



Número 59 2009

Revista cuatrimestral



Dossier

El Auxiliar de Enfermería/TCE y el dolor

Actividad acreditada

Atención del Auxiliar de Enfermería/TCAE a las necesidades de alimentación y nutrición

Separata

¿Quién cuida al cuidador?

Actualidad

Las Neurociencias en el XX Congreso Nacional

PROGRAMA DE FORMACIÓN A DISTANCIA

2009/2010



4 Actuación del Auxiliar de Enfermería/TCAE en Servicios Especiales.

Urgencias: traumatismos y quemados

Duración: 80 horas Acreditación: 5,4 créditos

4 Cuidados materno infantiles

Duración: 65 horas Acreditación: 7,7 créditos

4 Úlceras por presión

Duración: 65 horas Acreditación: 7,9 créditos

4 Cuidados Intensivos

Duración: 40 horas Acreditación: 6,6 créditos

4 Actuación del Auxiliar de Enfermería/TCAE en la Unidad de Urgencias Pediátricas

Duración: 100 horas Acreditación: 7,8 créditos

4 El Auxiliar de Enfermería/TCAE en Servicios Especiales. Área Quirúrgica

Duración: 50 horas Acreditación: 5,4 créditos

4 Atención del Auxiliar de Enfermería/TCAE al paciente con alteraciones mentales

Duración: 80 horas Acreditación: 5,1 créditos

4 Atención del Auxiliar de Enfermería/TCAE ante el maltrato. Módulo I: maltrato infantil

Duración: 50 horas Acreditación: 5,1 créditos

4 Atención del Auxiliar de Enfermería/TCAE en infecciones nosocomiales y aislamientos

Duración: 40 horas

Acreditación: solicitada a la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud con fecha 6 de julio de 2009

4 Farmacología básica para Auxiliares de Enfermería/TCAE

Duración: 40 horas

Acreditación: solicitada a la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud con fecha 8 de junio de 2009

4 El Auxiliar de Enfermería/TCAE en Servicios Especiales. Urgencias Cardiorrespiratorias

Duración: 65 horas

Acreditación: solicitada a la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud con fecha 8 de junio de 2009

4 Cuidados y técnicas para Auxiliares de Enfermería/TCAE en Atención Especializada

Duración: 65 horas

Acreditación: solicitada a la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud con fecha 6 de julio de 2009

Editorial

El intercambio de información debe estar exento de interferencias para alcanzar el fin último de la comunicación, el entendimiento.

Una intención que en el ámbito sanitario cobra especial relevancia, pues de una correcta comunicación depende, en gran medida, la calidad de la asistencia. Los profesionales sanitarios deben tener las herramientas necesarias para poder comprender lo que los pacientes expresan y viceversa, ya que un idóneo conocimiento de los síntomas es fundamental para realizar un correcto diagnóstico y prescribir el tratamiento más adecuado.

Hoy en día son muchas las actuaciones que se han llevado a cabo para acondicionar los centros sanitarios y mejorar esta comunicación entre profesional y paciente. En este sentido, la figura del traductor se erige como la principal incorporación para solventar los problemas que ocasiona la diferencia idiomática. Su presencia en los distintos servicios, cada vez más frecuente, hace posible un diálogo fluido entre los profesionales y los usuarios. De esta manera se consigue eliminar las barreras lingüísticas y se crea un puente de entendimiento entre diferentes maneras de ver la sanidad, pues la concepción que una persona de origen asiático o africano tiene de la medicina puede llegar a ser muy diferente de la nuestra.

Pero los impedimentos a la correcta comunicación no sólo son cosa del idioma. Enfermedades como el autismo o déficits como la sordera o la mudez pueden también complicar la atención sanitaria. En este sentido, también se están empezando a desarrollar iniciativas que favorecen una atención que permite al usuario sentirse seguro y perder los miedos ocasionados por una posible incomunicación. Con este objeto, el Hospital de Getafe ha impartido un taller de lenguaje de signos para los profesionales de la enfermería que debe ser un ejemplo a seguir en otros centros, pues el aprendizaje de términos básicos en este código no lingüístico agiliza la comunicación, evita malentendidos que pueden repercutir en la prescripción de tratamientos y favorece la tranquilidad del paciente. ●



Prevención
Uñas cuidadas,
uñas sanas 4-5



**Actividad
Acreditada**

**Atención del Auxiliar
de Enfermería/TCAE
a las necesidades
de alimentación
y nutrición**



6-13

14-18

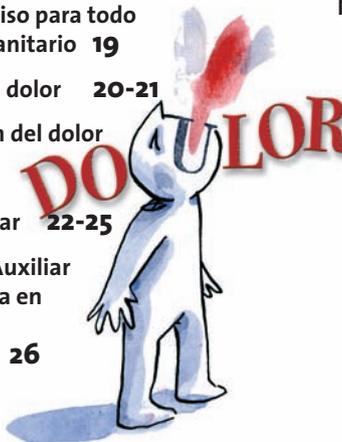
Separata
¿Quién cuida al cuidador?

Dossier.
El Auxiliar de Enfermería/TCE y el dolor
**Un compromiso para todo
el personal sanitario 19**

Fisiología del dolor 20-21

**La evaluación del dolor
mediante
un equipo
pluridisciplinar 22-25**

**El papel del Auxiliar
de Enfermería en
la asistencia
del dolor 26**



Y para variar
Ayuda para la reagrupación familiar 27

Comunicación
Los Profesionales
aprenden la lengua
de los signos 28-29

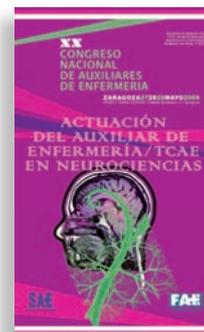


Certamen FAE
Auxiliar en Cuidados
de Enfermería.
Asignatura pendiente (II)
30-33

Actualidad
Las Neurociencias
en el XX Congreso
Nacional 34-36

Protocolo 37

Ocio 38



CONSEJO EDITORIAL DE NOSOCOMIO
DIRECTORA. Dolores Martínez Márquez
REDACCIÓN. Montse García, Cristina Botello
COMITÉ CIENTÍFICO. José Ángel Peña, Mª 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.

Uñas cuidadas, uñas sanas

Son 20, son duras, acompañan a cada uno de nuestros dedos y forman parte de la dermis. Por eso, aunque pequeñas, las uñas –como el resto de nuestra piel– nos ayudan a observar el estado de salud de nuestros órganos internos y nos protegen de agentes agresivos externos. Cuidarlas y mimarlas debe ser una prioridad que evitará que sufran alteraciones que pueden conducir a infecciones como la onicomicosis.



Las alteraciones ungulares son motivo de afección psicológica, de dolor, de infecciones y de dificultades en el trabajo y en las relaciones sociales

Bajo el lema *No escondas tus uñas*, la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (Semergen) y la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV) han presentado una campaña que pretende concienciar a la población general de que la onicomicosis no es sólo una cuestión de estética y de que la detección y el tratamiento precoz son fundamentales para mejorar la efectividad del tratamiento y evitar contagios, cronicidad, deformaciones de las uñas y complicaciones con otras enfermedades como la diabetes o la anemia.

Factores de riesgo

■ **Actualmente en nuestro país existen más de 1.300.000 individuos que padecen esta enfermedad**, cuyos principales factores de riesgo se encuentran en la humedad (35%), las zonas públicas

de recreo (23%), la mala higiene (16%), los traumatismos (14%) y la edad (11%).

■ **El calor y la humedad favorecen que las esporas de los hongos permanezcan vivas durante mucho tiempo en los restos de uñas o queratina –proteína que constituye las uñas–**. Una realidad que ha impulsado que esta campaña se desarrolle en los meses de verano, pues las duchas públicas y piscinas son algunos de los lugares que recogen ambas condiciones y, por lo tanto, donde el contagio de la infección es más fácil.

■ **Asimismo, el uso de zapatos gruesos y cerrados**, habitualmente utilizados por trabajadores de ciertos sectores y deportistas, favorece el desarrollo de onicomicosis. Igualmente, las defensas bajas ocasionadas por enfermedades crónicas como la diabetes, neuropatías periféricas, trastornos circulatorios periféricos o algún tipo de inmuno-

deficiencia no ayudan a prevenir la aparición de esta infección.

Concienciación y prevención

■ **Las uñas son un buen marcador de otras muchas patologías sistémicas** como trastornos cardiocirculatorios (dedos en palillo de tambor), respiratorios (síndrome de las uñas amarillas), hepáticos (uña de Ferry), renales (líneas de Muehrcke), hormonales (diabetes), inmunitarios (SIDA), autoinmunes (lupus, dermatomiositis, etc), o dermatosis a distancia (psoriasis, alopecia...).

■ **Además tienen la función de proteger las yemas de nuestros dedos, ayudar a los dedos de las manos a coger objetos y hasta nos permiten rascarnos**. Un conjunto de funciones que hacen que estas pequeñas partes de nuestro cuerpo sean fundamentales y que han llevado a Semergen y ADEV a poner en marcha esta campaña que, a través de carteles y folletos informativos en todos los centros de salud y hospitales españoles, transmite a la población y a los médicos la idea de que a la onicomicosis se le debe conceder importancia, pues “si se deja evolucionar la infección sin un tratamiento adecuado, ésta puede representar un problema importante para el paciente: puede ser dolorosa –aunque sea indolora al principio–, alterar la forma de caminar, ser causa de otras infecciones y tener, incluso, que recurrir a la ex-

tirpación quirúrgica de la uña”, ha subrayado el Dr. José Luis Garavís, vicepresidente de Semergen.

Riesgo de cronicidad

■ **A estos problemas se une el riesgo de cronicidad**, pues el proceso curativo es lento y, aunque se realice “un tratamiento correcto, la uña tarda mucho tiempo en adquirir un aspecto normal, ya que tiene un crecimiento muy pausado (las de los pies tardan un año en completar su crecimiento y las de las manos aproximadamente seis meses) y es necesario que la uña se renueve completamente para constatar su curación”, concluye el Dr. Garvís.

Patología y tratamiento

■ **La onicomicosis es una infección de las uñas de las manos o de los pies producida por diferentes tipos de hongos (dermatofitos, *Candida*, mohos, etc.).** Estos hongos pueden asentarse directamente en el borde de las uñas o pasar a ellas a través de la piel vecina contaminada.

■ **Cuando los hongos dermatofitos alcanzan las uñas** –frecuentemente las de los pies– y encuentran unas condiciones apropiadas se reproducen lenta pero progresivamente, invadiendo las uñas de forma asi-

Cuidados

- ▶ **Controlar** las posibles enfermedades sistémicas, muy relacionadas con la edad.
- ▶ **Evitar traumatismos** y hábitos como arrancarse cutículas, manicuras inexpertas, etc.
- ▶ **Cortar las uñas** en cuanto empiecen a molestar en la actividad diaria (las de las manos en curva y las de los pies en recto).
- ▶ **Usar calzado amplio** y cómodo (preferiblemente de cuero) y cambiar con frecuencia de zapatos para evitar que el pie roce siempre en el mismo sitio.
- ▶ **Higiene diaria** con agua, jabón y cepillo de cerdas suaves, con un secado cuidado (espacios interdigitales, incluidos).
- ▶ **Seleccionar bien** los cosméticos que se usan en las uñas, por sus posibles irritaciones y oclusiones (la humedad es el mayor riesgo de infección).
- ▶ **Cuidar las uñas** de los pies con la misma meticulosidad que las de las manos.
- ▶ **Acudir al médico** ante la mínima sospecha.

métrica. La ocupación se lleva a cabo sin dolor, con sequedad, pérdida de elasticidad, engrosamiento y deformación con aspecto carcomido. También hay cambios irregulares de color (desde el blanco al amarillen-



to), según la profundidad que alcance la infección, que siempre tiene un aspecto sucio.

■ **Ser hombre y mayor de 40 años es un aliciente para la infección por dermatofitos.** Por el contrario, la infección por *Candida* es más frecuente en las mujeres y el 70% se localiza en las manos por el trabajo con agua, traumatismos causados por la manicura, oclusión y maceración por guantes de goma (los

“Alrededor del 7% de los pacientes que consultan al dermatólogo padece problemas de uñas y, de estos, un 63% corresponden a onicomicosis”, ha explicado el Dr. Luís Olmos.

expertos han señalado que es preferible el uso de guantes de hilo y sobre éstos situar los de goma).

■ **En cuanto al tratamiento, éste varía dependiendo de si la matriz de la uña está o no afectada** y de los factores que puedan favorecer la persistencia del hongo. Según explica el Dr. Olmos, dermatólogo y profesor emérito de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid, “en general, no se necesita tratamiento oral y basta con la aplicación local de una laca que contenga amorolfina. El problema es que hay que tener paciencia pues las uñas crecen muy lentamente y hasta que no se reemplaza la parte enferma no se resuelve la infección”. Si la matriz está afectada se suele recomendar la terapia combinada de medicación oral y laca. ●



Los doctores José Luis Garavís, vicepresidente de Semergen, y Luís Olmos, dermatólogo, en la presentación de la campaña.



Atención del Auxiliar de Enfermería/TCE a las necesidades de alimentación y nutrición

Los principios de una dieta equilibrada, las distintas dietas hospitalarias y la Nutrición Enteral (NE) y Parenteral (NP) centran esta Actividad acreditada dedicada a la alimentación y nutrición de los pacientes.

SUMARIO:

1. INTRODUCCIÓN

- Los alimentos
- Clasificación de los alimentos
- Necesidades energéticas
- Dieta equilibrada en principios inmediatos

2. DIETAS HOSPITALARIAS

- Dietas terapéuticas
- Tipos de dietas terapéuticas
- Dietas especiales

3. NUTRICIÓN ENTERAL (NE)

- Objetivos de la NE
- Indicaciones de la NE
- Instauración de sonda nasogástrica (SNG)
- Cuidados de enfermería para la NE
- Cuidados generales
- Ventajas e inconvenientes de la NE

4. NUTRICIÓN PARENTERAL (NP)

- Indicaciones de la NP
- Cuidados de enfermería en NP
- Ventajas e inconvenientes de la NP

1. INTRODUCCIÓN

Los alimentos

Alimentación. Es la forma y manera de proporcionar al organismo los alimentos indispensables. Es un proceso voluntario.

Nutrición. Conjunto de procesos por los que el organismo recibe, transforma y utiliza las sustancias químicas contenidas en los alimentos que son esenciales para el mantenimiento de la vida en condiciones de normalidad. Es un proceso involuntario.

Metabolismo. Conjunto de reacciones orgánicas que se producen durante la vida de los seres vivos. Está formado por dos tipos de reacciones:

- **Anabolismo.** Las sustancias simples se transforman en otras más complejas. Ej.: Transformación de aminoácidos en proteínas.

- **Catabolismo.** Las sustancias complejas se transforman en otras más simples, por acción de las enzimas, para producir energía.

Digestión. Conjunto de procesos por los que los alimentos ingeridos se convierten en sustancias asimilables.

Clasificación de los alimentos

Según los nutrientes, existen 6 tipos:

■ Orgánicos:

- Glúcidos.
- Lípidos.
- Prótidos.
- Vitaminas.

■ Inorgánicos:

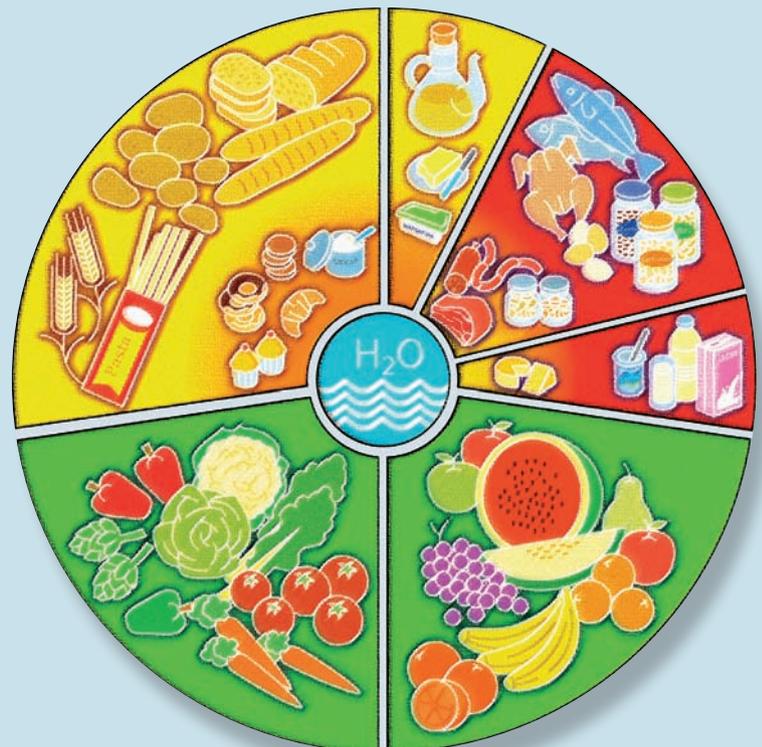
- Agua.
- Sales minerales.

Según sus funciones, existen alimentos:

- **Energéticos.** Se utilizan como combustible metabólico para producir energía. Contienen grasas e hidratos de carbono (pan, azúcar, aceite, patatas, etc.).

- **Plásticos.** Su finalidad es la renovación y formación de tejidos. Contienen proteínas (carnes, pescados).

- **Reguladores.** Regulan las reacciones metabólicas. Contienen Fe,





I, Cl, Na, K, Mg, vitaminas (frutas, verduras). Los alimentos se incluyen en uno u otro grupo, según predomine alguna de las sustancias señaladas, aunque pueden contener diversas sustancias nutritivas.

Rueda de alimentos. Los alimentos pueden agruparse en 7 grupos, debiéndose tomar, al menos, un alimento de cada grupo para elaborar la dieta equilibrada. Forman parte de la rueda de alimentos:

■ **Grupo 1. Leche y derivados**

La leche es el alimento natural más completo, pues proporciona todos los elementos nutritivos, a excepción del hierro.

El yogur es un derivado lácteo preparado con leche pasteurizada, a la que se inocula *Lactobacillus*, degradando la lactosa en ácido láctico. Tiene todas las propiedades de la leche, aunque pierde alguna vitamina hidrosoluble.



El queso es rico en calcio, grasas y proteínas. Se obtiene por coagulación de la leche con un fermento de la vaca (renina).

■ **Grupo 2. Carnes, pescados y huevos**

Las carnes más consumidas proceden de la vaca, cordero, cerdo y pollo. Contienen un 18-20% de proteínas de alto valor biológico, 10% de grasa y 70% de agua. Son ricas en fósforo y pobres en calcio. Contienen hierro, vitaminas B₁ y B₂.

Los pescados no grasos (merluza, lenguado, bacalao, abadejo) contienen un 80% de agua, 15-18% de proteínas y 0,5-2% de grasas.



Los pescados grasos (sardina, anchoa, salmón, atún) contienen entre 5-15% de grasa.

