



Número 60 2009

Revista cuatrimestral

Dossier

Cáncer y quimioterapia

Prevención

Higiene postural en el trabajo

Actividad acreditada

Úlceras por presión

Separata

Auxiliar de Enfermería/TCE en unidad de ictus



PROGRAMA de FORMACION a DISTANCIA 2009 10

PROGRAMA DE FORMACIÓN A DISTANCIA 2009-2010

- * Anatomía y movilización de pacientes para AE/TCE
- * Actuación del AE/TCE ante las enfermedades nosocomiales y aislamientos
- * Actuación del AE/TCE en servicio especiales. Urgencias: traumatismos y quemados
- * Actuación del AE/TCE en la unidad de urgencias pediátricas
- * Actualización en drogodependencias para AE/TCE
- * Atención del AE/TCE al paciente con alteraciones mentales
- * Atención del AE/TCE ante el maltrato. Módulo I: maltrato infantil
- * Cuidados del AE/TCE al paciente infeccioso
- * Cuidados intensivos
- * Cuidados materno-infantiles
- * Cuidados y técnicas para AE/TCE en atención especializada
- * El AE/TCE ante las necesidades de alimentación y nutrición del paciente
- * El AE/TCE en servicios especiales: área quirúrgica
- * El AE/TCE en servicios especiales: urgencias cardiorrespiratorias
- * El AE/TCE en servicios especiales: urgencias urológicas
- * Farmacología básica para AE/TCE
- * Infecciones respiratorias pediátricas. Cuidados del AE/TCE
- * Técnicas de desinfección y esterilización para AE/TCE
- * Úlceras por presión

BOLETÍN DE MATRÍCULA DE LOS CURSO DE FORMACIÓN A DISTANCIA 2009-2010

BOLETÍN DE MATRÍCULA (Cumplimentar con letra de imprenta)

NOMBRE Y APELLIDOS _____
 N.I.F. _____ - _____ (Indicar en la Transferencia) DOMICILIO _____
 Nº _____ PISO _____ C.P. _____ LOCALIDAD _____
 PROVINCIA _____ TLF. _____ MÓVIL _____
 E-MAIL _____ AFILIADO SI NO Nº AFILIACIÓN _____

MARQUE CON "X" LA ACTIVIDAD O ACTIVIDADES DESEADAS

		AFILIADO	NO AFILIADO
<input type="checkbox"/> Anatomía y movilización de pacientes para AE/TCAE SÓLO CD	(20 h - 2,2 créditos)	25,00 €	34,00 €
<input type="checkbox"/> Actuación del AE/TCAE ante las enfermedades nosocomiales y aislamientos	(40 h - 3,6 créditos)	45,00 €	70,00 €
<input type="checkbox"/> Actuación del AE/TCAE en servicios especiales. Urgencias: Traumatismos y quemados	(80 h - 5,4 créditos)	69,00 €	93,00 €
<input type="checkbox"/> Actuación del AE/TCAE en la unidad de urgencias pediátricas	(100 h - 7,8 créditos)	99,00 €	129,00 €
<input type="checkbox"/> Actualización en drogodependencias para AE/TCAE	(65 h - 3,4 créditos)	57,00 €	81,00 €
<input type="checkbox"/> Atención del AE/TCAE al paciente con alteraciones mentales	(80 h - 5,1 créditos)	69,00 €	93,00 €
<input type="checkbox"/> Atención del AE/TCAE ante el maltrato. Módulo I: Maltrato infantil	(50 h - 5,1 créditos)	51,00 €	75,00 €
<input type="checkbox"/> Cuidados del AE/TCAE al paciente infeccioso SÓLO CD	(20 h - 2,2 créditos)	25,00 €	34,00 €
<input type="checkbox"/> Cuidados intensivos	(40 h - 6,6 créditos)	45,00 €	70,00 €
<input type="checkbox"/> Cuidados materno-infantiles	(65 h - 7,7 créditos)	57,00 €	81,00 €
<input type="checkbox"/> Cuidados y técnicas para AE/TCAE en atención especializada	(65 h - 5,4 créditos)	57,00 €	81,00 €
<input type="checkbox"/> El AE/TCAE ante las necesidades de alimentación y nutrición del paciente SÓLO CD	(20 h - 2,3 créditos)	25,00 €	34,00 €
<input type="checkbox"/> El AE/TCAE en servicios especiales: área quirúrgica	(50 h - 5,4 créditos)	51,00 €	75,00 €
<input type="checkbox"/> El AE/TCAE en servicios especiales: urgencias cardiorrespiratorias	(65 h - 4,5 créditos)	57,00 €	81,00 €
<input type="checkbox"/> El AE/TCAE en servicios especiales: urgencias urológicas	(80 h - 4,1 créditos)	69,00 €	93,00 €
<input type="checkbox"/> Farmacología básica para AE/TCAE	(40 h - 2,7 créditos)	45,00 €	70,00 €
<input type="checkbox"/> Infecciones respiratorias pediátricas. Cuidados del TCAE/AE SÓLO CD	(20 h - 1,8 créditos)	25,00 €	34,00 €
<input type="checkbox"/> Técnicas de desinfección y esterilización para AE/TCAE SÓLO CD	(20 h - 2,6 créditos)	25,00 €	34,00 €
<input type="checkbox"/> Úlceras por presión	(65 h - 7,9 créditos)	57,00 €	81,00 €

