforzar.**
- **Aumentar.**
- **Hacer al paciente independiente.**

Los resultados deseados se consiguen, o la independencia se aumenta, con la satisfacción de las 14 necesidades básicas o, en casos terminales, con una muerte feliz. El aumento de la independencia, después de un período de dependencia, puede ser una pequeña mejora o una vuelta a la total independencia.

Un examen superficial de las 14 necesidades básicas revela que las que a primera vista parecen estar especialmente influidas por la biología (edad, sexo, estructura genética) y la fisiología (funcionamiento de órgano), tienen también importantes dimensiones psicosocioculturales (incluyendo factores políticos y económicos). Lo inverso es también cierto. Las



necesidades que parecen pertenecer a una categoría psicosocial tienen componentes biofisiológicos.

La piedra angular de la función social de la enfermería, de acuerdo con la forma de ver la profesión de Virginia Henderson, es fomentar la independencia.

Función de la Auxiliar de Enfermería

El AE/TCE es dispensador de cuidados (principalmente). La profesión de enfermería requiere de los AE/TCE que tengan capacidades especializadas que les permitan cuidar de manera positiva a las personas y ayudarles a superar los déficit de autocuidados relacionados con la salud. Las habilidades especializadas constituyen la actividad de la AE/TCE.

Los Técnicos en Cuidados de Enfermería deben estar capacitados para el fomento, promoción y protección de los autocuidados del individuo, familia y comunidad.

Esa es la función principal de los AE/TCE, ser dispensadores de autocuidados.

Cuando la persona por enfermedad, daño o incapacidad física y/o psíquica, ha perdido la capacidad para realizar sus autocuidados, el AE/TCE puede actuar supliendo, ayudando.

■ La función propia del AE/TCE:

“ayudar al individuo enfermo en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a mantener su salud, actividades que él realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, la voluntad o los conocimientos necesarios”.

Función basada, fundamentalmente, en cubrir las necesidades básicas del individuo.

■ **Objetivo principal:** “mantener o restaurar la independencia del paciente para satisfacer sus necesidades de autocuidados, necesidades básicas”.

Según Abraham Maslow, todos los seres humanos tienen unas necesidades básicas comunes (ver recuadro piramide de Maslow).

Estas necesidades se estructuran en cinco categorías:

1. Necesidades fisiológicas o de supervivencia

- Aporte de agua.
- Aporte de aire.
- Alimentación.

- Eliminación.
- Termorregulación.
- Actividad-descanso.
- Higiene.
- Evitar el dolor.

Todas estas necesidades son vitales, es decir, si no están cubiertas por el individuo o por personal capacitado para ello, el individuo morirá en mayor o menor plazo.

2. Necesidad de protección y seguridad

Todas las personas necesitamos sentirnos protegidas y seguras y ponemos en marcha acciones de autocuidados para conseguirlo.

3. Necesidad de afecto y pertenencia

Todas las personas necesitamos dar y recibir amor y afectos, así como necesitamos sentir que pertenecemos a uno o varios grupos humanos (familia, trabajo, sociedad).

4. Necesidad de autoestima

Mediante acciones determinadas, buscamos el sentirnos bien con nosotros mismos en los distintos aspectos que nos distinguen como persona.

5. Necesidad de autorrealización

Acciones que pone en marcha la persona para seguir creciendo como tal y desarrollarse. Suelen ser acciones de tipo intelectual y social.

■ Alteración de las necesidades básicas:

Se pueden producir por diferentes causas:

• Por falta de conocimientos:

– En distintas etapas de desarrollo vital (infancia, embarazo, menopausia...).

– En la aparición de enfermedades crónicas o discapacitantes donde las necesidades básicas se alteran o requieren de nuevas habilidades para satisfacerlas.

• Por falta de voluntad:

– En los primeros estadios de la vida (RN, infancia...).

– En enfermedades o traumatismos que conllevan alteración de la conciencia en mayor o menor grado.

• Por falta de fuerza:

– En los primeros estadios de la vida.

– En enfermedades discapacitantes.

– Ante estas alteraciones el Auxiliar de Enfermería/TCE debe actuar ayudando al individuo en la realización de los cuidados (orientación, sostenimiento físico y psíquico, educación sanitaria...).

Bibliografía recomendada

Adam E. Hacia dónde va la enfermería. México: Interamericana; 1982.

Domínguez Pedrea MA, García Buendía F, De Oro A. Manual de Auxiliares de enfermería. Fundación de Auxiliares de Enfermería (FAE); 1975.

Formación de la Auxiliar de Enfermería, FAE.

González-Quijano Díaz A. Curso básico de enfermería para auxiliares. Necesidad de higiene. Amparo.

Goust F. La guía de tu salud. Barcelona: Daimon; 1984.

Henderson V. The nature of nursing. New York: Macmillan; 1966.

Henderson V. Principios básicos de los cuidados de enfermería. Consejo Internacional de Enfermería (CIE), Ginebra, 1971.

Manual de procedimientos básicos de enfermería. Madrid: Hospital Universitario San Carlos; 1993.

Orem DE. Normas prácticas en Enfermería. Madrid: Pirámide; 1983.

Promoción profesional del Auxiliar de Enfermería, SAE.



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.

Puede disfrutar de los contenidos electrónicos de Nosocomio y cumplimentar el **questionario** de la **actividad acreditada** en **www.nosocomio.org**

Para registrarse en el sistema deberá introducir su número personal de suscriptor (número que aparece en el código de barras de la etiqueta de envío de la versión impresa de la revista) y se le asignará su usuario y clave de acceso.



Estamos a su disposición en el Servicio de Atención al Cliente.