Los huevos de gallina tienen 6 g de proteínas, 6 g de grasa, 30 mg de calcio, 1,5 mg de hierro, 500 U.I. de vitamina A y 80 calorías. La cla-

ra es ovoalbúmina (proteína de alto valor biológico). La yema contiene 16% de proteínas y 30% de grasa (colesterol y lecitina).

■ **Grupo 3. Tubérculos, legumbres y frutos secos**

Aportan energía, proteínas y sustancias reguladoras.

La patata es el tubérculo más consumido, conteniendo un 20% de hidratos de carbono, 2% de proteínas, 1% de minerales y un 70-80% de agua.

Las legumbres secas (alubias, lentejas, garbanzos y guisantes) constituyen las leguminosas. Su contenido en proteínas es del 20%, 2% de grasa, excepto el garbanzo, que tiene 6%. Contienen un 60% de hidratos de carbono y un 13-18% de agua.



Los frutos secos (almondra, avellana, nuez, cacahuete) son ricos en grasas (35-50%) y en proteínas (15-30%).

■ **Grupos 4 y 5. Verduras y frutas**

Aportan pocas calorías (10-15 calorías por 100 g).

Contienen un 80% de agua, 1-12% de hidratos de carbono, 1-4% de proteínas y no contienen grasas.

Las verduras son bastante ricas en calcio (80-150 mg por 100 g de verdura) y en hierro (3,5 mg por 100 g). Son la fuente más importante de vitaminas A y C.



Las frutas destacan por su riqueza en vitamina C. Tienen poco valor calórico, salvo excepciones como el plátano, que es muy rico en hidratos de carbono.

■ **Grupos 6. Cereales, arroz, pan, pasta y azúcar**

Entre los cereales destacan el trigo, el arroz, el maíz, la avena y el centeno.

La composición química y el valor nutritivo de los granos completos de los cereales es muy semejante. Están formados por hidratos de carbono en forma de almidón, 10% de proteínas, calcio, hierro y vitamina B.



El azúcar procedente de la caña de azúcar o remolacha tiene un valor nutritivo sólo calórico (400 cal/100 g de azúcar).

■ **Grupo 7. Grasas, aceites y mantequilla**

Tienen un elevado valor calórico (900 cal/100 g).

Los aceites vegetales son grasas puras. La mantequilla, margarina o tocino contienen entre 75-90% de grasas.

Las grasas comestibles están formadas por las mismas grasas neutras (ésteres de glicerina y ácidos grasos). Lo que varía es el tipo de ácidos grasos que contienen.



La formación de cadenas cortas de ácidos grasos, con mayor proporción de ácidos grasos saturados, es característica en alimentos grasos en estado sólido (tocino, mantequilla).

Los alimentos ricos en ácidos grasos saturados son la leche y derivados, yema de huevo, carne de cerdo, embutidos, tocino, etc.

La formación de cadenas largas de ácidos grasos, con mayor proporción de ácidos grasos insaturados es común en alimentos grasos en estado líquido, como los aceites vegetales (aceite de maíz, girasol, soja).

El aceite de oliva y carnes de ave y pescados son ricos en ácidos grasos monoinsaturados.



► Aminoácidos esenciales:

Lisina (LIS)	Valina (VAL)
Metionina (MET)	Treonina (TRE)
Isoleucina (ILEU)	Fenilalanina (FEN)
Triptófano (TRIP)	Leucina (LEU)

► Aminoácidos no esenciales:

Alanina (ALA)	Prolina (PRO)
Serina (SER)	Cisteína (CIS)
Asparagina (ASN)	Glutamina (GLN)
Ácido aspártico (ASP)	Ácido glutámico (GLU)
Glicina (GLI)	Arginina (ARG)
Tirosina (TIR)	Histidina (HIS)

Los ácidos grasos saturados son aterogénicos, facilitando la elevación del colesterol plasmático. Los insaturados no son aterogénicos.

Necesidades energéticas

El valor energético de un alimento está determinado por su composición de principios inmediatos.

La unidad de medición es la caloría.

Caloría: cantidad de calor necesaria para elevar 1 °C la temperatura de 1 cm³ de agua.

Kilocaloría: es mil veces mayor que la caloría.

Nutriente energético	Kilocalorías
1 g de glúcido	4
1 g de lípido	9
1 g de prótido	4

Las necesidades energéticas dependen de la actividad física, peso y constitución física, edad y medio ambiente. En la infancia, adolescencia, embarazo y lactancia, debe haber un aporte suplementario de energía por el aumento de las necesidades.

Proteínas

Son compuestos orgánicos formados por aminoácidos. Tienen una función plástica, aunque pueden tener también una función energética.

En la naturaleza hay 20 aminoácidos, de los que 8 no los puede sintetizar el organismo, obteniéndose por la alimentación (aminoácidos esenciales).

En el embarazo y la infancia se añaden a los aminoácidos esenciales la arginina y la histidina.

Los aminoácidos se unen entre sí, formando péptidos. La unión de 2 aminoácidos forma un dipéptido, tripéptido si es de 3, etc.

Si el número de aminoácidos es mayor de 10, forman un polipéptido. Si el polipéptido tiene más de 100 moléculas de aminoácidos o si su peso molecular es mayor de 5,000, se denomina proteína.

El valor nutricional de las proteínas depende de los aminoácidos integrantes, clasificándose en:

■ **Proteínas de elevado valor biológico o proteínas nobles.** Son ricas en aminoácidos esenciales (huevo, leche, carne). El alimento de mayor valor biológico es el huevo.

■ **Proteínas de escaso valor biológico.** Son pobres en aminoácidos esenciales. Destacan en los cereales.

Cuando a dos alimentos les falta algún aminoácido esencial, y juntos tienen una proporción de aminoácidos esenciales ideal, constituyen la complementación proteica (legumbres y cereales).

Hidratos de carbono o carbohidratos

Son compuestos energéticos. Los alimentos ricos en hidratos de carbono son los del reino vegetal.

La glucosa es una imprescindible fuente energética para los tejidos nobles (riñón, cerebro, etc.). Los hidratos de carbono se clasifican en:

■ **Monosacáridos.** Son carbohidratos que no pueden desdoblarse en sustancias más sencillas. Son fácilmente absorbibles, y no suelen estar libres en los alimentos, sino formando poli o disacáridos. Son la glucosa, la fructosa y la galactosa.

■ **Oligosacáridos.** Pueden desdoblarse de 2 a 10 unidades de monosacáridos. Se denominan disacáridos, trisacáridos, etc., según estén formados respectivamente por 2, 3, etc., unidades de monosacáridos.

■ Los **disacáridos** son:

- **Sacarosa.** Es glucosa+fructosa. Es el más frecuente.
- **Lactosa.** Es glucosa+galactosa. Es el azúcar de la leche.
- **Maltosa.** Es glucosa+glucosa. Se obtiene a partir del almidón.

■ **Polisacáridos.** Son carbohidratos de los que se obtienen más de 10 moléculas de monosacáridos. Son la forma más eficaz de almacenar energía. Para ser absorbidos, deben hidrolizarse en mono o disacáridos.

Almidón. Es el polisacárido de reserva en el reino vegetal.

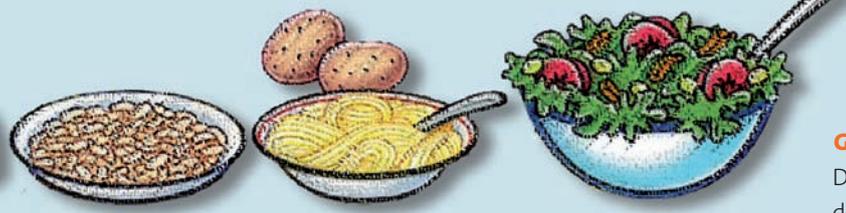
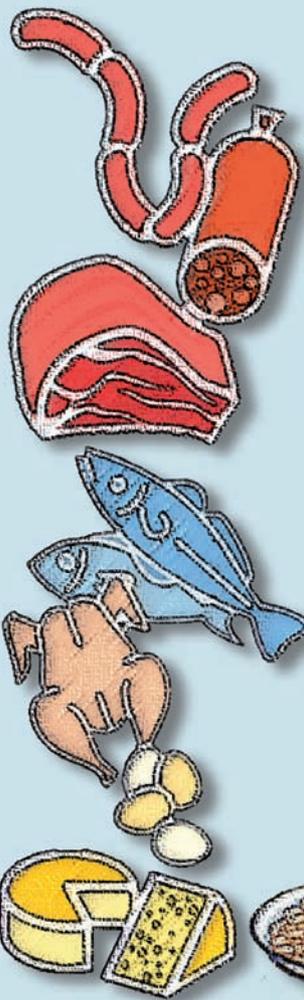
Glucógeno. Es el polisacárido de reserva en los animales.

La principal fuente de hidratos de carbono son las legumbres y cereales. Los alimentos de origen animal tienen escasa cantidad, destacando la leche y el hígado.

La celulosa es el polisacárido más importante del reino vegetal, estando formada por unidades de glucosa. En el ser humano no hay enzimas que hidrolicen la celulosa, no siendo digerida en el tubo digestivo.

Grasas o lípidos

De función energética, son fáciles de almacenar. Proceden de la reac-





ción entre un ácido graso y un alcohol, existiendo diversos tipos:

■ **Ácidos grasos.**

- **Saturados.** Palmítico, esteárico.
- **Monoinsaturados.** Oleico.
- **Poliinsaturados.** Linoleico, linoléico, araquidónico.

■ **Triglicéridos.** Es la forma en que se acumula la energía en el tejido adiposo.

■ **Colesterol.** Necesario para la formación de la pared celular, hormonas, etc.

■ **Lipoproteínas, fosfolípidos, etc.,** con diversas funciones.

Las fuentes de grasa son muy diversas:

- **Animales.** Más en el cerdo, cordero, huevos, leche, mantequilla.
- **Pescados.** Más en el pescado azul.
- **Vegetales.** Tienen poca grasa a excepción de los frutos secos.

Dieta equilibrada en principios inmediatos

■ **Proteínas.** 15-20% de las kcal/día.

■ **Grasas.** 25-35% de las kcal/día. Destaca el ácido linoleico.

■ **Hidratos de carbono.** 50-60% de las kcal/día. Mínimo de 100-150 g/día para evitar la gluconeogénesis (formación de los hidratos de carbono a partir de las proteínas y grasas) y pérdida del nitrógeno corporal.

Vitaminas

Son sustancias no sintetizadas por el organismo e imprescindibles en muy pequeñas cantidades. Su carencia en la dieta provoca enfermedades carenciales o avitaminosis.

Actúan como sustancias reguladoras o coenzimas en procesos metabólicos.

Pueden clasificarse en:

■ **Hidrosolubles:**

- **B₁ o tiamina.** Su déficit provoca el beri-beri o polineuritis progresiva.

- **B₂ o riboflavina.** Su déficit provoca dermatitis seborreica, anemia, glositis atrófica y esofagitis.

- **Niacina o ácido nicotínico.** Su déficit provoca la pelagra, caracterizada por hiperpigmentación y sequedad de la piel.

- **Biotina.**

- **Ácido pantoténico.**

- **B₆ o piridoxina.** Su déficit provoca anemia.

- **B₁₂ o cianocobalamina.** Su déficit provoca anemia perniciosa.

- **Ácido fólico.** Su déficit provoca anemia perniciosiforme.

- **C o ácido ascórbico.** Su déficit provoca escorbuto, caracterizado por gingivorragias y hemorragias cutáneas.

■ **Liposolubles.**

- **A o retinol.** Su déficit provoca trastornos del trofismo cutáneo y de las mucosas, sobre todo ocular (xeroftalmía).

- **D o calciferol.** Regula el metabolismo del calcio y fósforo, provocando su déficit, raquitismo, deformidad de los huesos y defectos en la dentición.

- **E o tocoferol.** Su déficit provoca esterilidad.

- **K. Esencial para la coagulación,** su déficit provoca hemorragias.

Las vitaminas hidrosolubles no se almacenan en el organismo, debiendo hacerse un aporte diario. Las vitaminas liposolubles se almacenan, pudiendo producir enfermedades por exceso.

Oligoelementos

Son sustancias inorgánicas que se encuentran en el organismo en cantidades muy pequeñas e imprescindibles (hierro, yodo, fósforo, magnesio, etc.).

Fibra vegetal

La constituyen sustancias de origen vegetal (celulosa, hemicelulosa, lignina) no absorbibles por el tubo digestivo, que regulan el

tránsito y absorción de los nutrientes.

Tiene gran capacidad de absorción de agua, aumentando y regulando la masa del bolo fecal, retarda la absorción de nutrientes y da la sensación de saciedad.

Es útil en la regulación del tránsito intestinal, reduce los niveles de colesterol y de glucemia y reduce la incidencia del cáncer de colon.

Se encuentra en la piel de las verduras, frutas y cáscara de cereales. Sus requerimientos diarios son de 25 a 40 g.

2. DIETAS HOSPITALARIAS

En muchos procesos patológicos, y por diversos motivos, es necesario modificar el tipo de alimentación habitual del paciente. El resultado es la dieta terapéutica o régimen dietético.

Dieta es la planificación de alimentos y líquidos para cada paciente en función de características individuales, el objetivo de esta es doble: preventivo y curativo.

La **Dietoterapia** estudia el tratamiento de la enfermedad mediante la regulación de la dieta.

Un estado nutricional adecuado mantiene la salud, rebaja el riesgo de complicaciones y acelera el tiempo de recuperación en enfermedad.

■ **El médico** prescribe la dieta para el paciente y ésta debe ser:

- **Suficiente** en calorías.
- **Completa en aporte** de nutrientes básicos.
- **Armónica en la proporción** de principios inmediatos.
- **Adecuada a las necesidades** terapéuticas.

■ **El servicio de dietética** colabora con el equipo asistencial en:

- **Valoración** de las necesidades de nutrición.



- **Planificación** de la dieta.
- **Selección** de menús.
- **Supervisión** de los procedimientos de preparación.

■ **El personal de enfermería** colabora en:

- **Valoración** y planificación de la dieta.
- **Administración** de alimentos según nivel de independencia del paciente.
- **Cumplimentación** de la planificación de dietas.

■ **El servicio de cocina** se encarga de:

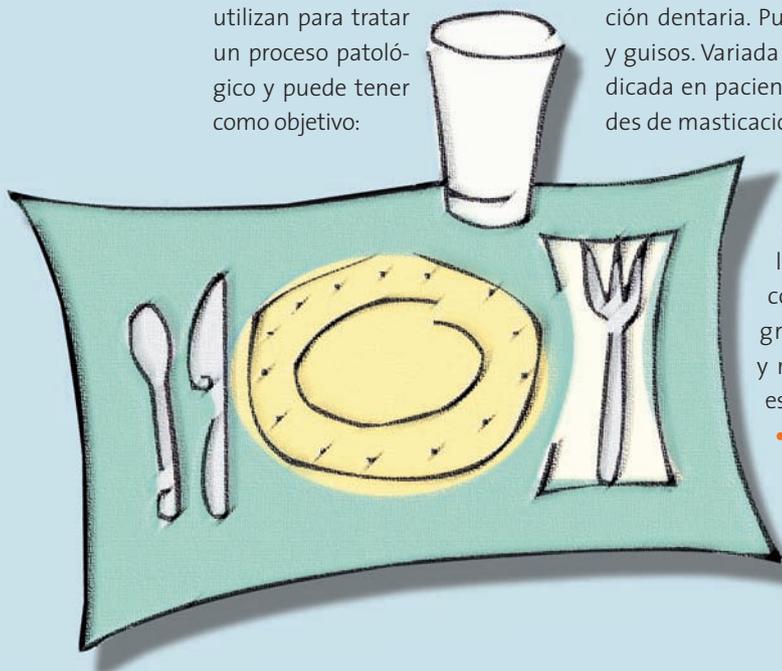
- **Recibir y conservar** los alimentos.
- **Preparar** los distintos tipos de dietas.
- **Distribuir** las comidas a las diferentes plantas bajo la supervisión del TCE.
- **Recoger y limpiar** los servicios de comida de los pacientes.

■ **El servicio de Farmacia**

- **Prepara y/o suministra** la Nutrición Enteral (NE) y Nutrición Parenteral (NP).

Dietas terapéuticas

Son las que incluyen tipos y cantidades concretas de alimentos. Se utilizan para tratar un proceso patológico y puede tener como objetivo:



- Fomentar la salud.
- Prevenir complicaciones.
- Preparar para exploraciones. Pueden ser temporales o permanentes.

Tipos de dietas terapéuticas

■ **Dieta líquida.** No aporta los nutrientes necesarios, es de corta duración. Solamente incluye líquidos (agua, infusión, caldo...). Es una dieta de inicio.

■ **Dieta semiblanda/semilíquida o de transición.** No aporta los nutrientes necesarios, es el paso intermedio entre la dieta líquida y la blanda. Incluye líquidos y alimentos semisólidos (puré, yogur, gelatina, fruta en almíbar).

■ **Dieta blanda.** Alimentos de fácil masticación y digestión. No tiene contenido fibroso (crema, tortilla, pescado...). Variada y equilibrada. Indicada en postoperatorios, patologías digestivas leves, síndromes febriles...

■ **Dieta túrmix o triturada.** Alimentos en forma de purés (líquidos y sólidos triturados). Variada y equilibrada. Indicada en pacientes con problemas mecánicos de masticación y/o deglución.

■ **Dieta de fácil masticación.** Alimentos de consistencia blanda o que exigen una mínima trituración dentaria. Puede incluir fritos y guisos. Variada y equilibrada. Indicada en pacientes con dificultades de masticación

■ **Dieta diabética.** Sin azúcares solubles, controlada en colesterol, con restricción de grasas saturadas y rica en fibras. En esas dietas:

- Las raciones de hidratos de carbono serán más pequeñas que para una dieta normal.

- Se ofrecerá 30 gramos de pan en desayuno, comida y cena.
- Habrá sacarina en lugar de azúcar y los productos lácteos serán desnatados.

• Resopón de la noche: leche desnatada.

• Indicada en pacientes diabéticos, obesos con riesgo de diabetes tipo 2, diabetes gestacional y diabéticos con dislipemia asociada...

■ **Dieta hipoproteica.** Se rebaja el aporte proteico a 0,8 g/kg./día. Prohibidos los lácteos enteros y las legumbres. Las proteínas serán de alto valor biológico, es decir, de origen animal. Indicada en pacientes con nefropatías y hepatopatías.

■ **Dieta hipocalórica.** Facilita la pérdida de peso. Restricción de grasas, dulces, cereales, bebidas azucaradas, fritos...

■ **Dieta hipercalórica.** Dieta alta en calorías, variada y equilibrada. Se aumentan los hidratos de carbono y las grasas. Indicada en pacientes con peso insuficiente o desnutrición (neoplasias...).

■ **Dieta hiperproteica.** Se aumenta el aporte proteico. Indicada en pacientes con desnutrición o con necesidad de reparación de tejidos.

■ **Dieta hipoglucémica.** Bajo aporte de HC (azúcar, dulces, cereales, frutas...). Indicada para bajar la glucemia.

■ **Dieta hiposódica.** Rebaje total o parcial del aporte de sodio. Indicada en paciente renal, cardíaco, hipertenso.