MATRÍCULA: Abierta y permanente (durante el curso académico). LÍMITE DE ALUMNOS: 200 (por edición)

FORMA DE PAGO: Mediante ingreso o transferencia a favor de "FAE" en el Banco Popular C/C Nº 0075-0079-51-0601414663.

No se admitirá boletín alguno que no esté debidamente cumplimentado. El pago debe hacerse a nombre del titular del curso.

TOTAL

Editorial

Cuando Alain Peyrefitte, ministro en varias ocasiones del gobierno francés, incluyó unas líneas sobre las bondades de la acupuntura en su obra "Cuando China despierte...el mundo temblará", fruto de sus experiencias durante la visita oficial que realizó al país asiático en 1971, poco se podía imaginar que esta práctica, minoritaria por entonces en Occidente, recibiría el apoyo de millones de personas en todo el mundo.

Tres décadas después, además de usar las agujas, las terapias alternativas también se expresan a través de las plantas medicinales o el poder de las manos. En el último caso, el Reiki, una terapia que se vale de estas extremidades para, simplemente acercándolas al paciente, transferir a éste la energía universal y desbloquear sus campos energéticos, cuenta ya con el beneplácito de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Sin embargo, y a pesar de que la medicina tradicional siempre ha tenido a su lado terapias alternativas que han contribuido a mejorar nuestras dolencias y de que muchas de éstas cuentan con el reconocimiento de la OMS, existen prácticas que no tienen beneficio más allá del enriquecimiento de curanderos y charlatanes e incluso pueden acabar con consecuencias negativas para el paciente.

El vacío legal que existe en este sector es una de las causas que hace factible que cualquiera pueda dedicarse a vociferar y aplicar las bondades de las terapias naturales.

Este intrusismo, junto con el hecho de que el 70% de la población de los países desarrollados ha usado alguna vez estas terapias, está conduciendo a los países, impulsados por la OMS, a desarrollar planes que garanticen la legalidad de estas prácticas. Por ahora, en Europa, sólo Suiza las ha regulado, mientras que el Reino Unido, tras la pertinente polémica, ha aprobado el primer tratamiento homeopático.

En España, el Ministerio de Sanidad está trabajando en la elaboración de una norma única "que regule las condiciones de los centros, así como las características y calificación de los practicantes", según ha manifestado Alberto Infante, director general de Cohesión del Sistema Nacional de Salud.

Una norma necesaria para regular a los 60.000 profesionales que actualmente ejercen estas prácticas y garantizar la seguridad del 24% de la población de nuestro país que en algún momento encuentra en estos remedios naturales un complemento idóneo a su tratamiento médico. ●

Sin cita previa

- Felicidades por el XX Congreso 4
- Una buena decisión 4

Noticias del Mundo Médico

- Fármacos y volante, no mezclar 5

Prevención

- Higiene postural en el trabajo 6-7



Nutrición

- Los españoles suspendemos en alimentación 8-9



Actividad Acreditada

- Úlceras por presión 10-13



- Separata Auxiliar de Enfermería/TCE en la unidad de Ictus 14-17

Y para variar

- Aniversario de la evolución 18

Dossier

- Cáncer y quimioterapia La enfermedad cancerosa 20-21
- El Auxiliar de Enfermería/TCE frente a los efectos secundarios de la quimioterapia 22-24



- Comunicación Pero ¿qué me está diciendo? 25

Reglas de Oro

- Ayuda en la conciliación del sueño 26-27



- Reportaje Reiki, energía sanadora 28-30

- Protocolo 31

- Certamen FAE Soporte vital básico (SVB) 32-37

- Ocio 38



CONSEJO EDITORIAL DE NOSOCOMIO
DIRECTORA. Dolores Martínez Márquez
REDACCIÓN. Montse García, Cristina Botello
COMITÉ CIENTÍFICO. José Ángel Peña, M^a del Carmen Gómez Satué, Isabel Galán
FORMACIÓN. Rosa María Cascales
COLABORADORES. Berbes Asociados, Planner Media

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



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. Diríjase 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: 1136-8985

La empresa editora no se hace responsable de las opiniones que los colaboradores de NOSOCOMIO puedan expresar en estas páginas.