- **Correo electrónico:** suscripciones@elsevier.com
- **Teléfono de atención al cliente:** 902 88 87 40 (sólo territorio nacional español)

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 _____

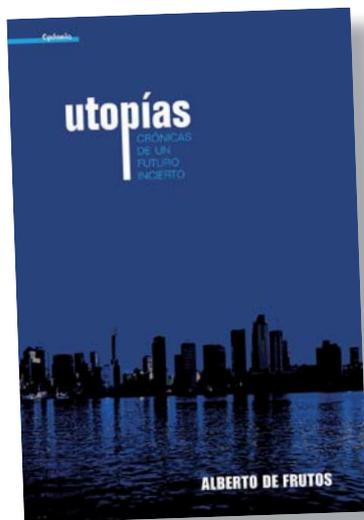
Tarifa de suscripción anual (Incluidos gastos de envío): 25 €.
 Remitir debidamente cumplimentado a FAE: C/ Tomás López, nº3 1 Izda 28009 Madrid Tlf: 91 521 52 24 Fax: 91 521 53 83
 E-mail: administracion@fundacionfae.org

➤ Lectura

Utopías. Crónicas de un futuro incierto

- **Autor:** Alberto de Frutos
- **Editorial:** Cydonia
- **Precio:** 15 €

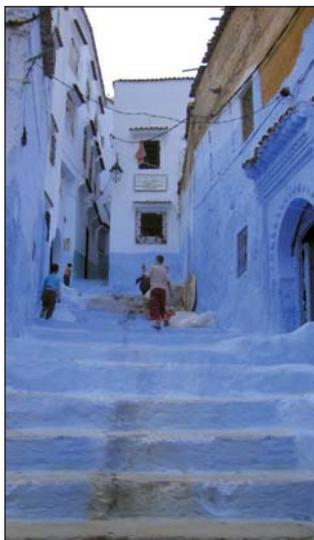
La manipulación de las mentes, el control de la memoria y el dominio ejercido sobre las almas marcan la política de un estado corrupto y arbitrario en donde sólo un hombre, el Jefe Supremo, ostenta el poder absoluto y decide sobre la vida y la muerte de sus súbditos.



Con esta trama, los 11 relatos en que se estructura el libro se convierten en visionarios y nos conducen a las posibles consecuencias de problemas tan actuales como la superpoblación o la escalada militar que viven las potencias. ●

➤ 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. ●

➤ Otras actividades

Verano 2009

- **Especial para:** niños
- **Más información:**
www.sindicatosae.com

El Sindicato de Auxiliares de Enfermería ha firmado distintos acuerdos con destacadas empresas dedicadas al ocio de los más pequeños que les permitirá vivir experiencias inolvidables durante este verano 2009. Campamentos de multiaventura, surf, teatro, inglés, parques temáticos,



granjas escuelas... Una amplia oferta que se extiende por toda la geografía española y que permitirá a nuestros menores disfrutar del verano, aprender y compartir experiencias con otros compañeros. Todo por precios muy económicos para los afiliados a SAE. ●

➤ Agenda

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

■ Jornadas profesionales de Enfermería del AE/TCE Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid
12 de mayo de 2009
*Acreditación solicitada

■ 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 UCI. Barcelona.
Del 11 de mayo al 1 de junio.
*Acreditación solicitada el 9 de febrero de 2009

■ Cuidados materno-infantiles para AE/TCE Barcelona.
Del 11 de mayo al 1 de junio.
*Acreditación solicitada el 2 de marzo de 2009

■ Actuación del AE/TCE en emergencias en politraumatismos Barcelona.
Del 12 de mayo al 2 de junio.
Acreditación solicitada el 2 de marzo de 2009

■ Prevención y cuidados básicos de la úlcera por presión para el AE/TCE Barcelona.
Del 12 de mayo al 2 de junio.
*Acreditación solicitada el 2 de marzo de 2009

■ XX Congreso Nacional de Auxiliares de Enfermería “Actuación del AE/TCE en Neurociencias”. Zaragoza.
Días 27, 28 y 29 de mayo de 2009.
*Acreditación solicitada

*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 Urbay. *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.*

12,55 h. **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 Servet. 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 Díez 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:** "Neurorradiología 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 min 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: administración@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.I.	DOBLE	Política de Cancelación:
Husa Puerta de Zaragoza****	<input type="checkbox"/> 77,00 €	<input type="checkbox"/> 85,00 €	- Hasta 20 de abril. Sin gastos de cancelación.
Husa Via Romana****	<input type="checkbox"/> 80,00 €	<input type="checkbox"/> 80,00 €	- Del 21 de abril al 08 de mayo. 60% de gastos de cancelación.
Agora WTC****	<input type="checkbox"/> 107,00 €	<input type="checkbox"/> 129,00 €	- A partir del 09 de Mayo. 100% de gastos de cancelación.
Hesperia***	<input type="checkbox"/> 74,00 €	<input type="checkbox"/> 90,00 €	- Las reservas no presentadas o salidas anticipadas se penalizarán al 100 % de noches reservadas.
NH Orus/Sport***	<input type="checkbox"/> 100,00 €	<input type="checkbox"/> 114,00 €	

Seleccionar 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: _____ Fecha de caducidad: _____

N° tarjeta: _____

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 boletín 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 en el 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. a ceder datos a las sociedades vinculadas directa o indirectamente con Viajes Halcón, S.A.U. y en especial a las empresas del Grupo Empresarial Globalia, 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 así 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, Depto. Sistemas Informáticos, calle Enrique Granados, nº6, 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

INDICIO DE AUXILIARES DE ENFERMERIA

FAE

Asociación para la Especialización
y el Desarrollo de la Enfermería