■ **Dieta pobre en colesterol/hipolipemiante.** Bajo aporte de alimentos que contienen colesterol (huevos, carne, grasa, leche...). Aumento del aporte de fibra. Indicada en pacientes con hipercolesterolemia e hiperlipoproteinemias.

■ **Dieta astringente/sin residuos.** Se eliminan los alimentos ricos en fibra (verdura, fruta, leche...). Se evitan estimulantes del reflejo gástrico y del peristaltismo. Alimentos



hervidos y a la plancha. Indicada en pacientes con alteración gastrointestinal, con fiebre o con procesos diarreicos.

■ **Dieta laxante/rica en residuos.**

Aumenta el aporte de alimentos ricos en fibra (30 g/día): ensalada, pan integral, fruta... Indicada en pacientes con estreñimiento, embazadas...

■ **Dieta de protección gástrica.**

Incluye alimentos de consistencia blanda y fácil digestión. Excluye ácidos, aceitunas, pescado graso, fruta cruda, verdura cruda, espinacas, café, pan, guisos... Indicada en pacientes con gastritis, enfermedades inflamatorias del intestino, hernia de hiato...

■ **Dieta de protección biliar.**

Excluye alimentos muy grasos y flatulentos (pescado graso, cordero, lácteos enteros, cebolla cruda...). Indicada en pacientes con patologías biliares, hepáticas, pancreatitis...

Dietas especiales

■ **Dietas terapéuticas** elaboradas:

- Para tratar una enfermedad específica (sin gluten...)
- Con finalidad exploratoria o diagnóstica.
- Que tienen en cuenta la frecuencia y horario de ingestión del alimento.

■ **Dieta absoluta:** Supresión total de alimentos y líquidos. De corta duración (24-48 h). Indicada en preoperatorio y postoperatorio inmediato, exploraciones, parto...

Procedimiento para la distribución de comidas

- **No introducir nunca** el carro de comidas en las habitaciones.
- **Lavado de manos** antes y después de servir la comida.
- **Comprobar** que la dieta coincide con la correspondiente al paciente.
- **Repartir bandejas** dejando para el final a los pacientes que necesitan ayuda. En muchos hospitales

el servicio de hostelería reparte las bandejas de comida, controlando el TCE que cada paciente reciba su dieta correspondiente.

■ **Preparar al paciente:**

- Antes de comer lavado de manos o aseo.
- En encamado colocar en Fowler alto.

■ **Preparar la habitación:**

- Ordenar y preparar la mesa.
- Retirar cuña o botella.
- Ventilar habitación.

■ **Asegurarnos que la dieta corresponde** al código de identificación y al paciente que la va a consumir.

■ **Verificar que el servicio** incluye todo el material necesario.

■ **Comprobar que la temperatura** de los alimentos es la adecuada para el paciente.

■ **Si puede comer solo** se entregará la bandeja al paciente.

■ **Observar la cantidad** de alimento que ha comido y sus dificultades.

■ **Después de la comida,** realizar la higiene bucal.

■ **Recoger los restos** de alimentos.

■ **Comentar/registrar datos** observados.

Ayuda alimentaria al paciente

■ **Lavado de manos,** seguir las mismas indicaciones que en procedimiento general y:

■ **Anudar servilleta** alrededor del cuello.

■ **Ofrecer la comida** en el orden que el paciente desee.

■ **No administrar** trozos de comida demasiado grandes.

■ **No llenar demasiado** la cuchara.

■ **Respetar el ritmo** de masticación y deglución.

■ **Ofrecerle líquidos** cuando lo solicite ↔ pajita.

■ **Animarle a ingerir** todos los alimentos pero sin forzar.

■ **Limpiar los labios** con la servilleta y al finalizar facilitarle y ayudarle en la limpieza bucal.

■ **Reordenar la cama,** retirar migas, estirar sábanas.

■ **Acomodar** al paciente.

■ **Colocar restos de alimentos** en el carro de cocina.

■ **Comentar/registrar** datos observados.

3. NUTRICIÓN ENTERAL (NE)

Es el paso intermedio entre la nutrición oral tradicional y la Nutrición Parenteral (NP).

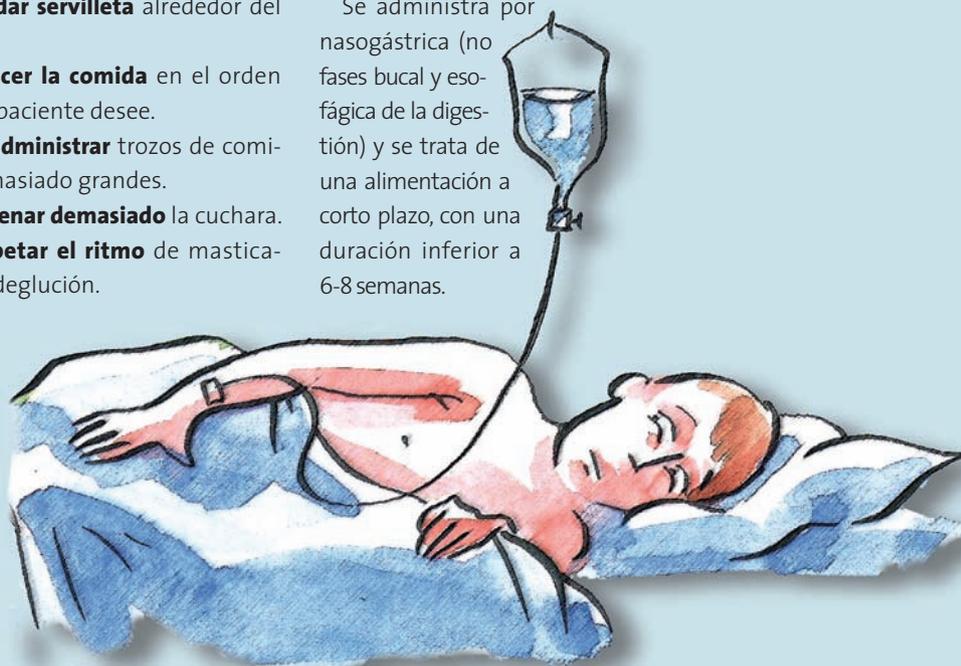
Consiste en la administración de los nutrientes necesarios para conseguir un soporte nutricional adecuado por vía digestiva.

Objetivos de la NE

Restablecer el equilibrio nutricional del paciente. Mantener la función intestinal evitando el deterioro de las funciones, que podrían derivar en:

- Atrofia de la mucosa intestinal.
- Baja absorción de endotoxinas.
- Altas complicaciones sépticas.
- Disminución de la inmunidad local.

Se administra por nasogástrica (no fases bucal y esofágica de la digestión) y se trata de una alimentación a corto plazo, con una duración inferior a 6-8 semanas.





Indicaciones de la NE

■ **Malnutrición** o posibilidad de padecerla, con tracto gastrointestinal funcional.

■ **Incapacidad de ingerir** nutrientes por vía oral.

■ **Antes de iniciar** la nutrición enteral debemos agotar todas las posibilidades de tolerancia oral.

El tipo de dieta dependerá de:

- Las necesidades fisiológicas.
- La capacidad digestiva.
- La estimación de requerimientos nutricionales del paciente.

Es preferible la forma líquida, ya que existe menor manipulación y menor riesgo de contaminación.

Su composición nutricional está perfectamente definida.

No están indicadas las dietas de cocina trituradas, por su alta viscosidad y osmolaridad.

Modos de administración

■ **Infusión continua.** El paciente depende durante todo el día de la nutrición enteral.

■ **Infusión intermitente.** Administración de la dieta en 4-5 tomas de 15-20 mn, cada toma a 30 ml/min con volumen de 350 ml.

■ **Infusión en bolus.** Bolus a lo largo del día.

Instauración de sonda nasogástrica (SNG)

Consiste en la introducción de una sonda a través de fosas nasales hasta el estómago.

Material

■ **SNG de calibre adecuado** y adecuada a las necesidades del paciente:

- De doble vía (Salem).
- De una sola vía (Levin).

■ **Bolsa de evacuación** y soporte.

■ **Lubricante anestésico** hidrosoluble.

■ **Jeringa** de cono ancho de 50ml.

■ **Fonendoscopio.**

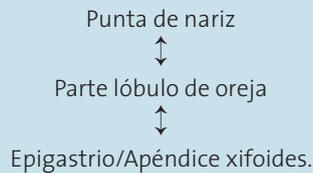
■ **Guantes** desechables.

■ **Gasas** estériles y esparadrapo.

Procedimiento

■ **Explicar al paciente** la técnica a realizar solicitando su colaboración.

■ **Hacer medición** del trayecto previsto:



■ **Colocar al paciente** en Fowler alto y cabeza ligeramente inclinada hacia delante.

■ **Lavado de manos** y colocación de guantes no estériles ↔ Técnica limpia.

■ **Aplicar lubricante** a los 30 cm distales de la sonda.

■ **Colocar la cabeza** del paciente en hiperextensión e introducir sonda por orificio nasal hasta nasofaringe.

■ **Flexionar la cabeza** hasta el pecho y seguir introduciendo la sonda hasta el estómago. Pedir al paciente que trague saliva y avanzar la sonda.

■ **Una vez alcanzado el punto previsto** en la medición inicial puede empezar a salir contenido, en caso contrario aspirar con jeringa.

■ **En caso de salida de aire** y dificultad respiratoria (inserción en aparato respiratorio) retirar inmediatamente la sonda.

■ **Si no obtenemos contenido gástrico** introducir 20 cm de aire con la jeringa y auscultar con el fonendoscopio el epigastrio.

■ **Confirmación** definitiva por radiografía de tórax.

■ **Fijar la sonda** con esparadrapo hipoalérgico.

■ **Una vez finalizada la técnica** podemos:

- Conectar la sonda a nutrición enteral; conectar SNG a sistema de alimentación previamente purgado.
- Conexión a vacío intermitente.
- Conectar a bolsa colectora por debajo del nivel del estómago.

• Acomodar al paciente.

• Se anotará procedimiento e incidencias.

Cuidados de enfermería para la NE

■ **Mantener al paciente incorporado** 30-45° durante la administración y 1 h después.

■ **Iniciar nutrición de forma gradual** (30 ml/ h) y a las 12 h aumentar el ritmo si no existen complicaciones.

■ **Si la NE es continua,** mantener al paciente ligeramente incorporado, siempre que se pueda.

■ **El alimento debe estar colgado** 60 cm por encima de la cabeza del paciente.

Cuidados generales

■ **Asegurarse** en todo momento de manipulación el no desplazamiento de la SNG.

■ **Limpieza** de los orificios nasales al menos una vez al día.

■ **Si detectamos heridas** o sangrado nasal, valoraremos el cambio de sonda a la otra fosa nasal.

■ **Realizar** la higiene de la boca.

■ **Evitar** el resecamiento de los labios aplicando vaselina.

■ **Cambio de apósito** según el protocolo y rotando el lugar de fijación.

■ **Control** del residuo gástrico según protocolo.

Material

■ **Bolsa** de evacuación/jeringa de 50 ml de cono ancho.

■ **Guantes.**

■ **Gasas.**

■ **Tapón** de SNG.

■ **Pinza** Kocher.

El cambio de sistema se efectuará de forma aséptica y según marque el protocolo.

Cambio de SNG

■ **Siempre que esté obstruida,** agrietada...

■ **En caso de extracción accidental** o voluntaria.

■ **Según protocolo** de la unidad.



El cambio de bolsa se efectuará según marque el protocolo.

Vigilar constantes vitales, ritmo de evacuaciones, hidratación de la piel...

■ **Complicaciones de la NE**

- Erosiones del tubo digestivo.
- Obstrucción de la SNG, siendo necesario realizar lavados.
- Náuseas y vómitos.
- Retención gástrica.
- Dolor abdominal tipo cólico, se deberá disminuir la velocidad de infusión.
- Diarreas, estreñimiento.
- Hiperglucemia.
- Broncoaspiración.
- Contaminación del alimento.

Ventajas e inconvenientes de la NE

■ **Ventajas:**

- Es barata.
- No necesita una vía central. Tiene un bajo riesgo de infección.

■ **Inconvenientes:**

- No resulta apropiada a largo plazo.
- Contraindicada en pacientes con alto riesgo de broncoaspiración.
- Escaras y erosión nasal.

4. NUTRICIÓN PARENTERAL

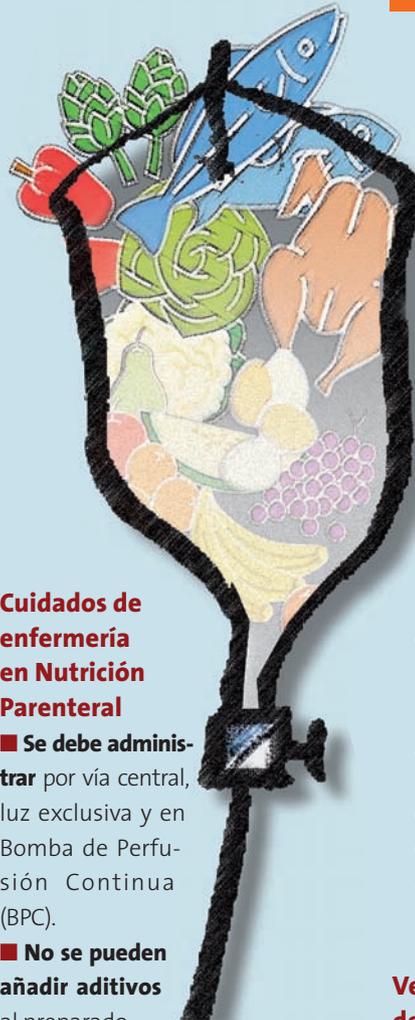
Permite alimentar de manera completa a pacientes con el tracto digestivo no funcionando.

Los nutrientes pasan directamente al sistema circulatorio.

Indicaciones de la NP

Se utiliza en pacientes con:

- **Reposición o mantenimiento del estado nutricional** mediante tratamiento endovenoso.
- **Intolerancia a NE.**
- **Graves problemas GI** (diarreas crónicas severas, vómitos de larga evolución).
- **Quemados.**
- **Coma.**
- **Politraumas...**



Cuidados de enfermería en Nutrición Parenteral

■ **Se debe administrar** por vía central, luz exclusiva y en Bomba de Perfusión Continua (BPC).

■ **No se pueden añadir aditivos** al preparado.

■ **Se debe conservar en la nevera** hasta el momento de su administración.

■ **Se debe dejar a temperatura ambiente** antes de su administración o calentarse.

■ **Todas las conexiones** deben permanecer estériles.

■ **Cambio de sistema de perfusión** con técnica estéril y según el protocolo de la unidad:

- Poner en espera la BPC.
- Cerrar catéter central con pinza deslizante.
- Lavado de manos y colocación de guantes estériles.
- Abrir la bolsa exterior de la NP (TCAE).
- Retirar la cubierta de protección y perforar la bolsa sin tocar el orificio de entrada.
- Purgar todo el sistema eliminando posibles burbujas.
- Conectar el equipo al catéter central.

• Colocar el equipo en la BPC, abrir las pinzas y programar la velocidad deseada.

• Cambio de bolsa cada 24 h:
– Siempre a la misma hora.
– Aunque no hubiera terminado.

• En interrupción inesperada de NP, instaurar SG al 10%, 20% según pauta médica hasta el reinicio de la NP.

• Observar en cada turno la posible aparición de flebitis, zonas enrojecidas, extravasación.

• Observar el punto de punción: color, dolor o rubor.

• En caso de fiebre, valorar la posible retirada de la vía y seguir el protocolo de la unidad.

• Cambio de apósito según protocolo de la unidad y cada vez que esté mojado o sucio y de manera aséptica.

• Registro de incidencias.

Ventajas e inconvenientes de la NP

■ **Ventajas:**

- Absorción del 100%.
- Infusión continua. Ayuda a que no haya exceso de déficit de algún componente.
- Muy completa.

■ **Inconvenientes:**

- El paciente no usa el tubo digestivo.
- Más cara.
- Sus complicaciones son graves (flebitis, neumotórax, embolia gaseosa, infección por CVC...).

Bibliografía recomendada

Peña Bayo, J.A. «Los alimentos. Nutrición enteral y parenteral». Manual del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería. Madrid. Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería. 2000. p. 148-155.

Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería. «Cuidados y técnicas del AE/ TCAE en Atención Especializada». 2009.

¿Quién cuida al cuidador?

Mucho estudiamos, pensamos, debatimos, hablamos... sobre el cuidado de los enfermos, de los métodos, de las técnicas, pero ¿quién cuida a los cuidadores? Hay pocas iniciativas que tengan como protagonista al cuidador.

Sumario

- **Introducción**
Valoración y reconocimiento de la dependencia
- **Objetivo**
- **Metodología**
- **Desarrollo**
¿Quiénes son los cuidadores?
¿En qué consiste cuidar?
Consecuencias para el cuidador
El cuidado del cuidador: aprender a cuidarse.
¿Qué debe hacer un cuidador para cuidar mejor de sí mismo?
¿Qué podemos hacer para ayudarles?
Orientaciones generales para ayudarles
- **Conclusiones**
- **Bibliografía Recomendada**

Conocer las necesidades de los pacientes es fundamental y necesario para poder prestar unos cuidados adecuados, pero ¿conocemos las necesidades de los cuidadores de los pacientes?

Las personas que cuidan a menudo no son apreciadas como es debido, no sólo por el paciente, sino también por los profesionales sanitarios (que cada vez tenemos un grado mayor de exigencia en nuestra labor asistencial).

Los cuidadores necesitan el reconocimiento de su labor, especialmente aquellos que no reciben un refuerzo positivo por parte del paciente.

Ellos son y forman parte del equipo. Deberían saber que no los olvidamos, que no se encuentran solos en esa tarea de cuidar.

Introducción

■ **Las personas dependientes** (ancianos y discapacitados graves que no se pueden valer por sí mismos) son aquellas que necesitan ayuda para realizar las actividades

básicas de la vida diaria (levantarse de la cama, asearse, comer...).

■ **En España**, y según los datos del Libro Blanco de la Dependencia, se calcula que hay más de 1.125.000 personas dependientes, aunque esta población, según las previsiones, aumentará en los próximos años (Tabla 1).

Valoración y reconocimiento de la dependencia

■ **La situación de dependencia se clasifica** en los siguientes grados:

- **Grado I.** Dependencia moderada: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día.
- **Grado II.** Dependencia severa: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requiere el apoyo permanente de un cuidador.
- **Grado III.** Gran dependencia: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias

actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía mental o física, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona.

■ **La mayoría de las personas dependientes en España** tienen más de 65 años. Según los expertos que elaboraron el Libro Blanco de la Dependencia, más del 80% de las personas que no se pueden valer por sí mismas en nuestro país supera esta edad.

■ **La atención a estas personas se realiza**, sobre todo, en el ámbito familiar y recae especialmente en las mujeres (representan el 83% de los cuidadores familiares) que, en la mayoría de los casos, se ven imposibilitadas para llevar a cabo actividad laboral alguna.