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

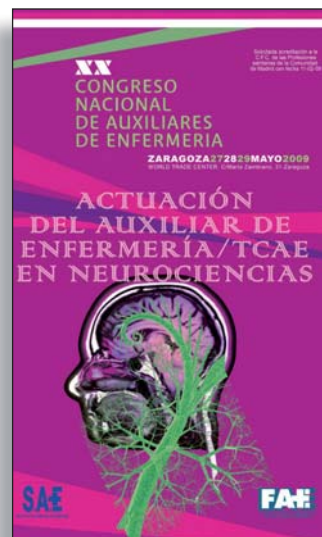
Felicidades por el XX Congreso

Tras leer el reportaje sobre el XX Congreso Nacional publicado en el número 59 de *Nosocomio*, me he decidido a escribir estas líneas a través de las cuales quiero, en primer lugar, expresar mi felicitación a la organización del mismo. Pero también necesito manifestar mi total desacuerdo con el comportamiento de algunos compañeros.

Durante el transcurso de este evento pude escuchar numerosas quejas por cuestiones tan dispares como la entrega de los certificados de asistencia, las comidas, las excursiones... Con tantos congresistas es normal que existan discrepancias entre los gustos de unos y otros, pero es necesario y urgente que aprendamos a respetar el trabajo de los demás y a



World Trade Center Zaragoza



plantear nuestras quejas u opiniones en los lugares adecuados y con una correcta educación.

Estoy convencida de que tanto el comité organizador como el científico han trabajado muy duro para ofrecernos un congreso a la altura de nuestras expectativas. Es con esta parte con la que nos debemos quedar y en caso de tener la necesidad

de comunicar nuestro malestar por algún aspecto del Congreso, debemos tener en cuenta que una crítica constructiva es siempre mejor que una salida de tono. ●

Auxiliar de Enfermería
Madrid

Una buena decisión

Llevo cinco años afiliada al Sindicato de Auxiliares de Enfermería y me ha resultado muy satisfactorio comenzar a recibir de forma gratuita la revista *Nosocomio*. Particularmente me ha gustado la inclusión de la actividad formativa, pues creo que con ésta, el sindicato abre una nueva vía para seguir apostando por la formación de los Auxiliares de Enfermería. Como profesional de la enfermería básica creo que la formación continua es imprescindible para seguir creciendo, renovar conocimientos, adaptar los adquiridos a las nuevas técnicas y formas de trabajo... en definitiva, para hacer que la asistencia al paciente sea mejor. Por ello, junto con los cursos, jornadas, congresos o encuentros, esta actividad se convierte en una nueva oportunidad que nos brinda SAE para que no abandonemos nuestra formación. ●

Susana Díez
Auxiliar de Enfermería



Fármacos y volante, **no** mezclar

Aunque las cifras en España han mejorado con respecto a Europa, las imprudencias en las carreteras nacionales continúan siendo la primera causa de muerte entre los menores de 39 años. Con el objetivo de reducir esta siniestralidad, un grupo de expertos está trabajando en la revisión de uno de sus detonantes: los efectos de los medicamentos en la conducción.

Entre el 5 y el 10% de los accidentes de tráfico se deben al consumo de fármacos. Una realidad que ha llevado a un grupo de expertos a revisar, desde principios de 2008, 13.466 productos autorizados por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, de los que hasta ahora han sido evaluados un 32,6%, siendo ya más de 200 los que han sido marcados como fármacos susceptibles de provocar efectos adversos que perjudiquen la atención de los conductores.

En este sentido, los primeros fármacos en ser analizados han sido



los que actúan sobre el sistema nervioso central y los antihipertensivos, ya que son los que más se consumen, generando sedación, somnolencia, confusión y visión borrosa en el paciente, efectos, evidentemente, nocivos a la hora de ponerse al volante.

Según ha explicado Consuelo Sánchez Naranjo, subsecretaria de Sanidad, esta medida, que se estima esté totalmente implantada en 2011, nace con el objetivo de impulsar una relación más estrecha entre los tres actores fundamentales: paciente, médico y farmacéutico, con el fin de

conseguir “mayor conciencia y responsabilidad al volante”.

Finalmente, todos los fármacos que reciban este reconocimiento serán marcados con un pictograma de una señal de tráfico triangular con fondo blanco y un coche en su interior, bajo el que aparecerá la leyenda: “Conducción: ver prospecto”.

El uso de este marcador se remonta a finales de la década de los años 60 en los países nórdicos, donde se redujeron considerablemente las muertes en carretera. Pero fueron nuestros vecinos franceses quienes incluyeron un vehículo como principal llamada de atención con diversos colores que mostraban sus equivalencias en nivel de riesgo.

En España, habrá que esperar hasta el próximo otoño para evaluar qué impacto ha tenido esta medida entre los conductores. ●



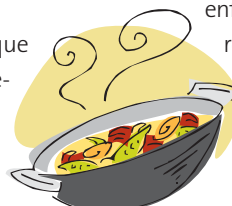
Mayor **control** de los **alimentos** funcionales

El consumo de productos enriquecidos y fortificados ha experimentado un crecimiento situado entre un 3,7% y un 153,7% durante el lustro comprendido entre 2000 y 2005.