Objetivo

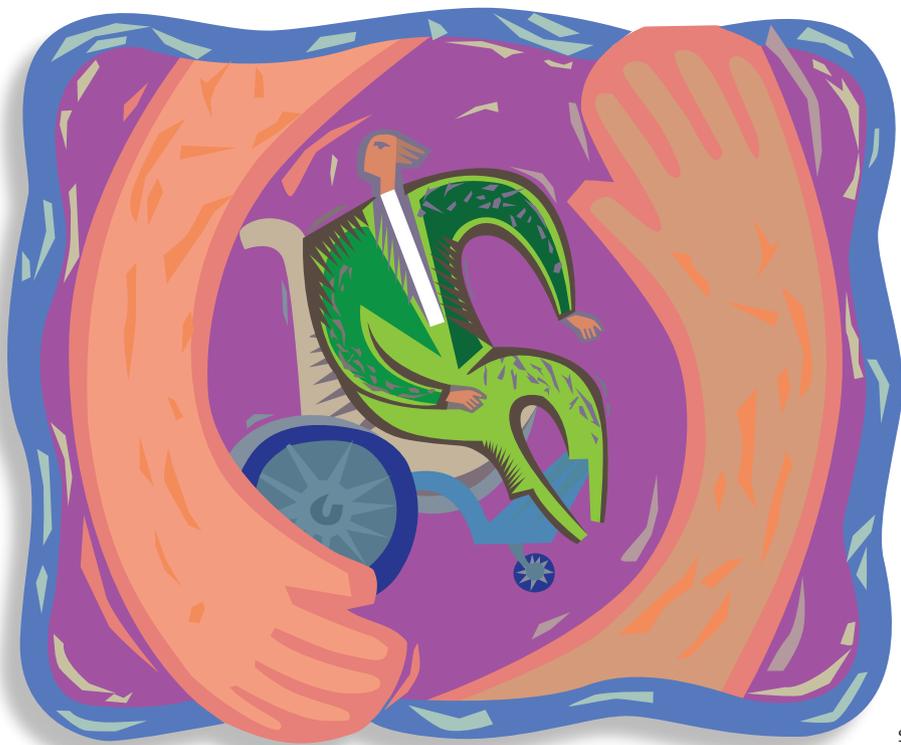
■ **Conocer las necesidades** de los cuidadores de los pacientes dependientes.

Metodología

■ **Se recopila todo tipo de información sobre cuidadores:** libros, Internet, revistas científicas, casos reales, y se realiza este trabajo que creemos que puede ser de gran ayuda para mejorar la calidad de vida del paciente y del cuidador principal.

TABLA 1. Proyección del número de personas dependientes para las actividades de la vida diaria por grados de necesidad de cuidados (España, 2005-2020).

	2005	2010	2015	2020
Personas dependientes				
Grado 3 (Gran dependencia)	194.508	223.457	252.345	277.884
Grado 2 (Dependencia severa)	370.603	420.336	472.461	521.065
Grado 1 (Dependencia moderada)	560.080	602.636	648.442	697.277
Total	1.125.190	1.246.429	1.373.248	1.496.226



- Gran parte de los cuidadores no reciben ayuda de otras personas (60%).
- La rotación familiar o sustitución del cuidador principal por otros miembros de la familia es moderadamente baja (20 %).

¿En qué consiste cuidar?

Cuidar es una situación que acaban experimentando muchas personas a lo largo de sus vidas.

■ **La experiencia de cada cuidador es única**, ya que son muchos los aspectos

que hacen que esta experiencia difiera de cuidador a cuidador. El porqué se cuida, a quién se cuida, la relación previa con la persona cuidada, la causa y el grado de la dependencia del familiar, la ayuda que prestan otros miembros de la familia, las exigencias que se marquen los cuidadores, etc., son algunos de esos aspectos. Cuidar a un familiar dependiente puede ser, a pesar de las dificultades, una experiencia muy satisfactoria para el cuidador.

■ **A veces los cuidadores descubren** que poseen unas cualidades que hasta entonces no conocían y no son pocos los cuidadores que reconocen haber evolucionado como personas a través de las situaciones asociadas al cuidado.

■ **También puede ser una de las experiencias más solitarias e ingratas.** En muchos casos, el cuidado es, al mismo tiempo, solitario, ingrato, conmovedor y satisfactorio. Lo que es seguro es que cuidar a un familiar es una de las experiencias más dignas y merecedoras de reconocimiento por parte de la sociedad.

Desarrollo

¿Quiénes son los cuidadores?

■ **Los cuidadores familiares** de personas dependientes son aquellas personas que, por diferentes motivos, coinciden en la labor a la que dedican gran parte de su tiempo y esfuerzo: permitir que otras personas puedan desenvolverse en su vida diaria, ayudándolas a adaptarse a las limitaciones que su discapacidad funcional les impone.

■ **En la mayoría de las familias es una única persona** la que asume la mayor parte de la responsabilidad de los cuidados.

■ **Centrándonos en las personas mayores dependientes** vemos que la mayor parte de sus cuidadores principales son mujeres: esposas, hijas y nueras. Hasta tal punto es así que según datos de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología, 8 de cada 10 personas que están cuidando a un familiar mayor dependiente en nuestro país son mujeres entre 45

y 65 años de edad. A pesar del claro predominio de las mujeres en este ámbito, los hombres participan cada vez más en el cuidado de las personas con discapacidad bien como cuidadores principales, bien como ayudantes de las cuidadoras principales, lo que significa un cambio progresivo de la situación.

Perfil del cuidador

- La mayoría de los cuidadores son mujeres (83% del total).
- De entre las mujeres cuidadoras, un 43% son hijas, un 22% son esposas y un 7,5% son nueras de la persona cuidada.
- La edad media de los cuidadores es de 52 años (20% superan los 65 años).
- En su mayoría están casados (77%).
- Una parte muy sustancial de cuidadores comparten el domicilio con la persona cuidada (60%).
- En la mayoría de los casos no existe una ocupación laboral remunerada del cuidador (80%).

Consecuencias para el cuidador

Las personas que atienden directamente a familiares dependientes tienen que responder a determinadas tareas, esfuerzos y tensiones derivadas del cuidado pudiendo repercutir, tanto en su propia persona como en las de su entorno, produciéndose algunos cambios en diferentes ámbitos de su vida cotidiana.

■ **Cambios en las relaciones familiares:** pueden aparecer conflictos en el seno de la familia, por desacuerdos en la atención e implicación de los familiares en el cuidado del familiar dependiente.

■ **Cambios emocionales:** los cuidadores se ven expuestos a un buen número de emociones y sentimientos. Algunos positivos, como los sentimientos de satisfacción por contribuir al bienestar de un ser querido. Pero también, frecuentemente, son negativos, como la sensación de impotencia, sentimiento de culpabilidad, rechazo hacia la persona dependiente, soledad, preocupación o tristeza.

■ **Cambios sobre la salud:** el cuidado prolongado de un familiar termina afectando a la salud de los cuidadores. Frecuentemente

se encuentran cansados y tienen la sensación de que su salud ha empeorado.

■ **Consecuencias laborales:** para muchos cuidadores es conflictivo mantener un trabajo a la vez que se realizan la tarea de cuidado. En algunas ocasiones tienen la sensación de abandonar al familiar para ir al trabajo y en otras la de estar incumpliendo con el trabajo. De hecho en España, el 50% de los cuidadores no pueden plantearse trabajar, han abandonado su trabajo o han reducido su jornada laboral.

■ **Dificultades económicas:** son frecuentes las dificultades económicas, tanto porque disminuyen los ingresos (al disminuir la dedicación laboral) como porque aumentan los gastos derivados del cuidado del familiar (adaptaciones en el hogar).

■ **Disminución de las actividades de ocio:** la situación de tener a cargo una persona dependiente provoca una disminución del número de actividades sociales y de ocio, lo que puede producir sentimientos de aislamiento y soledad.

■ **Sentimientos de culpabilidad:** en ocasiones los cuidadores llegan a plantearse una de las decisiones más difíciles: si al familiar se le debe ingresar en una residencia.

El cuidado del cuidador: aprender a cuidarse

Debido a que las vidas de los cuidadores giran en torno a la satisfacción de las necesidades de su familiar, muchos suele dejar sus propias vidas en un segundo plano. Esta situación, perfectamente comprensible, significa frecuentemente que las tensiones y el malestar que experimentan muchos cuidadores proviene, pues, del hecho de que se olvidan de sus propias necesidades en beneficio de la de sus familiares.

Las múltiples y variadas responsabilidades del cuidado dificultan que estas personas puedan disponer del tiempo y fuerzas necesarias para cuidarse a sí mismos. No obstante, los cuidadores que quieran disfrutar de un mayor bienestar tanto emocional como físico en la situación de cuidado de su familiar, así como desarrollar un óptimo rendimiento en las tareas relacionadas con el cuidado, necesitan darse cuenta de la importancia que tiene cuidar de sí mismo y aprender cómo hacerlo.

¿Qué debe hacer un cuidador para cuidar mejor de sí mismo?

■ Saber pedir ayuda

Los cuidadores no deben pretender hacer frente a las responsabilidades del cuidado ellos solos, pero tampoco han de suponer que toda la gente de su alrededor les va ayudar de forma natural. Si un cuidador no pide ayuda, es probable que no la consiga.

Pedir ayuda no es un signo de debilidad, es una excelente forma de cuidar.

Aunque los familiares y amigos pueden proporcionar a los cuidadores una ayuda fundamental y enormemente valiosa, en ocasiones esto no es suficiente y resulta necesario otro tipo de soluciones, en concreto, recurrir a servicios, instituciones o asociaciones de ayuda para el cuidado de las personas dependientes.

■ Cuidar de su salud

Los cuidadores que mejor se sienten son los que mantienen unos hábitos de vida que les llevan a estar en las mejores condiciones físicas y psicológicas para cuidar de su familiar y de sí mismo:

● **Dormir lo suficiente.**

● **Hacer ejercicio con regularidad.**

El ejercicio físico es una forma muy útil para combatir tanto la depresión como la tensión emocional.

Señales de alerta a tener en cuenta en la salud del cuidador

- ▶ **Pérdida de energía,** sensación de cansancio continuo, sueño.
- ▶ **Aumento en el consumo** de bebidas, tabaco y /o fármacos.
- ▶ **Problemas de memoria,** dificultad para concentrarse, bajo rendimiento general.
- ▶ **Menor interés** por actividades y personas.
- ▶ **Aumento o disminución** del apetito.
- ▶ **Enfadados fáciles** y sin motivo aparente.
- ▶ **Cambios frecuentes de humor** o de estado de ánimo, irritabilidad, nerviosismo.
- ▶ **Dificultad para superar sentimientos** de tristeza, frustración y culpa.
- ▶ **Tratar a otras personas** de forma menos considerada que habitualmente.
- ▶ **Problemas** en el lugar de trabajo.

- **Evitar el aislamiento.** Como consecuencia del exceso de trabajo, muchos cuidadores se distancian de sus amigos y familiares.
- **Salir de casa.** Evitar la sensación desagradable de vivir atrapados.
- **Mantener aficiones e intereses.** Lo ideal es mantener un equilibrio entre las propias necesidades e intereses personales y las obligaciones que implica cuidar un familiar.

■ Organizar el tiempo

La falta de tiempo es una de las mayores preocupaciones de los cuidadores: tiempo para sus propias necesidades, para cuidar a su familiar, para atender a otras personas de la familia, para sus responsabilidades laborales, para estar con amigos, etc. El tiempo siempre es limitado y ejerce una gran presión sobre los cuidadores, que se sienten en muchas ocasiones “superados” por múltiples obligaciones y tareas que deben realizar a la vez. Intentar combinar de la mejor manera posible nuestras obligaciones, necesidades y cantidad de tiempo del que se dispone es algo que, sin duda, puede ayudar a aprovechar mejor el tiempo y, como consecuencia, a vivir mejor.

■ Poner límites a la cantidad de ayuda que se presta

Si se realizan atenciones superiores a las necesarias, se limita la posibilidad de que la persona dependiente se sienta útil al colaborar en su propio cuidado. Además el cuidador realiza más tareas de las necesarias.

Por otro lado, teniendo en cuenta las limitaciones del familiar, es importante saber decir “no” cuando demandan una atención desproporcionada.

■ Conocer los derechos

- **El derecho a cuidar de sí mismos,** dedicando tiempo y ha-

ciendo actividades simplemente para ellos sin sentimientos de culpa, de miedo y sin autocrítica.

- **El derecho a mantener facetas de su propia vida** que no incluyan a la persona a la que cuidan, justo como lo harían si esa persona estuviera sana.

- **El derecho a experimentar sentimientos negativos** (tristeza, rabia o enfado) por ver enfermo o estar perdiendo a un ser querido.

- **El derecho a resolver por sí mismos** aquellos problemas que sean capaces y el derecho a preguntar y pedir ayuda a otras personas para resolver aquello que no comprendan, reconociendo los límites de su propia resistencia y fuerza.

- **El derecho a buscar soluciones** que se ajusten razonablemente a sus necesidades y a las de sus seres queridos.

- **El derecho a ser tratados con respeto** por aquellos a quienes solicitan consejo y ayuda.

- **El derecho a cometer errores** y ser disculpados por ello.

- **El derecho a ser reconocidos** como miembros valiosos y fundamentales de su familia incluso cuando sus puntos de vista sean distintos.

- **El derecho a quererse a sí mismos** y admitir que hacen lo humanamente posible.

- **El derecho a recibir consideración,** afecto, perdón y aceptación por lo que hacen por la persona querida a quien cuidan.

- **El derecho a aprender** y a disponer del tiempo necesario para hacerlo.

- **El derecho a admitir y expresar sentimientos,** tanto positivos como negativos.

- **El derecho a decir “no”** ante demandas excesivas, inapropiadas o poco realistas.

- **El derecho a seguir desarrollando su propia vida** y disfrutando de ella.



- **El derecho a liberarse de sentimientos** y pensamientos negativos, destructivos e infundados, aprendiendo a manejarlos y controlarlos.

- **El derecho a rechazar** cualquier intento que haga la persona cuidada para manipularle, haciéndoles sentir culpables o deprimidos.

- **El derecho a estar orgullosos** por la labor que desempeñan y aplaudir el coraje que tienen que reunir muchas veces para satisfacer las necesidades de la persona de la que cuidan.

- **El derecho a esperar y demandar** que así como se están haciendo nuevos esfuerzos en encontrar recursos para optimizar la atención a las personas discapacitadas física y mentalmente en nuestro país, se hagan los mismos esfuerzos para optimizar la ayuda y el soporte necesarios a los cuidadores.

- **El derecho a ser uno mismo...**

¿Qué podemos hacer para ayudarles?

■ **Dos estudios estadounidenses** han demostrado la eficacia de los programas de ayuda para mejorar la calidad de vida de los cuidadores y, en consecuencia, de los enfermos. Con asesoría profesional, su salud mejoró, disminuyeron los casos de depresión, sus relaciones sociales se regeneraron y se sintieron más seguros a la hora de manejar al paciente.

Uno de los estudios publicados en la revista *Annals of Internal Medicine* evaluó el programa de apoyo ‘Recursos para Mejorar la Salud del Cuidador’, en 642 cuidadores.

■ **La intervención de apoyo al cuidador** consistió en 9 visitas a domicilio de una hora y media a lo largo de los 6 meses que duró el experimento. También 3 llamadas de teléfono durante media hora y 5 sesiones de apoyo telefónico opcionales.

Los del grupo control tan sólo recibieron un paquete de material educativo y dos breves llamadas telefónicas para chequear si todo iba bien.

■ **Tras una cuidadosa evaluación**, los científicos observaron que el nivel de estrés de quienes recibieron apoyo disminuyó y aumentó su destreza a la hora de tratar al enfermo. Esto repercutió en la calidad de vida del paciente, que también mejoró y permaneció más tiempo en casa sin sufrir ninguna crisis que requiriera el ingreso. Incluso los cuidadores del grupo control declararon sentirse beneficiados, lo que sugiere que un apoyo mínimo puede ser de gran utilidad.

■ **El apoyo**, por mínimo que sea, es, por lo tanto, la clave para una buena ayuda.

Orientaciones generales para ayudarles

■ **Un buen método para nosotros como personal sanitario** podría ser implicar desde el principio de la enfermedad a la familia, incluyéndola dentro de los programas de educación sanitaria (información y formación). Valorando también desde el principio las necesidades del cuidador, intentando planificar juntos la solución de los problemas.

■ **Ayudar a los cuidadores a comprender** lo que le está ocurriendo a su familiar, les puede ayudar a

distinguir mejor entre los comportamientos usuales y los inusuales.

■ **Escuchar con interés a los cuidadores** es una de las mayores ayudas que se puede prestar. Para ello, es de gran ayuda intentar “salirse” un poco del rol de profesional, actuando más como una persona interesada en ayudar a otra a encontrar solución a algunos problemas.

■ **Tratar de no subestimar** a las personas porque sean mayores o de un nivel sociocultural distinto, explicándoles qué es lo que se está haciendo y hablándoles acerca de la enfermedad que padece su familiar.

■ **Tener en cuenta que, en muchas ocasiones, los cuidadores encuentran muchas dificultades** a la hora de pedir y recibir ayuda, y tienen miedo al rechazo general de la gente hacia la enfermedad y la incapacidad.

■ **Estar preparados para escucharles** cuando nos hablen de sentimientos negativos como el enfado, la tristeza o el resentimiento, lo cual es muy probable dada la frecuencia con que los cuidadores experimentan este tipo de sentimientos.

■ **Recordar** que muchos de sus problemas simplemente no tienen solución.

■ **Estas y muchas otras medidas** ayudarán a conseguir que la tarea del cuidador sea más llevadera.

Conclusiones

■ **Los pacientes con apoyo familiar** tienen 3 veces mejor calidad de vida, por lo tanto si mejoramos la calidad de vida del cuidador, mejoraremos la calidad de vida del paciente.

■ **La importancia del apoyo y asesoramiento** comprensivo del cuidador, así como también nutrir una red familiar y de amigos a quien puedan visitar para re-

cibir apoyo emocional. Los lazos sociales estrechos ayudan al cuidador a sentirse menos aislado y más conectado con el mundo alrededor de ellos. Las visitas de la familia cercana y la ayuda de amigos rompen el aislamiento que puede producir el cuidado de una persona con discapacidad. Tal apoyo también da al cuidador la posibilidad de compartir noticias, informar de los problemas y comunicar sus sentimientos.

■ **Considerando el número creciente de personas** que cuidan y se espera que cuiden a una persona dependiente, y ante la evidencia de que el apoyo es un arma imprescindible para ayudar a los cuidadores, se debe pensar que ese “tratamiento” debería estar disponible para todos los que lo necesitan. ●

Bibliografía recomendada

IMSERSO. Libro blanco de atención a las personas de dependencia en España, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid 2005.

Rodríguez Cabrero. G. Protección social de la dependencia. Madrid 2003.

Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica- ISSN 1139-1375.

Barahona, A. Blanco, D. La importancia de un buen cuidador. Juventud y servicios sociales. Logroño 2005.

Párraga, M. Enfermería Global SI. ISSN 1695-6141. Mayo 2006

Ochoa, C. Cuadernos de Geriátría. Editorial Glosa. 2006.