A este dato, extraído de un estudio realizado por el Ministerio de Medio Ambiente, Medio Rural y Marino y la Fundación Española de la Nutrición, le acompaña una duda razonable: ¿puede llegar a ser perjudicial un consumo inadecuado de estos alimentos?

Un alimento funcional es aquel que –de acuerdo al consenso científico europeo– tiene efectos beneficiosos sobre una o más funciones dianas en el organismo –función cardiovascular, función intestinal, salud y desarrollo mental, etc.–, aparte de los efectos nutricionales adecuados, de forma que sea relevante tanto para mejorar el estado de salud y bienestar, como para la reducción de riesgo de enfermedad.

Ante el incremento en el mercado de productos que alardean de tener estas características, la doctora Be-goña Olmedilla, del Consejo Superior de Investigaciones Científicas, explica que “en la mayoría de los casos todavía no hay estudios suficientes y consistentes



que permitan realizar una declaración de propiedad saludable en relación con determinados componentes o alimentos”.

Por ello, y con el fin de proporcionar a los consumidores información concisa y fiable sobre este tipo de productos, se deben valorar previamente los efectos beneficiosos y también las posibles consecuencias indeseables, contemplando durante su estudio que este tipo de alimentos se integran en la dieta total, que debe ser variada y equilibrada.

A través de un etiquetado con información comprensible, el consumidor debe conocer las propiedades del producto: si está orientado a mantener o mejorar una función o si trabaja para reducir el riesgo de enfermedad; la cantidad de alimento y el patrón de consumo requeridos para obtener el efecto beneficioso declarado; en caso necesario, una declaración dirigida a las personas que deberían evitar el consumo del alimento; y una advertencia adecuada en relación con los productos que pueden suponer un riesgo para la salud si se consumen en exceso. ●

Higiene postural en el trabajo

Es extremadamente importante que los Auxiliares de Enfermería/TCE adopten buenas posturas mientras atienden a los pacientes. Si los profesionales siguen los consejos de prevención de dolores de espalda, podrán prevenir lesiones tales como las lumbalgias y evitarán, por tanto, las bajas laborales.

Palabras clave:

- Técnico en Cuidados de Enfermería
- Cervicalgia
- Dorsalgia
- Espalda
- Lumbalgia
- Dolor de espalda
- Prevención

La prevención de las lesiones de espalda en el ámbito sanitario consiste en combinar la participación de los pacientes en la operación con el cuidado de la integridad física del propio profesional sanitario.

Dentro de la prevención de las lesiones de espalda se incluyen todos los trastornos musculoesqueléticos (brazos, hombros, nuca...), que son asimismo muy frecuentes.

Basándonos en las situaciones que presenciamos a diario en los servicios hospitalarios, hemos recopilado una serie de consejos para mejorar las posturas más habituales que se adoptan a la hora de atender a los pacientes.

La cama del paciente

Debe colocarse a una altura determinada para que el profesional pueda realizar su trabajo con comodidad. Esta altura dependerá de la estatura del trabajador.

■ **Altura excesiva:** pese a lo que se observa actualmente en los hospitales, la cama no debe colocarse a una altura excesiva.

El Auxiliar de Enfermería/TCE debería tener espacio para desplazarse lateralmente y doblar las rodillas, de cara a las tareas de aseado, vestimenta y asistencia a los pacientes.

Al flexionar las rodillas con los pies separados, la pelvis se retrae y los miembros superiores adquieren más fuerza.

Esta postura previene los dolores cervicales, las dorsalgias o las tendinitis de hombro tan frecuentes entre los Auxiliares de Enfermería/TCE, que tienen tendencia a ejercer la fuerza con los brazos.

■ **Altura insuficiente:** la cama no debe colocarse a una altura demasiado baja, para que el profesional no tenga que inclinarse excesivamente sobre el paciente, ya que esta postura podría provocarle lumbalgias.

Traslado al sofá o a otra ubicación

En numerosas ocasiones, se debe trasladar al paciente a un sofá o a una ubicación diferente. Éstas son situaciones “cuerpo a cuer-

po” en las que se debe sostener al paciente con firmeza y tener un gran contacto con el mismo, por lo tanto, es necesario acercarse al paciente lo máximo posible.

■ **Para pasar de la posición tumbada a la posición sentada** con una mayor facilidad, se debe colocar el antebrazo y la palma de la mano por debajo de los hombros del paciente.

■ **Para ponerlo en posición vertical,** hay que situarse frente al paciente, colocar los antebrazos del paciente sobre sus omoplatos, sosteniendo el tórax del mismo con sus codos para ayudarle a balancearse hacia delante, es decir, hacia el Auxiliar de Enfermería/TCE. Éste puede ayudarle a levantarse desde un sofá o una cama, utilizando la flexión de sus miembros inferiores y el contrapeso de su cuerpo para empujar.