Izal, M., Montorio, I. y Díaz-Veiga, Cuando las personas mayores necesitan ayuda. Madrid: IMSERSO 1997.

Orduña, M.J. y Gil, P. La enfermedad del olvido. Barcelona: Parke-Davis 1995.

Díaz-Veiga, P., Montorio, I. e Izal, Intervenciones en cuidadores de personas mayores. 1999

Revista Alzheimer, Madrid, 2004.

Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. www.segg.es

www.demencias.com

Neurosud.com

Todoancianos.com

Dossier

El Auxiliar de Enfermería/ TCE y el dolor



© Moreau/Elsevier/Masson SAS

Un compromiso para todo el personal sanitario

Sumario:

- Un compromiso para todo el personal sanitario
- Fisiología del dolor
- La evaluación del dolor mediante un equipo pluridisciplinar
- El papel del Técnico en Cuidados de Enfermería en la asistencia del dolor

¿Cuánto hemos recorrido en estas últimas décadas! De hecho, no hace mucho tiempo (en los años 50), era frecuente pensar que los recién nacidos no sentían dolor, y que la morfina debería administrarse en pequeñas dosis, ya que podía provocar la “muerte (fina)” o dependencia. Por lo tanto, cualquier persona que experimentaba dolor debía “arreglárselas” para controlarlo, incluso debía callarse o aceptarlo, en función de sus valores religiosos o filosóficos (dolor como redención, fatalidad, etc.).

■ **La mentalidad evolucionó gracias a un mejor conocimiento de la fisiología del dolor** y de su impacto fisiológico en el individuo, a su consideración por parte del Ministerio de Sanidad como un problema para la salud pública y a la puesta en marcha de planes nacionales contra el dolor. El progreso farmacológico y clínico facilita el enfoque terapéutico del médico, que antes se encontraba sin recursos frente al dolor. Actualmente, se considera que el alivio

del dolor es un derecho del paciente y que es un deber y compromiso que tiene el personal sanitario.

■ **Cualesquiera que sean su funciones**, el personal sanitario está sensibilizado y formado para evaluar y controlar el dolor. Dentro de los cuidados que prodiga el Auxiliar de Enfermería/TCE ocupa un lugar privilegiado la apreciación y evaluación del dolor, a través de observación y la aplicación de las escalas de medición si fuera necesario.

■ **Gracias a las transmisiones pertinentes** y a una comunicación multidisciplinar en la que el binomio Enfermera-Auxiliar de Enfermería/TCE toma todo su sentido, cualquier paciente puede confiar ahora en una respuesta médica rápida a su dolor y, por tanto, en poder experimentar alivio. ●

*Dossier coordinado por
Marie-Odile Rioufol, Odile Mazzei,
publicado por primera vez en Soins Aides-soignantes, 20*

Marie-Odile Rioufol

[1] cuadro docente, Lyon, Francia

Fisiología del dolor

El dolor físico es una señal de alarma. Una vez identificada la causa, el dolor se vuelve inútil. Debe ser tratado y aliviado hasta un nivel que la persona que lo sufre pueda definir como soportable. El dolor es percibido de forma diferente por cada individuo en función de su personalidad, de su historia y del sentido que le dé. El dolor y la sensación que se experimentan son propios de cada individuo.

Palabras clave:

- Cerebro
- Cuerpo
- Dolor
- Mecanismo
- Médula espinal
- Fisiología
- Estímulos

El dolor se define como una “experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a lesiones titulares reales o potenciales o descritas en términos de daños reales”.¹ En esta definición se encuentran:

- **un componente sensorial y sensitivo:** el dolor puede ser localizado, y su intensidad determinada;
- **un componente emocional y afectivo** que incluye una experiencia del dolor (angustioso, insoportable, deprimente, etc.).

El dolor pone en juego fenómenos fisiológicos complejos, modulados por diferentes componentes psicológicos, sociales y espirituales, que lo convierten a la vez en único y específico, y que cada persona experimenta de forma distinta.

Presencia de estímulos

■ **Diferentes estimulaciones** (o estímulos) en el organismo pueden provocar sensaciones dolorosas. Puede tratarse de quemaduras, picaduras, cortes, pinzamientos, desgarros, aplastamientos, etc. Presentan diversos grados y pueden ser:

- **de origen accidental:** caída, corte, herida, fractura, etc.;
- **asociados a disfunciones corporales desencadenadas por la patología:** una inflamación, una

infección o un tumor que comprime los tejidos circundantes, una isquemia (falta de oxígeno a nivel de las células o los tejidos), una irritación local a nivel de la piel o de los órganos huecos, etc.;

- **asociados a una liberación de sustancias químicas dolorosas** (denominadas algógenas), posterior a distintas estimulaciones celulares.

- **asociadas a tratamientos médicos:** agresividad de ciertos medicamentos, curas invasivas o quirúrgicas que conllevan la quemadura de tejidos o incluso la sección o la compresión de los mismos, etc.

■ **Todos los órganos pueden verse afectados:** la piel, los músculos, las vísceras, los huesos, las articulaciones, etc.

■ **En presencia de un estímulo doloroso,** los receptores del dolor liberan sustancias químicas que intervienen en este proceso, informando así al sistema nervioso de una perturbación que afecta a un sector del organismo.

Mecanismo del dolor

■ **El dolor responde a mecanismos neurofisiológicos** (figura 1). Durante las estimulaciones potencialmente nocivas, una serie de funciones del organismo permiten detectarlas, percibir las y

reaccionar: es la nocicepción. Esta última es la respuesta a la estimulación que implica que una lesión orgánica amenaza con aparecer o se encuentra ya instalada.

■ **Los propioceptores.** Las terminaciones nerviosas, o receptores nociceptivos sensibles a las estimulaciones dolorosas, reciben el nombre de propioceptores. El impulso nervioso se inicia en el lugar donde comienza la agresión del organismo. Las terminaciones de las fibras nerviosas son capaces de identificar una estimulación nociceptiva y de codificar el nivel de intensidad del estímulo. Estos propioceptores se encuentran en la piel, venas, arterias, mucosas, tendones, músculos, articulaciones, huesos, vísceras, etc. Pueden distinguirse:

- **los mecanociceptores,** que responden a estímulos intensos de carácter mecánico: picaduras, pinzamientos, etc.;

- **los nociceptores polimodales,** que responden a estímulos intensos mecánicos de origen térmico (ffi 18° y ffi 45°) y químicos producidos por sustancias algógenas (que generan el dolor).

Tras una estimulación nociceptiva, pueden liberarse sustancias algógenas: serotonina, histamina, prostaglandinas, etc.

¹ Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (International Association for the Study of Pain – IASP), 1979.

La sección española de la IASP es la SED (Sociedad Española del Dolor), <http://www.sedolor.es/>

² Melzack R, Wall P. Pain mechanisms: a new theory. *Science*. 1965; 150: 975

■ **Las fibras periféricas.** A partir de los receptores periféricos, el estímulo doloroso alcanza las fibras sensitivas (vías del dolor) para alcanzar la médula espinal. Estas fibras son de diversos calibres, lo que determina la velocidad de transmisión del impulso nervioso y revela dos tipos de sensaciones dolorosas:

- **un dolor rápido**, preciso, bien localizado, transmitido por las fibras nerviosas de gran diámetro con una vaina de mielina importante (fibras A alfa, beta) que implican una conducción rápida del impulso nervioso. Estas fibras constituyen el soporte de la sensibilidad táctil y fina (calor, frío, presión);

- **un dolor retardado**, de carácter más sordo y menos localizado, transmitido, bien por fibras más finas rodeadas de mielina, pero mucho menos veloces (fibras A delta), bien por fibras muy finas que no poseen mielina (fibras C) que conducen el impulso nervioso con mayor lentitud y transmiten esencialmente los mensajes dolorosos desde la periferia hasta la médula espinal.

■ **Desde el asta posterior de la médula espinal hasta el cerebro.** Estos mensajes dolorosos (que aún no han sido percibidos como tales por el individuo) alcanzan la médula espinal a nivel del asta posterior. A este nivel, el impulso nervioso pasa una compuerta, la Gate Control, que actúa como un filtro liberando neuromediadores:

- **facilitadores del dolor** (histamina, sustancia P, etc.);
- **inhibidores del dolor** (endorfinas, encefalinas, etc.).

■ **Las estimulaciones dolorosas recorren la médula espinal en toda su longitud para llegar al cerebro.** Una vez recibidas en el encéfalo, son enviadas a su vez al tálamo, donde son integradas como percepción consciente (sensación dolorosa).

■ **Las interconexiones entre el tálamo y otra zona del cerebro, el sistema límbico** (zona de las emociones, ansiedad, angustia, etc.), influyen en la percepción de este dolor: cada individuo, en función de su experiencia, la va a sentir de forma diferente.

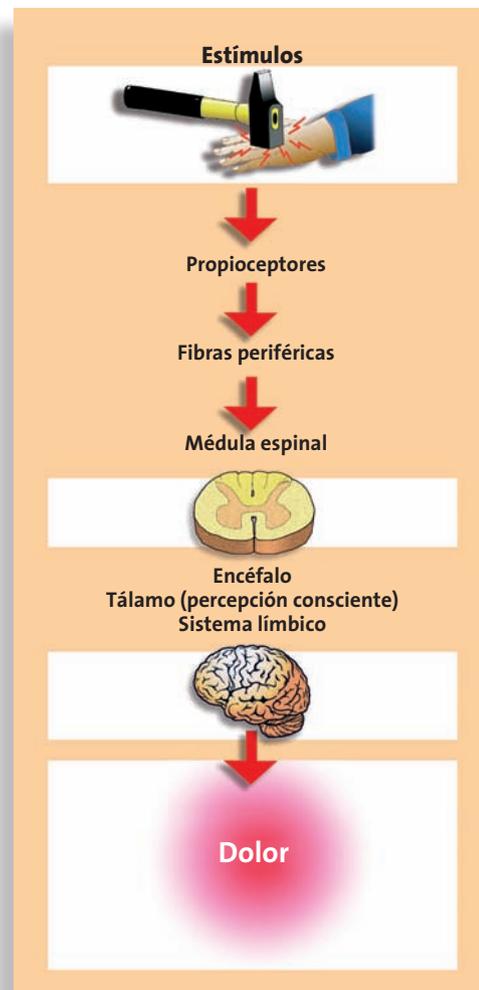
Clasificación de los dolores

Según los mecanismos generadores pueden distinguirse varios tipos de dolor.

■ **Los dolores nociceptivos** (por exceso de nocicepción) corresponden a un exceso de receptores y a una activación de las vías del dolor a partir de los propioceptores (por ejemplo, fracturas, quemaduras, cólicos nefríticos, etc.). El funcionamiento del sistema nervioso permanece intacto, respondiendo generalmente estos dolores a los antiálgicos.

■ **Los dolores neuropáticos** corresponden a una hiperactividad espontánea de las vías del dolor, sin estimulación nociceptiva. A menudo se producen como consecuencia de una lesión de las vías de la sensibilidad a nivel del sistema nervioso central o periférico. Ejemplo: polineuritis, algunos dolores cicatriciales o postoperatorios, “miembros fantasma”, dolores centrales posteriores a un accidente vascular cerebral (AVC), etc. Estos dolores que a menudo se experimentan en forma de quemaduras, picaduras, descargas eléctricas, aplastamientos, etc., habitualmente son poco sensibles a los antiálgicos y a menudo dan lugar a dolores crónicos (tras una lesión neurológica irreversible).

A veces, los dolores son mixtos, asociando un componente nociceptivo y otro neuropático.



■ **Los dolores idiopáticos** se consideran como último recurso, cuando realmente no se ha identificado la causa después de realizar un estudio clínico y paraclínico completo.

■ **Los dolores psicógenos** corresponden a la vivencia del paciente de su propia experiencia de cara al dolor.

Aliviar el dolor, una prioridad

■ **El control del dolor debe ser una prioridad para todos los profesionales sanitarios** en toda la atención sanitaria. En ningún caso deberá aguantarse un paciente su dolor.

■ **Mediante un planteamiento basado en un equipo multidisciplinar**, el dolor, una vez ha sido correctamente detectado, podrá ser identificado, evaluado, comunicado y aliviado. ●

Artículo realizado gracias a los consejos del **Dr. Lotfi Ouhibi**, geriatra en Houdan, Francia

Odile Mazzei

[2] Cuadro de atención sanitaria, servicio de cuidados paliativos, CH Senlis, Francia

La **evaluación** del dolor mediante un equipo pluridisciplinar

Los profesionales sanitarios disponen de numerosas herramientas para evaluar el dolor. Algunas, en forma de escalas, permiten al paciente evaluar por sí mismo el dolor que padece (autoevaluación). Otros, en forma de cuestionarios o de hojas de recogida de datos, han sido diseñados para que el profesional sanitario pueda evaluar el dolor del adulto, ya pueda comunicarlo por sí mismo o no, o del niño (heteroevaluación).

Palabras clave:

- Auxiliar de Enfermería
- Comunicación
- Dolor
- Escala de evaluación del dolor
- Evaluación
- Observación
- Paciente

La puesta en marcha de un plan para luchar contra el dolor implica el respeto de dos reglas previas:

- **buscar sistemáticamente la existencia de un dolor.** Un paciente con dolor no siempre se queja o puede ser incapaz de expresarse;
- **creer en la queja del paciente** y no comparar su dolor con el de otra persona.

En distintas etapas es posible llegar a controlar el dolor posteriormente y, durante dichas etapas, el

Auxiliar de Enfermería/TCE, dada su continua cercanía con la persona enferma, juega un papel principal.

Localizar y evaluar las características del dolor

Mediante la observación del paciente y mediante un sondeo, el dolor puede evaluarse de acuerdo con dos características:

- **su intensidad**, mediante escalas cuantitativas;
- **sus manifestaciones físicas y conductuales**, mediante hojas de recogida de datos cualitativos.

■ **La observación del paciente** permite apreciar las modificaciones de su comportamiento cotidiano, junto con la evolución del dolor. De este modo pueden observarse:

- **modificaciones fisiológicas del rostro** (rasgos de cansancio o expresión forzada, muecas, mirada ausente, etc.);
- **su comportamiento en reposo** (doblado sobre sí mismo, mutismo, posición antiálgica, inmovilidad, agresividad, insomnio, etc.);
- **su forma de moverse**;
- **sus quejas** (frecuencia, intensidad);

- **la parte del cuerpo que le duele.**

Estas observaciones realizadas por los profesionales sanitarios pueden precisarse y sistematizarse usando escalas de evaluación del comportamiento denominadas hojas de heteroevaluación (por ejemplo, Doloplus®). Algunas están adaptadas específicamente para niños o

Los dos tipos de dolor

- **El dolor agudo es un síntoma**, una manifestación temporal de una disfunción del organismo, a menudo vivo y bien localizado. Ejemplo: en presencia de una picadura. Es útil, ya que constituye un signo de alarma y protege de posibles complicaciones.
- **El dolor crónico se define así:** *“En un paciente que presenta dolor durante al menos 3 meses que presente una exacerbación de la discapacidad funcional, el dolor de origen psicológico a veces poco evidente y resistente a numerosos tratamientos (con consumo excesivo de fármacos) se convierte en una verdadera enfermedad”* (International Association for the Study of Pain – IASP). Este dolor es sordo, difuso y, a menudo, mal comunicado por la persona. Afecta al cuerpo y afecta al psiquismo. Por otra parte, mina, agota y modifica el comportamiento. No tiene ninguna utilidad.



© F. Soutiff/Elsevier Masson SAS

personas discapacitadas, personas de edad avanzada (Doloplus® 2) o que presentan problemas de comunicación verbal (escala conductual del dolor en personas de edad avanzada – ECPA) (tabla 1).

■ **El sondeo al paciente** puede apoyarse en diferentes herramientas (tabla 1).

● **Las escalas cuantitativas** permiten apreciar la intensidad del dolor globalmente mediante una autoevaluación del mismo realizada

por el propio paciente. Dichas escalas favorecen la coherencia del tratamiento a condición de que todo el equipo utilice una sola escala para el mismo paciente.

- **escala numérica (EN):** el paciente puntúa su dolor del 1 al 10.
- **escala visual analógica (EVA):** según la intensidad del dolor, el paciente desplaza el cursor de una escala graduada, entre “sin dolor” y “dolor muy fuerte”. El dorso de la escala graduada permite al profesional sanitario anotar la cifra correspondiente a la evaluación, del 1 al 10.
- **escala verbal simple (EVS):** el paciente da un valor descriptivo

de su dolor utilizando adjetivos: ausente, leve, moderado, intenso, extremadamente intenso.

● **escala de rostros**, adaptada para los niños, permite a estos elegir, entre 6 caras dibujadas, la que parece que “sufre el mismo dolor que él”.

Estas escalas son fáciles de utilizar y permiten efectuar mediciones reiteradas según criterios comunes.

● **Las escalas cualitativas**, más complejas, utilizan nombres o adjetivos que informan no sólo de la intensidad del dolor (por ejemplo, el cuestionario MPQ), sino también del modo en que se experimenta desde el punto de vista físico (punzada, retortijón, hormigueo, descarga eléctrica, puñalada, quemadura, apretón, pesadez, etc.) y también de su repercusión emocional (agotador, angustiante, obsesivo, insoportable, irritante, exasperante, deprimente, etc.). Estas escalas están especialmente adaptadas para evaluar el dolor crónico.