© F. Soutif/Elsevier Masson SAS



© F. Soutif/Elsevier Masson SAS

Hay que evitar coger al paciente con los brazos excesivamente alejados del mismo, puesto que esta postura acarrea riesgos para el paciente y el profesional: éste puede temblar y es posible que sus músculos se tensen, provocando una sensación desagradable para el paciente.

En todas las situaciones anteriores:

■ **Es importante no levantar ni cargar al paciente**, sino hacer que resbale, se gire y se balancee siempre que sea posible.

■ **Se debe utilizar un sistema de balancín y contrapeso** y conseguir que el paciente participe en la operación. Aunque esta participación sea, a veces, escasa, es útil para el profesional y muy satisfactoria para el paciente, puesto que se siente útil. El Auxiliar de Enfermería/TCE debe animar al paciente con frases como: "Ahora tiene que ayudarme, cuando cuente tres usted intentará levantar la cabeza y los hombros". Incluso la simple intención del paciente representa una ayuda para el profesional.

■ **Sobre todo, es fundamental reflexionar antes de actuar** en cada situación. Hay que tomarse el tiempo necesario para organizar el traslado, explicárselo al paciente y pedirle su opinión y ayuda cuando sea posible. Por último, debe tomarse su tiempo para realizar la maniobra de traslado sin precipitarse. De esta forma, es importante

colocar el sillón justo al lado de la silla con orinal.

A veces, se puede repartir la carga entre dos Auxiliares de Enfermería/TCE coordinando las diferentes fases de la operación. En este caso, cada Auxiliar de Enfermería/TCE se pone a un lado del paciente, o bien, uno de ellos se encarga de la parte superior del cuerpo y el otro de los miembros inferiores y de la pelvis.

No dude en apoyar una rodilla sobre la cama para acercarse al paciente y solicitarle su colaboración siempre que sea posible.

Asistencia a la hora de comer

Si el paciente requiere una ayuda total, se recomienda que el Auxiliar de Enfermería/TCE se sienta un poco más alto que el enfermo para que no mueva el hombro con una amplitud excesiva, puesto que realizará movimientos repetitivos.

Cuando sea posible, el profesional se colocará en el lado de su mano dominante.

Al utilizar una grúa de levantamiento

■ **Una mala manipulación** de la grúa o del carrito de la ropa sucia ocasiona problemas de espalda bastante graves, ya que los Auxiliares de Enfermería/TCE suelen utilizar la fuerza de los brazos o la rotación del tronco para trasladar, girar o desplazar lateralmente estas herramientas.

■ **La tracción o el empuje** de este material debe realizarse según las normas de manipulación.

Para comenzar el desplazamiento de la grúa o del ca-

Consejos prácticos para prevenir las lesiones de espalda

- ▶ **No levantar** ni acarrear al paciente, sino deslizarlo, girarlo y balancearlo.
- ▶ **Utilizar** el sistema de balancín y contrapeso.
- ▶ **Lograr que el paciente se haga participe** en la operación, en mayor o menor medida, pidiéndole que levante la cabeza y los hombros.
- ▶ **Reflexionar antes de actuar** en una situación nueva.
- ▶ **Tomarse el tiempo necesario** para organizar y realizar la maniobra de traslado.
- ▶ **No dudar** en apoyar una rodilla sobre la cama.
- ▶ **Repartir, si fuera posible**, la carga entre dos Auxiliares de Enfermería/TCE.

rrito, se deben utilizar los pies y la potencia de flexión de los miembros inferiores.

■ **Para empujar o tirar de este material**, el Auxiliar de Enfermería/TCE debe utilizar la fuerza de sus miembros inferiores flexionados, así como el peso de su cuerpo.

■ **En caso de manipulación de un paciente que sufre dolor**, es preferible utilizar la grúa u otras técnicas con la colaboración de otros Auxiliares de Enfermería/TCE y dirigirse al médico y a la enfermera.

Adoptar buenos hábitos

■ **En algunos ámbitos sanitarios** (geriatría, pacientes dependientes, obesos...) la manipulación de los pacientes suele representar un gran problema.

■ **La prevención** de las lumbalgias y del resto de trastornos musculoesqueléticos depende de un enfoque integral que incluye el uso de material adaptado, la formación postural en el entorno hospitalario, así como de la concienciación de todo el equipo para modificar los hábitos.

Sin embargo, es necesario solicitar la ayuda motriz de los pacientes para realizar el trabajo diario. ●



Los españoles **suspendemos** en **alimentación**

Legumbres, verduras, pescados y carnes son cada vez menos frecuentes en una sociedad vestida de prisas, estrés y falta de tiempo para todo, incluso para llevar una correcta alimentación. A las grandes cadenas de comida rápida que ofrecen succulentas hamburguesas y patatas fritas les han salido competidores, eso sí, la oferta es más sana: sándwiches de pavo, ensaladas en envases de plástico o zumos naturales son algunos de los productos que llenan sus estanterías.

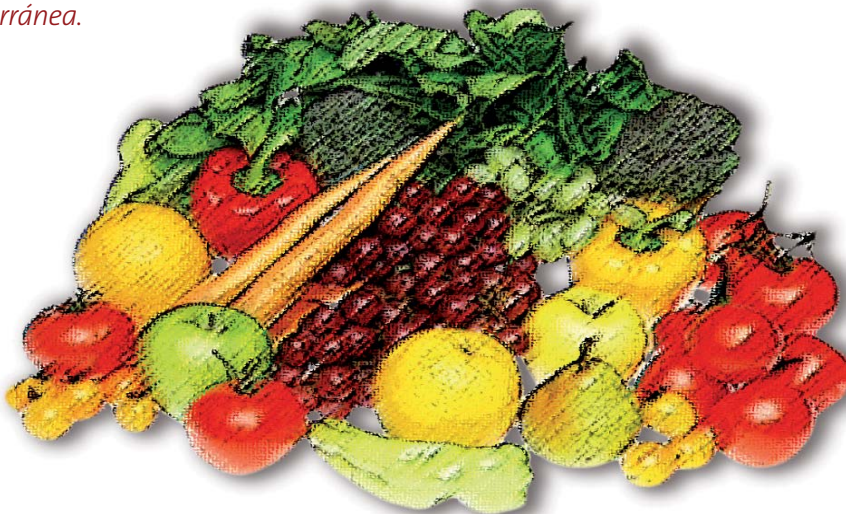
Tan sólo un 6,6% de la población española alcanza los objetivos de alimentación saludable respecto a frutas, verduras, pescados y legumbres. Así lo ha puesto de manifiesto el estudio “Los hábitos de los españoles en el cuidado de su salud”, presentado por la Confederación Española de Organizaciones de Amas de Casa, Consumidores y Usuarios (CEACCU), tras realizar 5.500 encuestas. El tanto por ciento restante pone como

excusa el trabajo y la falta de tiempo para sucumbir, cada vez más a menudo, ante los encantos de productos poco recomendables, independientemente de si están catalogados como sanos o si de ellos cuelga la etiqueta de “comida basura”.

No sabemos comer

■ **Nuestros hábitos alimenticios se han devaluado** en los últimos años y la tendencia actual, según señalan los expertos, continúa haciendo agonizar a la ansiada dieta mediterránea. Debemos

Nuestros hábitos alimenticios se han devaluado en los últimos años y la tendencia actual, según señalan los expertos, continúa haciendo agonizar a la ansiada dieta mediterránea.



tomar conciencia de que el placer que puede despertar dar, con cierta frecuencia, un bocado a un grasiento bocadillo de calamares, puede desencadenar problemas cardiovasculares, diabetes u obesidad –primera enfermedad no infecciosa que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha declarado como pandemia–.

■ **Además, en los últimos años se ha detectado un importante aumento de las alergias** –se prevé que en 2010 entre el 40 y el 50% de la población padezca algún tipo– e intolerancias alimenticias, así como trastornos de carácter más leve, pero que, igualmente, merman la calidad de vida: problemas de piel o estreñimiento, que puede dar lugar a hemorroi-

des o fisuras anales y concluir en una anemia por pérdidas de sangre, son sólo un par de ejemplos.

Poca fruta y verdura

■ **Según el estudio de CEACCU, los errores en los que más incurrimos los españoles** se sitúan en una ingesta insuficiente de frutas y verduras –menos del 12% llega a tomar diariamente las cinco piezas recomendadas–, en desayunos incompletos –sólo una cuarta parte lo hacen a diario–, y en seguir negando una oportunidad a las legumbres –el 38% no cumple la recomendación de las dos raciones semanales–. Por el contrario, los alimentos industriales como los precocinados están presentes en el 25% de los hogares más de dos veces a la semana.

Tras conocer estos desalentadores datos, desde CEACCU inciden en la necesidad de poner en marcha campañas informativas más ambiciosas con el objeto de que “el cuidado de la salud deje de ser una costumbre de minorías”, ha señalado Isabel Ávila, presidenta de la Confederación.

Educar a los niños

■ **Para ello es necesario una educación en todos los niveles.**

Tanto en casa como en los colegios se debe enseñar a los más pequeños –grandes imitadores– a comer bien.

Ni nos movemos ni descansamos lo suficiente

▶ **La mayoría de los españoles nos preocupamos por llevar una vida sana** (el 74% de los encuestados), sin embargo en la práctica los buenos hábitos se quedan en simples “puedo y no quiero”.

▶ **Junto a una buena alimentación, es necesario mantener un descanso reconfortante** y realizar algún tipo de ejercicio físico. Sin embargo, según CEACCU el 57% de los encuestados duerme menos de las siete horas diarias recomendadas y sólo el 27% realiza algún deporte: caminar (el 60%), gimnasia de mantenimiento (15%) o natación (el 8%) son las prácticas con mayor aceptación.