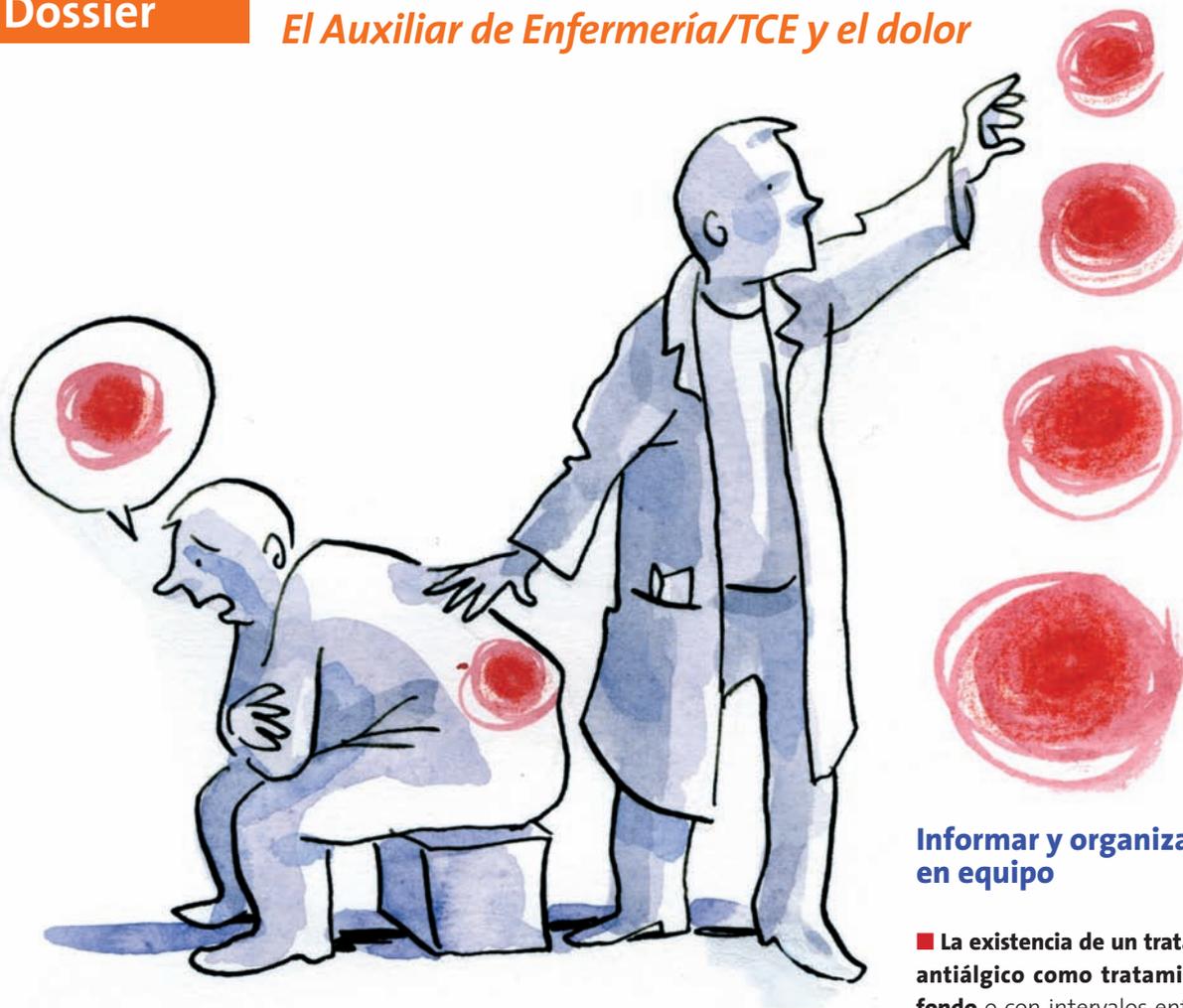
● **A falta de escala**, el profesional sanitario anotará las palabras que el paciente utiliza espontáneamente para describir su dolor.

Para saber más
Diferentes informes, recomendaciones y referencias profesionales sobre la evaluación del dolor se encuentran disponibles en el sitio <http://www.aliviareldolor.com/>

TABLA 1
Principales tablas de evaluación del dolor en el adulto, ya pueda comunicarlo o no.

Autoevaluación. Escalas cuantitativas ¹	
EN:	escala numérica (del 0 al 10).
EVA:	escala visual analógica (de “sin dolor” a “dolor muy fuerte”), (figura 1).
EVS:	escala verbal simple (adjetivos que describan el dolor).
Escala de rostros:	adaptada específicamente para los niños. “Señala la cara que refleje el dolor que tú sientes”.
Esquema	que representa una silueta en la que se señalan las zonas dolorosas del cuerpo.
Heteroevaluación. Escalas cualitativas	
Observación del paciente	Doloplus®, Doloplus® 2 (figura 2) ECPA: escala conductual del dolor en la persona de edad avanzada con problemas de comunicación verbal.
Cuestionarios multidimensionales	MPQ: cuestionario del dolor de McGill. QCD: cuestionario conciso acerca del dolor. MPI: multidimensional pain inventory.

¹ <http://apuntesenfermeria.iespana.es/tablas2.htm>



© F. Soutif/Elsevier-Masson SAS

Informar

Sin comunicación pluridisciplinar no es posible identificar, contabilizar y aliviar correctamente el dolor de un paciente. Es a partir de los datos recibidos, transmitidos y transcritos de nuevo en el expediente del paciente, desde donde podrá efectuarse una prescripción médica antiálgica adaptada a cada caso. Además, el Auxiliar de Enfermería/TCE juega un papel principal en la identificación y notificación al personal de enfermería o al médico de dolores agudos que requieren un diagnóstico y una respuesta terapéutica rápidos: dolores que hacen sospechar un problema cardiorrespiratorio (embolia pulmonar, infarto de miocardio), circulatorio (flebitis), abdominal (pancreatitis aguda, etc.), lumbar (cólico nefrítico, etc.) o pélvico (embarazo extrauterino, salpingitis, etc.).

Evaluar la eficacia y los efectos no deseados de los tratamientos

■ **Tras instaurar el tratamiento**, la evaluación del dolor debe continuar llevándose a cabo según los mismos métodos, con el fin de poder reajustar la prescripción si es necesario. En todos los casos, el Auxiliar de Enfermería cuidará de que la persona que padece el dolor observe correctamente su tratamiento antiálgico y, si procede, pregunte al personal de enfermería sobre la posibilidad o no de partir un comprimido o de abrir una cápsula de gelatina.

■ **Entre los efectos no deseados de los antiálgicos** el estreñimiento que provoca un tratamiento con morfina debe ser investigado de forma sistemática, debiendo prevenirse por todos los medios disponibles.

Informar y organizarse en equipo

■ **La existencia de un tratamiento antiálgico como tratamiento de fondo** o con intervalos entre dosis que han de dispensarse antes de una cura implica organizarse en equipo y favorecer el trabajo del binomio Enfermero-Auxiliar de Enfermería/TCE, para que la atención sanitaria destinada a mantener la higiene y el confort se aplique durante todo el tiempo que persista la eficacia óptima del tratamiento. A veces puede ser necesario:

- **retrasar una cura** con el fin de alcanzar esta eficacia;
- **limitar el número de movilizaciones del paciente** o de interrupciones de su reposo;
- **conceder al paciente periodos** de descanso entre las diferentes curas.

■ **El interés que el Auxiliar de Enfermería/TCE ponga en el paciente** desde el punto de vista de la evaluación y del alivio del dolor, así como de la vigilancia de los efectos secundarios derivados del tratamiento, ayuda a su mantenimiento y puede contribuir a aliviar su experiencia del dolor. ●

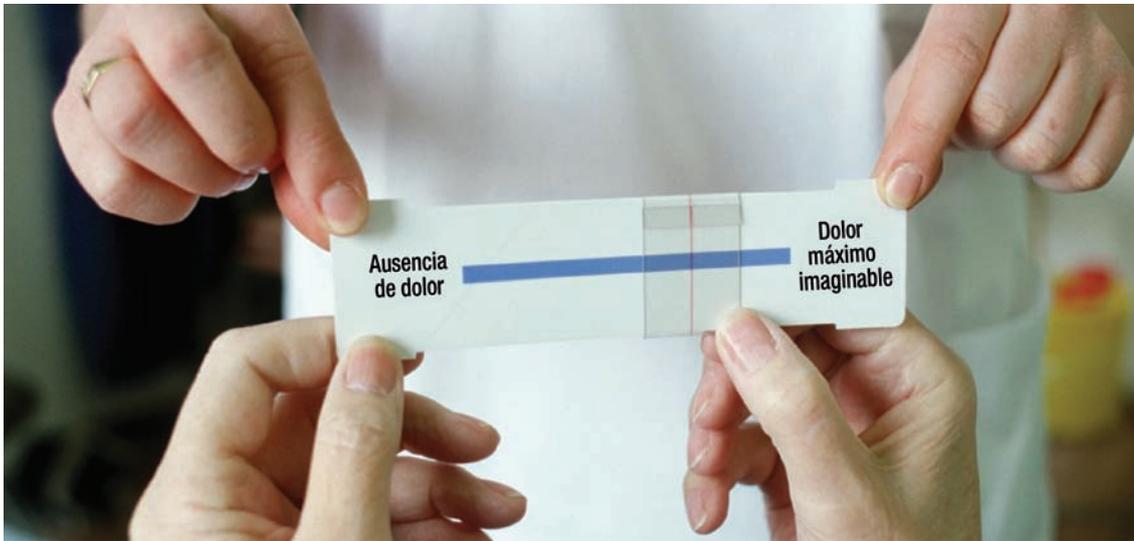


FIGURA 1.
Esquema visual analógico

© Alix/Phanie

APELLIDO :		Nombre :		FECHAS			
Servicio :							
Observación del comportamiento							
REACCIONES SOMATICAS							
1• Quejas somáticas	• ninguna queja	0	0	0	0		
	• quejas únicamente ante el estímulo	1	1	1	1		
	• quejas espontáneas ocasionales	2	2	2	2		
	• quejas espontáneas continuas	3	3	3	3		
2• Posiciones antálgicas en reposo	• ninguna posición antálgica	0	0	0	0		
	• el sujeto evita ciertas posiciones ocasionalmente	1	1	1	1		
	• posición antálgica permanente y eficaz	2	2	2	2		
	• posición antálgica permanente ineficaz	3	3	3	3		
3• Protección de las zonas dolorosas	• ninguna protección	0	0	0	0		
	• protección ante el estímulo que no impide continuar el examen o los cuidados	1	1	1	1		
	• protección ante el estímulo que impide todo examen o cuidados	2	2	2	2		
	• protección en reposo, en ausencia de todo estímulo	3	3	3	3		
4• Mímica	• mímica habitual	0	0	0	0		
	• mímica que parece expresar dolor ante el estímulo	1	1	1	1		
	• mímica que parece expresar dolor en ausencia de todo estímulo	2	2	2	2		
	• mímica inexpressiva de forma permanente y habitual (atonía, expresión fija, mirada vacía)	3	3	3	3		
5• Sueño	• sueño habitual	0	0	0	0		
	• dificultades para conciliar el sueño	1	1	1	1		
	• despertar frecuente (agitación motora)	2	2	2	2		
	• insomnio con repercusión en las fases de vigilia	3	3	3	3		
REACCIONES PSICOMOTORAS							
6• Aseo y/o vestido	• posibilidades habituales sin cambio	0	0	0	0		
	• posibilidades habituales poco disminuidas (con precaución, pero completo)	1	1	1	1		
	• posibilidades habituales muy disminuidas, aseo y/o vestido difíciles y parciales	2	2	2	2		
	• aseo y/o vestido imposibles, el enfermo expresa su oposición a cualquier intento	3	3	3	3		
7• Movimientos	• posibilidades habituales sin cambio	0	0	0	0		
	• posibilidades habituales activas limitadas (el enfermo evita ciertos movimientos, disminuye su perímetro de marcha)	1	1	1	1		
	• posibilidades habituales activas y pasivas limitadas (incluso con ayuda, el enfermo reduce sus movimientos)	2	2	2	2		
	• movimiento imposible, toda movilización encuentra oposición	3	3	3	3		
REACCIONES PSICOSOCIALES							
8• Comunicación	• sin cambio	0	0	0	0		
	• intensificada (la persona atrae la atención de manera inusual)	1	1	1	1		
	• disminuida (la persona se aísla)	2	2	2	2		
	• ausencia o rechazo de toda comunicación	3	3	3	3		
9• Vida social	• participación habitual en las distintas actividades (comidas, animaciones, talleres terapéuticos...)	0	0	0	0		
	• participación en las distintas actividades sólo bajo estímulo	1	1	1	1		
	• rechazo parcial de participación en las distintas actividades	2	2	2	2		
	• ausencia de toda vida social	3	3	3	3		
10• Trastornos del comportamiento	• comportamiento habitual	0	0	0	0		
	• trastornos del comportamiento bajo estímulo e iterativos	1	1	1	1		
	• trastornos del comportamiento bajo estímulo y permanentes	2	2	2	2		
	• trastornos del comportamiento permanentes (fuera de todo estímulo)	3	3	3	3		
COPYRIGHT				PUNTUACION			

FIGURA 2
Formulario Doloplus®

Yvette Texier

[3] AS, CH Rambouillet, Francia

El papel del Técnico en Cuidados de Enfermería en la asistencia del dolor



© F. Soutif/Elsevier Masson SAS

El Auxiliar de Enfermería/TCE que trabaje tanto en centros médicos como a domicilio, debe estar muy atento a las manifestaciones físicas del dolor, así como a las palabras de los pacientes, sus familiares o sus allegados, que pueden reflejar indirectamente su dolor. Es indispensable considerar como urgente la asistencia del dolor con un equipo pluridisciplinar.

Palabras clave:

- Auxiliar de Enfermería/TCE
- Dolor
- Escucha
- Evaluación
- Expresión
- Transmisión

Antiguamente estaba prohibido quejarse, especialmente los hombres: experimentar dolor no era “digno de un hombre”. Esos tiempos han pasado. En la actualidad, es importante recordar a todo el personal sanitario que la asistencia del dolor es una urgencia. Por ello, es primordial saber reconocerlo, evaluarlo y transmitirle la información al personal de enfermería o al médico.

Observar al paciente y evaluar su dolor

El Auxiliar de Enfermería/TCE debe escuchar el cuerpo del paciente: el cuerpo “habla”.

■ **Los pacientes que no pueden comunicarse o los que están en coma** pueden también experi-

mentar dolor. Para poder aliviar su dolor, tienen que recibir una atención particular, puesto que ellos no pueden expresarlo. Ante una persona que no puede comunicarse, una persona mayor o un niño que se altera, que se queja, que llora o que está postrado, hay que evocar la presencia del dolor.

■ **Un paciente consciente, pero que no se queja por no molestar**, puede también experimentar dolor. El Auxiliar de Enfermería/TCE debe ser capaz de identificar, al “leer” el cuerpo del paciente, en particular su cara, los signos del dolor: rictus por encima de la nariz, entre los ojos, rasgos extremadamente marcados, etc.

■ **Cuando el paciente dice que le duele algo**, el Auxiliar de Enfermería/TCE le pide que evalúe su dolor con ayuda de una escala de evaluación (por ejemplo, la escala numérica simple [ENS] o la escala visual analógica [EVA]) y posteriormente transmite la información a la enfermera.

Transmitir la información a la enfermera

En cualquier caso, el Auxiliar de Enfermería/TCE, tras la observación y utilización de escalas de dolor, informa al enfermero de:

- la aparición del dolor
- el alivio del dolor tras la administración del tratamiento
- resistencia al dolor o al tratamiento.

Estar atento al dolor del paciente durante los cuidados

■ **Para conseguir una buena organización de los cuidados y un mejor confort de los pacientes**, es importante que el Auxiliar de Enfermería/TCE conozca la existencia de un tratamiento analgésico para pacientes con dolor, y los plazos de acción del mismo.

■ **Antes de aplicar los cuidados de enfermería a pacientes con dolor** hay que preguntarle a la enfermera si se le ha suministrado un tratamiento analgésico prescrito previamente y esperar que transcurra el plazo de acción. A continuación, hay que asegurarse de la eficacia del tratamiento con la ayuda de una escala de evaluación, antes de realizar los cuidados.

■ **Si algún cuidado reactiva un dolor**, el personal de enfermería deberá paliarlo, asegurarse de que ha seguido un tratamiento analgésico, esperar el plazo de acción necesario y posteriormente volver a evaluar el dolor para asegurarse de la eficacia del tratamiento antes de aplicar los cuidados. ●

“Pequeños gestos” para evitar el dolor

- **Anote en un esquema las zonas del paciente que presenten dolor** para evitar manipulaciones inoportunas y cuélguelo en la habitación.
- **No tire del hombro de un paciente para sentarlo.**
- **Utilice la técnica del paño** para movilizarlo.
- **Aplice tratamientos orales adaptados** sin utilizar soluciones astringentes o inadecuadas para el dolor (micosis, úlcera, hemorragia...).

Ayuda para la reagrupación familiar

Quizás uno de los episodios más duros al que se tiene que enfrentar la población inmigrante es el reencuentro con sus familiares tras un periodo de tiempo, en ocasiones, demasiado largo. Con el objetivo de hacer más fácil este capítulo de sus vidas, ha nacido el Programa de Intervención Transcultural Psicosocial y Psiquiátrica a mujeres y familias inmigrantes en proceso de reagrupación familiar.

En el caso de la población inmigrante, los problemas psicológicos más comunes asociados a la reagrupación familiar tienen su origen en aspectos como la incertidumbre por la decisión que se ha adoptado, la culpa por la separación, temores y dificultades ante el reencuentro, problemas para adaptarse nuevamente al ejercicio de la maternidad, paternidad, rechazo del hijo hacia los padres, problemas en los estudios, variabilidad de los estados de ánimo o trastornos en el comportamiento.

Atención gratuita

Con el objetivo de evitar que estos problemas terminen en depresión, ansiedad, episodios psicóticos, conflictos de pareja, adicciones como el alcoholismo, fracaso escolar o retraimiento social, entre otros, la Asociación Española de Estudios Migratorios y Psicoterapia Transcultural, con el apoyo de la Fundación Pfizer, ha puesto en marcha este programa a través del cual se ofrece atención gratuita a individuos, parejas o familias que presenten problemas psicológicos o psiquiátricos vinculados al proceso de la reagrupación, con el fin de evitar la aparición de situaciones de riesgo.

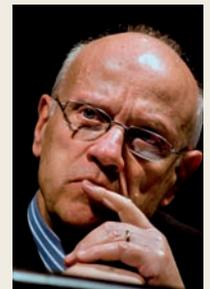
El programa, que se enmarca dentro de las Ayudas Sociales 2008 de la Fundación Pfizer, nace tras observar un crecimiento del número de inmigrantes que demanda asistencia psicológica por los problemas asociados a este proceso. Como ha explicado el doctor Eduardo Brik, presidente de la Asociación Española de Estudios Migratorios y Psicoterapia Transcul-

tural, el programa nace “a partir de la observación de los profesionales de salud mental de que los problemas psicológicos y psiquiátricos que aparecen en la población inmigrante están directamente relacionados con las necesidades y las dificultades que presenta la reagrupación familiar”.

Compartir vivencias

“Con esta iniciativa –continúa Brik– pretendemos fomentar la creación de la red de apoyo social y afectiva a partir de la creación de grupos de apoyo socio-emocional y psicoeducativo, donde se puedan compartir las vivencias derivadas del fenómeno de la reagrupación, promover alternativas, herramientas psicológicas y socioculturales para abordar adecuadamente este proceso”.

Según los pacientes que ya han podido comprobar la eficacia y valía de esta iniciativa, el programa permite “mejorar en lo personal y comprender mis preocupaciones y dudas, aclarar mis ideas y, sobre todo, ha mejorado mi relación familiar”. Además, continúa un usuario, “el proyecto nos ha ofrecido un espacio que necesitábamos urgentemente, para mirarnos y volver a encontrarnos, y en el que hemos aprendido a afrontar nuestra situación con más herramientas”. ●



Eduardo Brik, presidente de la Asociación Española de Estudios Migratorios y Psicoterapia Transcultural.



Un momento de una consulta en la que un terapeuta está atendiendo a una paciente

Los Profesionales aprenden la lengua de los signos

El Hospital Universitario de Getafe (Madrid) ha sido el primer centro de la comunidad en impartir un curso sobre lenguaje de signos para facilitar la comunicación entre los profesionales sanitarios y los usuarios que presenten dificultades auditivas. En esta primera experiencia, destinada al personal que conforma los equipos de enfermería, han participado 12 Auxiliares de Enfermería/TCE.