■ **Una alimentación variada** en donde conozcamos los alimentos que vamos a tomar y si lo hacemos en la cuantía recomendada, es fundamental para conseguir que los menores aprendan buenas costumbres. Pero alimentarse correctamente no sólo depende del contenido del plato; sentarse en la mesa sin prisas es necesario para realizar una correcta comida y disfrutar de una adecuada digestión. Establecer horarios puede ser un buen inicio.

■ **Pero a esta falta de conocimiento y formación, hay que sumar un etiquetado pobre** en información de los productos y una constante falta de tiempo para cocinar. Dos

problemas a los que tanto desde la industria –la parte que le toca– como desde los fogones particulares se les debe poner solución.

■ **Para ayudarnos a mejorar, la Agencia Española de Seguridad y Nutrición**, dependiente del Ministerio de Sanidad, publicará a finales de 2010 los resultados de un estudio basado en el análisis de más de 2.500 productos que pondrá sobre la mesa qué nutrientes, aditivos y contaminantes contienen los alimentos que ingerimos los españoles.

Y más nos vale intentarlo porque paradójicamente a lo que se pudiera pensar en una sociedad con un número de recursos muy superiores a los de épocas pasadas, la OMS ha advertido que “si la tendencia actual no se modifica, los nacidos después de 2000 tendrán menos esperanza de vida que los que lo han hecho antes”. ●

Tanto en casa como en los colegios se debe enseñar a los más pequeños a comer bien.





ÚLCERAS POR PRESIÓN

El tratamiento de las úlceras por presión es una parte importantísima de las responsabilidades de los Técnicos en Cuidados Auxiliares/AE. A través de esta actividad acreditada conoceremos su origen y aprenderemos a evitarlas y a curarlas.

SUMARIO:

1. Definición
2. Proceso de formación de la úlcera por presión
3. Zonas en que aparecen las úlceras por presión
4. Actuaciones del personal de enfermería en la prevención
5. Mecanismos para prevenir las úlceras
6. Alimentación
7. Dispositivos para reducir la presión
8. Tratamiento de las úlceras por presión

1. Definición

Son pérdidas de sustancia que aparecen en las personas que permanecen mucho tiempo encamadas o en silla de ruedas.

2. Proceso de formación de la úlcera por presión

Se forman en zonas declives del cuerpo, que están en continuo contacto con el colchón.

Aparecen, sobre todo, en zonas con escaso tejido subcutáneo o donde existen prominencias óseas, pues la presión constante de estas zonas contra la cama produce descenso de la circulación sanguínea y pérdida de sustancia en la piel.

■ Estadio I

Aparición de un eritema, que no cede al retirar el estímulo de presión, aunque la epidermis se encuentra íntegra.

Tiene coloración rojo-rosada y, si continúa la presión, progresa a una coloración cianótica, debido a la oclusión de los capilares.

■ Estadio II

Hay enrojecimiento, edema y pequeñas erosiones epidérmicas, con formación de vesículas o ampollas.

Afecta a la epidermis superficial.

Estas úlceras no suelen tener los bordes bien definidos y no suelen ser exudativas.

■ Estadio III

La piel pierde su integridad y se necrosa, exponiéndose el tejido celular subcutáneo. Tiene bordes bien definidos y cuando se elimina la capa negruzca adherida, puede ser susceptible de infección.

■ Estadio IV

La necrosis se extiende a través de la piel y penetra hasta el músculo y hueso.

Aparece exudado y abundante tejido necrótico. Hay afectación de grasa subcutánea y músculo, dejándose ver el hueso.

■ Estadio V

Mayor afectación ósea, con complicaciones infecciosas más graves.

3. Zonas en que aparecen las úlceras por presión

El lugar de aparición depende de la posición del enfermo.

■ En decúbito supino.

- Nuca.
- Omoplatos.
- Codos.
- Columna vertebral a nivel dorsal.

- Región sacra.
- Nalgas o glúteos.
- Talones.

■ En decúbito lateral.

- Hombro.
- Cresta iliaca.
- Trocánter del fémur.
- Rodilla.
- Tobillo o maléolos.

■ En decúbito prono.