Palabras clave:

- Barreras comunicadoras
- Lenguaje de signos
- Aprendizaje
- Formación

La calidad asistencial en los centros hospitalarios pasa por conseguir una buena comunicación entre los profesionales sanitarios y los pacientes; realizar un diagnóstico correcto o prescribir el mejor tratamiento depende de ello.

Las diferencias en el idioma han sido salvadas por traductores, por conversores automáticos de la lengua... distintas iniciativas que han permitido que la comunicación sea cada vez más fluida entre profesionales y usuarios. Pero no sólo el idioma supone un ostáculo para la óptima comprensión. Existen minusvalías como la sordera que dificultan el correcto entendimiento. Una barrera comunicativa que desde el Hospital Universitario de Getafe (Madrid) han decidido saltar con la ayuda del lenguaje de signos.

El primer curso a los profesionales del centro sobre el lenguaje de



María José González, coordinadora del curso de lenguaje de signos.

signos ha tenido una gran acogida, lo que ha puesto de manifiesto la necesidad de ampliar la formación a todas las posibilidades comunicativas existentes con el objetivo de dotar de la mejor asistencia a un mayor número de personas.

Del desarrollo y características de esta primera edición y del futuro de esta iniciativa nos habla la coordinadora de esta experiencia formativa, María José González.

■ ¿Cómo nace esta iniciativa?

Mi interés por la lengua de signos nació en un principio del ámbito personal, pero quise trasladarlo al terreno profesional ya que me pareció interesante y que podía proporcionar una mejora asistencial a aquellos pacientes que padecieran dificultades auditivas, por eso lo propuse para el plan de Formación del Hospital y recibí el apoyo de la Dirección para llevarlo a cabo.

Así, esta primera edición del curso, que ha tenido una duración de tres días, se ha encuadrado dentro del plan de Formación Continuada del Hospital Universitario de Getafe para el año 2009 y ha estado acreditada por la Agencia Laín Entralgo.

■ ¿Qué objetivos se buscan con la realización del curso?

Básicamente conseguir que el personal sanitario conozca una serie de signos para que, en caso de tener que atender a algún paciente con dificultades auditivas, no existan barreras comunicativas con él. De esa forma conseguiremos no sólo que se encuentre mejor, sino que forme parte de su proceso asistencial, lo que a



Un momento durante las clases de lenguaje de signos.

la larga repercute también en un mejor tratamiento, ya que evitaremos posibles malentendidos y favoreceremos la tranquilidad del paciente.

■ ¿Cómo se estructuran las clases?

Las clases son eminentemente prácticas. Los alumnos se colocaron en círculo para poder ver bien. Primero les explicamos conceptos básicos de la sordera y sobre todo pequeños detalles que pueden hacer sentirse más cómodas a estas personas: hablarles a la cara, vocalizar, utilizar la lengua escrita en caso necesario...

Después les enseñamos diversos términos con su correspondiente signo manual, llegando incluso a poder desarrollar frases. La terminología fue eminentemente sanitaria: “¿padeces alguna alergia?”, “¿dónde te duele?”, “inyección”, “diabetes”, “insulina”, “cirugía”, “analítica”...

■ ¿Qué tipo de conocimientos y habilidades adquieren los profesionales tras realizar el curso?

El objetivo era que conocieran cerca de 100 términos, y creo que hemos superado nuestras expectativas ya que los resultados han sido muy positivos y con el grado de aprendizaje que han tenido pueden llegar a desarrollar frases completas, incluso diálogos entre ellos.

■ ¿Por qué únicamente se ha impartido este curso al personal de enfermería?

En esta primera edición se decidió que fuera el personal de enfermería (Auxiliares de Enfermería, enfermeras y finalmente también algún técnico) ya que son quienes tienen un contacto más directo y cercano con el paciente.

■ ¿Qué acogida ha tenido el curso entre estos profesionales?

La acogida ha sido muy buena desde el primer momento. El curso cubrió sus plazas rápidamente, formándose 36 profesionales sa-



Los alumnos aprendieron diversos términos con su correspondiente signo manual.

nitarios, de los cuales 12 han sido Auxiliares de Enfermería/TCE. Tuvimos que ampliar un poco el cupo ante la demanda, pero no convenía que fueran grupos muy grandes para que la formación fuera lo más personalizada, cercana y práctica posible.

Finalmente, los resultados obtenidos en la encuesta de satisfacción han sido muy positivos.

■ ¿Está prevista la realización de nuevas ediciones?

En vista del éxito de convocatoria y de los buenos resultados que se han obtenido en las encuestas de satisfacción, esperamos poder seguir realizándolo para ampliar la formación a más personal y por otro lado, que exista un reciclaje y perfeccionamiento, pudiendo incluso en un futuro hacer “formación de formadores”, con el fin de llegar a más gente.

■ ¿Se está enseñando en otras comunidades el lenguaje de signos al personal de enfermería?

Que tengamos conocimiento hemos sido el primer centro de la Comunidad de Madrid y el segundo de España, siendo el primero el Hospital Virgen del Rocío en Sevilla.

■ Aunque aún es pronto para realizar una valoración, ¿se han podido comprobar, en cierta medida, los re-

sultados que ha tenido la aplicación de los conocimientos adquiridos por los profesionales con los pacientes, ¿se están cumpliendo los objetivos?

Efectivamente es pronto para hacer una valoración real porque depende de las necesidades que surjan o hayan surgido en el centro. En un hospital de este tamaño no es fácil saber cuántas perso-

En la primera edición del curso se han formado 36 profesionales de los cuales 12 son Auxiliares de Enfermería/TCE.

nas sordas son atendidas diariamente, porque es absolutamente impredecible, pero lo importante es haber dado este primer paso, y saber que si ahora mismo tuviéramos que atender a un paciente sordo en el Hospital Universitario de Getafe habría personal capaz de comunicarse con él mediante el lenguaje de signos. Creo que los objetivos del curso han comenzado a cumplirse, la implicación de la dirección y de los alumnos ha sido absoluta, muy positiva. Esto confirma el interés del personal por romper las barreras con las que a veces estas personas pueden encontrarse y las ganas de encontrar soluciones a esto. ● .

Auxiliar de Enfermería/TCE. Asignatura pendiente (II)

El Auxiliar de Enfermería en hospitalización

Describir el trabajo que realizan los AE/TCE en la organización de un macrohospital no es fácil, una no sabe cómo empezar a describir ese trabajo sin miedo a caer en relatar una serie de tareas que sin duda realizan, pero que tapan sin duda alguna el gran trabajo que desempeñan estos profesionales en este tipo de servicios, y que no es otro que ser las manos del propio enfermo (para lavarlo), ser su consejero (para escucharlo), ser sus ojos (para descubrir posibles lesiones), etc.

Cosas que a simple vista no parecen tener importancia, pero que son vitales para una vida. Por eso me voy a centrar en la higiene del enfermo en este tipo de plantas.

Aunque es cierto que el AE/TCE realiza otros muchos trabajos, posiblemente más del 80% del trabajo gire en torno al aseo del paciente y de todo lo que ello conlleva, de trabajo, esfuerzo, dedicación, preparación...

1. ¿Qué es la higiene?

Es la ciencia de la salud y su conservación.

Son las prácticas que conducen a una buena salud. La buena higiene personal es importante para la salud general de una persona.

Además, como función independiente del individuo, suele englobar las medidas que toma una persona para conservar su piel, mucosas y apéndices limpios y en buen estado.

2. La salud general de la persona afecta tanto al estado de su piel, mucosas, apéndices, como a su capacidad para atender su higiene personal.

■ **Un mal estado de salud**, cualquiera que sea la causa, suele reflejarse en el estado

de la piel. Las personas enfermas son más sensibles a infecciones y las enfermedades los tornan más vulnerables a la desnutrición, problemas gastrointestinales y otras alteraciones fisiológicas que afectan de forma directa a la piel y/o mucosas.

■ **En cuanto a la capacidad de la persona para atender a su higiene personal** y mantener la integridad de su piel y mucosas, se ve disminuida de forma parcial o total en múltiples ocasiones por afectación de las habilidades motoras del individuo, el grado de incapacitación de una enfermedad y la naturaleza de la misma.

Probablemente estemos ante el problema más común que encuentra el Auxiliar de Enfermería en la atención del paciente.

■ **Cuidar la higiene personal** es una función independiente, muy importante para el individuo. Cuando una persona enferma, suele necesitar ayuda de otras personas para realizar las labores de higiene. Este hecho supone una disminución considerable de la estima que la persona siente hacia sí misma y conlleva graves problemas psicológicos para el individuo. En estos casos hay que tender a restablecer las facultades y habilidades motoras precisas para que la persona pueda practicar sus actividades higiénicas



en el menor espacio de tiempo posible.

■ **La piel y mucosas pueden ser afectadas** por fármacos y otras formas de tratamiento:

- Reacciones alérgicas.
- Lesiones (escayolas, vendajes, radioterapia).
- Irritaciones (por incontinencia urinaria y/o fecal, drenajes...).
- Úlceras por presión por inmovilidad prolongada.

3. Valoración del Auxiliar de Enfermería

• La valoración del AE/TCE tanto inicial como durante la evolución del enfermo se basa en:

- La observación sobre el estado de la piel, mucosas, dientes, pelo... y de las condiciones higiénicas del individuo. ¿Está la piel limpia, intacta, tiene manchas u otras anomalías? ¿El pelo y las uñas están en buen estado?
- Conocimientos de los hábitos del individuo (costumbres, preferencias...).
- Determinación de la capacidad del individuo para encargarse de la higiene. ¿Cuál es su estado motor? ¿Está débil, incapacitado, inconsciente...? ¿Qué edad tiene?
- Consideración sobre el estado nutricional y otros problemas de salud (incontinencia, exceso de sudor, inmovilidad...).
- Consideración de tratamiento (fármacos, escayolas...) que puede afectar al estado de la piel.

4. Prioridades de la acción del AE/TCE

■ **Las prioridades de la acción del AE/TCE en relación a la higiene** se establecen, fundamentalmente, en base a la prevención de las lesiones de la piel y mucosas, para lo cual se deberán administrar los cuidados básicos en forma regular y planificada.

■ **La piel y mucosas del paciente pueden deteriorarse rápidamente**, con pocas advertencias. La reparación de los daños es un proceso lento que acarrea grandes molestias y sufrimientos al enfermo y mucho trabajo al AE/TCE, daños que podrían evitarse llevando a cabo las medidas simples de prevención.

5. Objetivo de la acción del Auxiliar de Enfermería

- Conservar una buena higiene del individuo.
- Conservar la integridad de la piel y mucosas.
- Educar al individuo y/o familia sobre normas correctas de higiene.

6. Actividades específicas del AE/TCE

Las actividades son específicas para cada objetivo y, por tanto, incluyen:

■ **Conservar una buena higiene del enfermo.**

- Baño del paciente (en cama o en bañera).
- Cuidados de la boca.
- Cuidados de los ojos.
- Cuidados del pelo.
- Cuidados de las uñas.
- Eliminación de parásitos, en caso necesario.
- Cambio de pañales y aseo de genitales, en caso necesario.

■ **Conservar la integridad de piel y mucosas.**

- Prevención de la aparición de úlceras.
- Prevención de infecciones (orales, genitales, oculares...).
- Observación de los síntomas.

■ **Educar a individuos y familia sobre normas correctas de higiene.**

- Determinar el estado de higiene y enseñar las normas correctas en caso de deficiencias.
- Instruir a la familia sobre la higiene del individuo en caso de

que éste no desarrolle habilidades para hacerlo por sí mismo.

- Instruir al individuo a desarrollar habilidades necesarias para realizarse la higiene.

7. Planificación de las actividades del AE/TCE

El AE/TCE debe planificar las actividades para ajustarse a cada paciente, sus problemas y sus necesidades, teniendo en cuenta el plan de cuidados de otros miembros del equipo de salud. Es muy necesario y útil establecer objetivos específicos que deben lograrse mediante la acción del AE/TCE. El paciente y sus familiares deben participar en la higiene del individuo, cuando sea posible, para que los resultados finales sean los esperados.

El papel del AE/TCE en el proceso de atención al paciente

Valorar, planificar, ejecutar, evaluar...

■ **En la etapa de valoración** nuestro objetivo será el análisis del estado de todas las necesidades del paciente, tanto fisiológicas como psicológicas y sociales. La información necesaria pasará por:

■ **El conocimiento de las características** personales del paciente.

■ **El conocimiento de sus capacidades** ordinarias.

■ **El conocimiento de los problemas de salud** que obstaculizan su capacidad.

■ **El conocimiento de su estado** actual en lo que se refiere a estas capacidades.

■ **El conocimiento del plan de cuidados médicos.** Para ello utilizaremos dos métodos:

- La entrevista y conversación con el paciente.
- La observación directa del paciente.

■ **La lección práctica más importante que se puede dar al personal de enfermería es enseñar a observar:** decirle qué tiene que observar y cómo observarlo. Es evidente que en ambos casos (conservación-observación) el papel del AE/TCE es importante ya que por ambos métodos recaba datos de gran interés para el desarrollo del proceso.

■ **Planificar significa decidir** con anterioridad lo que se va hacer, cómo, por qué, dónde, y quién lo va a realizar, tomando en consideración los recursos humanos y materiales con que se cuenta.

■ **Es en la etapa de ejecución** donde el AE/TCE, como miembro del equipo de salud, es fundamental, ya que parte de las acciones, encaminadas a la consecución de los objetivos, serán realizadas directamente por él teniendo en cuenta su capacitación profesional. Al mismo tiempo que actúan deberán ganarse la confianza del enfermo para facilitar la colaboración y participación de éste y, en algunos casos deberán enseñarle las habilidades necesarias para que él mismo lleve a cabo acciones de cuidado utilizando al máximo su capacidad.

■ **En la etapa de evaluación** las dos preguntas que nos debemos hacer son:

- ¿Ha tenido éxito la atención de enfermería?
- ¿Se ha solucionado el problema?

El AE/TCE obtendrá la respuesta a ambas cuestiones, en algunos casos, mediante observación directa. Esa respuesta posiblemente nos abrirá nuevos campos que determinarán nuevos problemas y que, añadidos a los ya planteados, hará que se inicie de nuevo el proceso de valorar, planificar, ejecutar, evaluar...

Necesidad de trabajar en equipo

Equipo: Grupo de gente que trabaja conjuntamente hacia el logro de un objetivo común.

■ **Hay que trabajar en equipo.** De lo contrario permanecerá la distribución por tareas con una única visión, la del más fuerte, repercutiendo en la amplitud de acción del centro sanitario referida a la salud y por ende a la comunidad. En relación a los trabajadores, los distintos profesionales no encontrarán su

espacio específico, no se enriquecerán con las aportaciones de los demás y su labor quedará relegada en términos de salud de la población. El clima de trabajo entre iguales, la colaboración, la lucha por metas comunes, sólo la puede producir el trabajo en equipo.

■ **El equipo es más que la suma de sus integrantes.** Hay tareas que requieren la interrelación de sus miembros, ya que ninguno por separado las podría realizar. En el equipo cada profesional ha de desarrollar y responsabilizarse de unas actividades concretas, algunos de cuyos aspectos pueden, a su vez, ser compartidos por distintos miembros del mismo, en un contexto de colaboración y ausencia de conflictos de competencia. Es incuestionable la necesidad de trabajar en equipo, puesto que cada profesional hace su aportación específica en función de su preparación y experiencia, pero el objetivo común ha de ser el mismo: aumentar el nivel de salud de la población.

■ **Trabajar en equipo es necesario, pero es muy difícil.** Para que el equipo logre estimularse como tal, se requiere una mentalidad abierta, una disposición y un período de práctica y asentamiento para conseguir implantar esta metodología de trabajo. Cada miembro del equipo tiene claramente asumidas sus funciones, así como los intereses comunes del colectivo y todos los integrantes comparten la responsabilidad de los resultados.

■ **Ventajas del trabajo en equipo:**

- Aumento de la efectividad de las acciones.
- Evita la duplicidad de esfuerzos.
- Permite el intercambio de conocimientos y pautas de actuación

Causas que han motivado la creación de un equipo de salud



haciendo que se pueda estar al día más fácil y eficientemente.

- Unifica criterios, métodos y técnicas.
- Además de la responsabilidad compartida, mayor responsabilidad en la parte asignada.
- Obliga a establecer mecanismos de comunicación.
- Fomenta la responsabilidad y las buenas relaciones.

■ Dificultades de trabajar en equipo:

- Falta de costumbre.
- Falta de formación específica en el trabajo en equipo.
- Falta de definición clara de funciones de todos los profesionales. No estar asumidas por cada profesional las funciones del resto y, a veces, incluso ni las propias. Además del entendimiento de los distintos roles, hay que contar con las diferencias de status, salario y formación.
- Resistencias al cambio.
- La convicción fundamental es que el concepto de equipo y la práctica que conlleva, es viable y debe ser promovido, siempre que sea posible, en interés de mejorar el cuidado del paciente.

El Auxiliar de Enfermería y su futuro

Los avances tecnológicos producidos en la última década han influido tanto en la sociedad como en el sistema.

La tecnología introducida en materia sanitaria ha hecho que el desarrollo del sistema sanitario sea elevado, con la mejor preparación de sus profesionales.

La enfermería ha sabido adaptarse a dicho proceso incrementando su nivel de preparación de forma activa e intensa. Por estos motivos es lógico pensar que el

CONCLUSIONES

- ▶ **El AE/TCE** de Enfermería es dispensador de cuidados.
- ▶ **El AE/TCE** está dentro del marco de la enfermería.
- ▶ **El AE/TCE realiza** una serie de funciones de forma autónoma.
- ▶ **El AE/TCE forma** parte de un equipo.
- ▶ **Valora, planifica** y ejecuta una serie de cuidados como miembro del equipo de salud.
- ▶ **Debe aprender** a trabajar en equipo.
- ▶ **El AE/TCE ha ido evolucionando** acorde con los cambios que se han ido produciendo en su entorno laboral.
- ▶ **Es necesaria una mejora** de la formación que facilite el desarrollo y formación del profesional.
- ▶ **El reciclaje profesional** y académico ha pasado de ser no sólo necesario, sino también imprescindible.
- ▶ **El AE/TCE ha incrementado** su nivel de preparación de forma activa e intensa a lo largo de los años.
- ▶ **El futuro de los AE/TCE**, a través de la promoción profesional, no debe de ser una quimera sino una realidad que el colectivo se ha ganado, a través de su esfuerzo y dedicación a lo largo de los años.

AE/TCE tiene el derecho a un proyecto de promoción profesional. Es más, se ha ganado a pulso el derecho a la promoción profesional.

No es algo original, ni innovador, de hecho es algo que ya se da en países como Francia, Suiza e Italia, donde la enfermería se estructura en una sucesión de ni-

veles por los que discurre conjugando formación y experiencia.

■ **La necesidad de la promoción profesional para el AE/TCE** viene dada por la urgencia de reconocer su trabajo y de incentivarles, algo que la sanidad debe a este colectivo de profesionales.

La promoción profesional es la progresión de la categoría profesional conforme a los principios de igualdad, méritos y capacidad. La promoción profesional debe ser única y abierta, que facilite la consecución de las aspiraciones profesionales, la incentivación laboral.

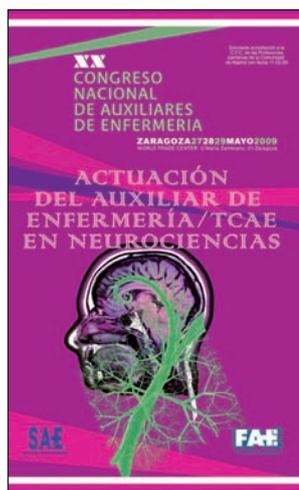
La categoría profesional define la situación profesional de cada trabajador. Hay que reclamar la reclasificación académica y laboral de los AE/TCE a través del grado superior y el grupo C (TCE- Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería).

La sanidad española se lo debe a los AE/TCE que tanto han trabajado y trabajan por un mejor sistema sanitario. ●

Bibliografía recomendada

- Adam E. Hacia dónde va la Enfermería. México: Interamericana; 1982.
- Domínguez Pedrera MA, García Buendía F, De Oro A, Pereira Argüete A. Manual de Auxiliares de Enfermería. Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería (FAE); 1975.
- Formación de la Auxiliar de Enfermería, FAE.
- González-Quijano Díaz A. Curso básico de Enfermería para Auxiliares. Necesidad de higiene.
- 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, 1978.
- Manual de procedimientos básicos de enfermería. Madrid: Hospital Universitario San Carlos; 1993.
- Orem D. Normas prácticas en Enfermería. Madrid: Pirámide; 1971.
- Promoción profesional del Auxiliar de Enfermería, SAE.

Las Neurociencias en el XX Congreso Nacional



El World Trade Center de Zaragoza ha sido la sede del vigésimo Congreso Nacional de Auxiliares de Enfermería/TCE dedicado a la “Actuación del AE/TCE en Neurociencias” y al que han asistido aproximadamente 700 profesionales de la enfermería básica.

María Luisa Noeno, consejera de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón, ha inaugurado esta edición del congreso resaltando la importancia que tienen los

Técnicos en Cuidados de Enfermería para el conjunto del sistema y el valor de su aportación a la calidad y calidez asistencial. En el acto de inauguración han participado también la concejala de Cultura del Ayuntamiento de Zaragoza, Pilar Alcocer, la presidenta de la Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería (FAE), Dolores Martínez, la secreta-

ria autonómica de SAE en Aragón, Emilia Santana, y el presidente del Congreso, José Hernández.

■ **El programa científico del XX Congreso Nacional de FAE, que se ha desarrollado durante tres jornadas**, ha aportado un sólido suplemento al perfil profesional de los Técnicos en Cuidados de Enfermería. En este encuentro se ha demostrado específicamente que la ciencia médica está sometida a constantes cambios y que, a medida que se emplean y aplican nuevas tecnologías, el colectivo amplía conocimientos y experiencias que repercuten directamente sobre el usuario, avanzando dentro del

equipo multidisciplinar, ciñéndose siempre a los protocolos establecidos, que garantizan la actividad asistencial.

Es evidente, no obstante, que todas y cada una de las intervenciones realizadas y de los pósteres expuestos han aportado un aspecto o un enfoque diferente del tema del congreso cumpliendo los objetivos planteados para éste gracias a los conocimientos y a la labor que día a día desarrollan en los centros de trabajo. Esto es obra de todos los participantes.

■ **Algunos ponentes resaltaron específicamente el papel de los Auxiliares de Enfermería.** Es el caso de la primera ponencia en la que el doctor Vicente Calatayud, catedrático emérito de neurocirugía de la Universidad de Zaragoza, ha apuntado que “hoy, la educación en neurociencias, concretamente en sus Auxiliares de Enfermería, tiene la oportunidad de anticiparse a las necesidades de las nuevas generaciones incorporando los nuevos conocimientos que provienen de la neurociencia para permitir que una adecuada individualización de las necesidades de los alumnos, de los auxiliares, ayude a desarrollar capacidades y prevenir dolorosas distorsiones de la personalidad”. Calatayud ha reconocido, además, que el Técnico en Cuidados de Enfermería desempeña una labor



De izq. a drcha., José Hernández, presidente de esta edición del congreso, Dolores Martínez, presidenta de FAE, María Luisa Noeno, consejera de Sanidad de Aragón, Pilar Alcocer, concejala de cultura del Ayuntamiento de Zaragoza, y Emilia Santana, secretaria autonómica de SAE en Aragón, en la inauguración del XX Congreso.

asistencial junto a otra humanitaria, humana y social.

Ésta ha sido una de las constantes en las intervenciones realizadas: la necesidad de que la atención en neurociencias se lleve a cabo por equipos multidisciplinares de profesionales en los que, sin duda, el Técnico en Cuidados de Enfermería juega un papel fundamental no sólo en la atención al paciente, sino también a las familias.

■ **La educación sanitaria y los cuidados, que constituyen siempre los pilares básicos de la profesión de enfermería,** se convierten igualmente en un elemento que los profesionales deben inculcar al paciente neurológico, enseñándoles a ellos y a sus familias los procesos rehabilitadores para que compatibilicen actitudes que van a mejorar la calidad de vida del afectado.

■ **En la medida que ha evolucionado la tecnología y el desarrollo científico en los diagnósticos y tratamientos que afectan al complejo sistema nervioso humano,** se han planteado nuevos retos y dilemas que merecen ser atendidos bajo planteamientos bioéticos. En estos aspectos se ha profundizado igualmente, destacando las aportaciones que en neuroética se han experimentado y cómo las tecnolo-



Los congresistas asisten a una de las mesas de trabajo.

gías actuales derivadas de las neurociencias, el desarrollo de nuevos y poderosos fármacos y la utilización de técnicas de resonancia magnética para la detección y alteración de los estados neuronales, están dando origen a problemas éticos novedosos que trascienden el ámbito de la bioética.

■ **Estas técnicas de tratamiento y manipulación del cerebro y los estados mentales asociados constituyen lo que se conoce como neurotecnologías.** Las neurociencias son ciencias experimentales que intentan explicar cómo funciona el cerebro. Dieron un paso prodigioso al descubrir que las distin-

tas áreas del cerebro se han especializado en diversas funciones y que a la vez existe entre ellas un

Es necesario que la atención en neurociencias se lleve a cabo por equipos multidisciplinares de profesionales en los que, sin duda, el Técnico en Cuidados de Enfermería juega un papel fundamental no sólo en la atención al paciente, sino también a las familias.

vínculo y continúan avanzando continuamente en la búsqueda de tratamientos que mejoren la calidad de vida de los pacientes afectados.



Beatriz Martínez y Olga Tena, AE/TCE del Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla de Madrid, tras recoger el primer premio por su comunicación "Transporte medicalizado del paciente con traumatismo craneoencefálico (TCE) desde la zona de operaciones hasta el territorio nacional".



Los autores del póster "Código Ictus", AE/TCE de Castilla-La Mancha, tras recoger el primer premio por su trabajo.



M.^a Rosa Borrell Sanz, AE/TCE del Hospital Clínico de Zaragoza, recogiendo el premio a la segunda comunicación por su trabajo "Higiene postural y hernia discal".

Premios a las neurociencias

Tal y como ha quedado patente a través de las ponencias, comunicaciones y pósteres, a los que cerca de 700 AE/TCE han tenido la oportunidad de asistir, el profesional Auxiliar de Enfermería juega un papel fundamental en la educa-

Queda demostrado que la formación continuada es esencial para seguir avanzando en nuestra profesión

ción, prevención y atención al paciente neurológico. Aquí y a miles de kilómetros. Donde haya un paciente, será necesario un Técnico en Cuidados de Enfermería y así lo

han dejado patente los profesionales AE/TCE del Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla de Madrid, quienes han explicado cómo se realizan y trasladan desde una zona de operaciones y la importancia que en estos escenarios tienen los Auxiliares de Enfermería como parte del equipo de trabajo.

De hecho, los autores de este trabajo, Beatriz Martínez Manzanares, Miguel Ángel Moreno Fernández y Olga Tena Reche, han conseguido el premio otorgado por el Comité Científico a la mejor comunicación.

■ Asimismo, se ha concedido un accésit a la comunicación "Higiene postural y hernia discal", presentada por Rosa Borrell Sanz, Técnico en

Cuidados de Enfermería del Hospital Clínico de Zaragoza, en la que se analiza la higiene postural y la ergonomía como medida eficaz para prevenir el dolor de espalda con la finalidad de reducir la carga que soporta la espalda en sus actividades diarias. Asimismo, esta comunicación profundiza en las actuaciones de los Técnicos en Cuidados de Enfermería en las intervenciones quirúrgicas de hernia discal.

■ Por otro lado, el Comité Científico ha entregado el premio al mejor póster al titulado "Código Ictus", presentado por José Luis García Gallardo, Pilar Delgado Blázquez, Juani Morales Sánchez, M^a del Mar Fernández Espartero, Teresa Solís Chamorro, Encarnación Delgado González, Josefa Crespo Lorente, Marisol Rivilla Santigosa e Isabel Valbuena Martín, Técnicos en Cuidados de Enfermería del Hospital General de Ciudad Real, Hospital General La Mancha-Centro de Alcázar de San Juan, Hospital Santa Bárbara de Puerto Llano, Hospital Virgen de Altagracia de Manzanares y Hospital Gutiérrez Ortega de Valdepeñas.

■ Clausurada esta edición del congreso, su presidente José Hernández ha reconocido que "el trabajo, la dedicación y la ilusión quedan patentes día a día en el centro asistencial. Nuestra entrega e interés por seguir aprendiendo se reflejan en convocatorias como el Congreso Nacional organizado anualmente por la Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería. Queda demostrado que la formación continuada es esencial para seguir avanzando en nuestra profesión".

Asimismo, la presidenta de FAE, Dolores Martínez, ha anunciado la ciudad gaditana de Jerez de la Frontera como sede del XXI Congreso Nacional, que, en esta ocasión, versará sobre "Salud Mental y Psiquiatría" ●



De izq. a drcha., José Hernández, presidente de esta edición del congreso, Dolores Martínez, presidenta de FAE, Juan Carlos Bastaros García, director gerente de la Gerencia del Servicio Aragonés de Salud, Juan Ramón Artiga Guerreo, director de Recursos Humanos del Servicio Aragonés de Salud, y Emilia Santana, secretaria autonómica de SAE en Aragón, en el acto de clausura.

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.

Normas para realizar la actividad acreditada

- 1. Los suscriptores que no tengan Usuario y Clave** deben entrar en **www.nosocomio.org** y registrarse en el sistema a través del apartado "¿Olvidó o no dispone de sus datos de acceso?". El "número de suscriptor" corresponde con el número que aparece en el código de barras de la etiqueta de envío de la versión impresa de la revista.
- 2. Una vez cumplimentado este formulario**, el sistema facilitará un Usuario y Clave que permitirá el acceso a la actividad acreditada. Serán siempre los mismos. Guárdelos para las próximas actividades.
- 3. Para entrar a la prueba de evaluación** hay que pinchar en Acreditación y luego en Evaluación.
- 4. Cada actividad tiene varias convocatorias** de evaluación, pero solo se permite la inscripción en una. Por ello es aconsejable que se tengan muy claras las fechas de cada edición y si existen dudas de poder entregar la evaluación en la fecha límite fijada en la convocatoria, es preferible realizar la inscripción en otra edición.
- 5. Los exámenes pueden ser modificados y guardados** tantas veces como se desee hasta el cierre de la convocatoria mediante la opción Guardar.
- 6. Cuando se haya completado el examen** y se considere que las respuestas son definitivas, se debe pinchar la opción Entregar. Una vez entregada la evaluación no se podrá repetir ni modificar. No se admitirán evaluaciones fuera del período que marca la edición.
- 7. Las respuestas correctas del test de evaluación** se publicarán una vez finalizado el plazo de evaluación.
- 8. Es necesario superar correctamente un mínimo del 80%** de las preguntas planteadas en cada actividad para la obtención del certificado acreditado.
- 9. El diploma será entregado por la Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería (FAE)**, a partir de la fecha indicada en la unidad correspondiente. Para cualquier duda o problema con la entrega del diploma, póngase en contacto con FAE (divulgacion@fundacionfae.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.



Puede disfrutar de los contenidos electrónicos de Nosocomio en **www.nosocomio.org**

- **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 _____ N° _____ 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): 100 €
 Remitir debidamente cumplimentado a FAE: C/ Tomás López, nº3 1 Izda 28009 Madrid
 Tf: 91 521 52 24 Fax: 91 521 53 83 E-mail: administracion@fundacionfae.org

► Lectura

El hombre del traje gris

■ **Autor:** David Sloan Wilson

■ **Editorial:** Libros del Asteroide

■ **Precio:** 21,95 €

Esta reedición de la novela más famosa de Sloan Wilson nos traslada, como ya lo hiciera en 1955, al más profundo conformismo norteamericano de los años 50.



Conseguir un hogar decente, una profesión que no aplaste su espíritu y dinero suficiente para mantener a

su familia son las aspiraciones de Tom Rath, un veterano de la segunda guerra mundial. Tres deseos que le llevan a dejar su puesto en una fundación artística por un trabajo mejor remunerado como relaciones públicas de una cadena de televisión. Una labor que terminará siendo inútil y deshumanizadora y que le obligará a reexaminar sus prioridades.

En una primera parte de la novela, la familia, compuesta por el matrimonio—Tom y Betsy—y los 3 hijos, resulta tan atractiva como divertida, pues está cargada de situaciones cómicas protagonizadas por personajes secundarios deslumbrantes. A medida que el lector se adentra en sus vidas, observará cómo el argumento se aparta de la visión de una atractiva pareja

con problemas que lucha contra el conformismo de los 50 para dibujar a Tom como un hombre devorado por la culpa que recibe pasivamente la ayuda de su media naranja, Betsy. La historia de Tom por encontrar el verdadero sentido a su vida tiene hoy tanta actualidad como en el momento en el que se publicó la novela. ●

► Viajes

Itinerarios

El Sindicato de Auxiliares de Enfermería ha firmado un acuerdo con la Asociación de Veteranos de Iberia por el cual los afiliados a la organización podrán disfrutar de importantes descuentos en viajes.

Esta acción, enmarcada dentro de la Acción Social, ofrece un amplio abanico de destinos, tanto nacionales como internacionales, a un precio muy económico. La India, Croacia, Eslovenia, Marruecos, Estocolmo, Portugal, Egipto, Oporto, Cantabria, La Rioja o Asturias son algunos de los circuitos previstos para los meses de septiembre, octubre y noviembre.



SAE ofrece así a sus afiliados una magnífica oportunidad para disfrutar de impresionantes viajes y

compartir experiencias con otros compañeros. Las personas interesadas podrán ampliar esta información en la página web www.sindicatosae.com Tel. 914 010 050 ●

► Exposición

Las edades del hombre

■ **Lugar:** Catedral de San Pedro. Soria

■ **Fecha:** hasta diciembre de 2009

■ **Precio:** gratuita

■ **Más información:** <http://www.lasedades.es/paisaje/index.htm>

Bajo el título Paisaje Interior—un claro homenaje a los paisajes sorianos, y la



espiritualidad que se respira en esta ciudad serrana—, la muestra Las Edades del Hombre

procura, en esta ocasión, un acercamiento a las personas que han vivido en esta diócesis tratando de mostrar sus raíces y su paisaje interior, es decir, la fe, las vivencias, los valores y devociones que han marcado sus vidas. Lo que la convierten en contrapunto al tiempo presente marcado por las prisas y muy poco dado a detenerse, reflexionar sobre su pasado, presente y futuro. Con la imagen de la palmera de San Baudelio como punto de partida, la exposición invita al visitante a introducirse en el arte románico y la historia de la diócesis. ●

► Agenda

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

■ **Actuación del AE/TCE en emergencias en politraumatismos*.** Zaragoza. Del 21 al 25 de septiembre de 2009.

■ **Actualización para AE/TCE en cuidados básicos materno infantiles*.** Madrid. Del 5 al 9 de octubre de 2009.

■ **El AE/TCE en la unidad de cuidados intensivos*.** Madrid. Del 5 al 9 de octubre de 2009.

■ **Actuación del AE/TCE ante el maltrato infantil.** Toledo. Del 19 al 23 de octubre de 2009.

■ **Nutrición y dietética para AE/TCE*.** Madrid. Del 19 al 23 de octubre de 2009.

■ **Nutrición y dietética para AE/TCE*.** Madrid. Del 26 al 30 de octubre de 2009.

■ **Actualización para AE/TCE en cuidados básicos materno infantiles*.** Madrid. Del 26 al 30 de octubre de 2009.

■ **El AE/TCE en la unidad de cuidados intensivos*.** Madrid. Del 2 al 6 de noviembre de 2009.

■ **Actuación del AE/TCE en Atención Domiciliaria*.** Madrid. Del 2 al 11 de noviembre de 2009.

■ **Atención del AE/TCE al paciente con Alzheimer y otras demencias** Zaragoza. Del 30 de noviembre al 4 de diciembre de 2009.

■ **Actualización para AE/TCE en cuidados básicos materno infantiles*.** Madrid. Del 30 de noviembre al 4 de diciembre de 2009.

* Solicitada acreditación a la CFC de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid-Sistema Nacional de Salud en fecha 8 de julio de 2009

¡¡ Afíliate!!

Por 6,67 euros al mes, SAE te ofrece múltiples ventajas

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL

✓ Al darte de alta como afiliado eres beneficiario de un seguro de responsabilidad civil de 120.202,42 euros.

Puedes ampliar esta cobertura a 450.759,08 euros por sólo 0,83 euros más al mes.

NOSOCOMIO

✓ Con una periodicidad trimestral, Nosocomio te permitirá mantener actualizados tus conocimientos. Además, te ofrece la posibilidad de realizar gratuitamente una actividad formativa acreditada por la Comisión de Formación Continuada.

SAE INFORMATIVO

✓ Todos los meses llegará a tu domicilio la actualidad de los profesionales Auxiliares de Enfermería/TCE: noticias de carácter laboral, profesional, social...

ADEMÁS...

- ✓ Asesoramiento jurídico laboral.
- ✓ Importantes descuentos en establecimientos colaboradores y en programas de ocio y tiempo libre.
- ✓ Banco Popular. Ventajosos productos financieros en hipotecas y préstamos personales.
- ✓ Zurich Seguros. Importantes ventajas al contratar un seguro de coche o de hogar.
- ✓ Tarjeta Hertz. Descuentos en alquiler de coches.
- ✓ Maphre Caja Salud. Pólizas ventajosas en el seguro médico.
- ✓ Tarjeta Solred. Descuentos en combustible, peaje y en las tiendas de las gasolineras.

SAE

SINDICATO DE AUXILIARES DE ENFERMERÍA

¿QUIERES QUE TE
RECONOZCAN LOS CUIDADOS
QUE PRESTAS AL PACIENTE?



¡¡ REGÍSTRALOS !!

ES UN DERECHO,
ES UN DEBER

S.A.E

SINDICATO DE AUXILIARES DE ENFERMERÍA