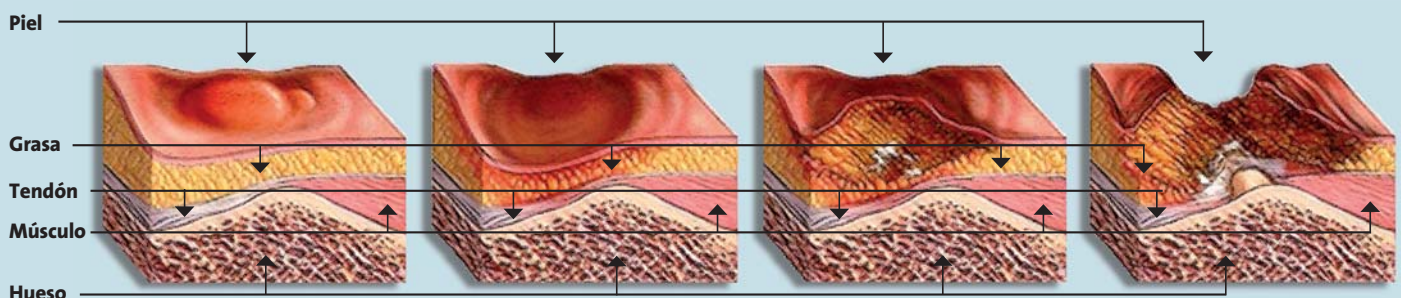
- Codos.
- Costillas.
- Muslos. Cara anterior.
- Rodilla.
- Dedos de los pies.

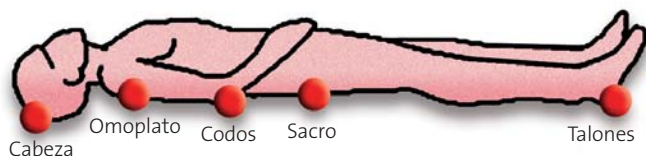
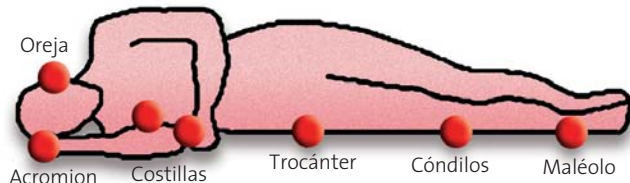
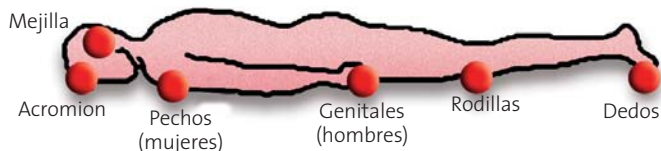
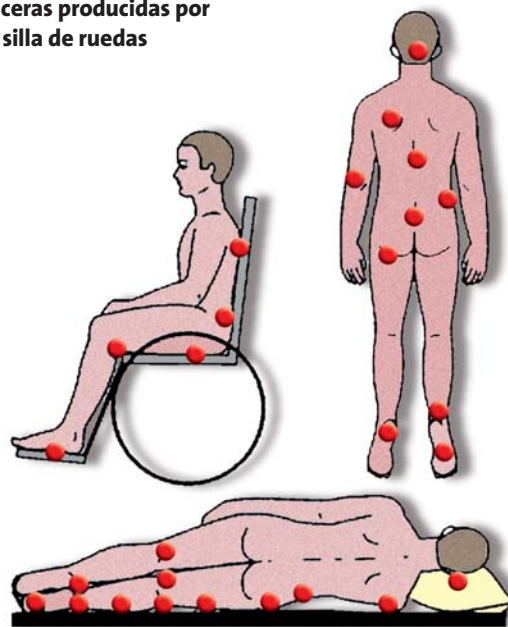
Factores que favorecen la aparición de úlceras por presión

- Presión prolongada sobre un área corporal.
- Sábanas con pliegues o arrugas.
- Ropa de cama húmeda.
- Falta de limpieza.

Pacientes con predisposición a desarrollar úlceras por presión

- Pacientes con piel en mal estado (seca, agrietada, etc.), que se lesiona con facilidad.
- Pacientes politraumatizados, con yesos, férulas, etc.
- Pacientes que no controlan los esfínteres vesical y anal.




Decúbito supino

Decúbito lateral

Decúbito prono

Úlceras producidas por la silla de ruedas


- Ancianos. Tienen alteraciones vasculares con circulación deficiente.
- Pacientes anémicos.
- Pacientes muy delgados o con caquexia, con poco tejido adiposo protector.
- Pacientes con obesidad, por exceso de peso.
- Pacientes con diabetes mellitus.
- Pacientes con tumores malignos.
- Personas con parálisis, que permanecen mucho tiempo en la misma posición. Además, presentan atrofia muscular, con descenso del tejido blando existente entre prominencias óseas y piel.

4. Actuaciones del personal de enfermería en la prevención

Son convenientes los protocolos de actuación y seguimiento de la coloración de la piel, necesidades posicionales y otros factores. Para ello, existen diversos modelos de hojas de seguimiento, fichas y gráficas para anotar los tratamientos, aplicación de los cuidados, etc., en pacientes con riesgo de lesiones en la piel y las ya existentes.

■ **Existen diversas escalas de valoración del riesgo:**

- **Escala de Arnell.** Valora las variables:

- Estado mental.
- Incontinencia.
- Movilidad.
- Nutrición.
- Aspecto cutáneo.
- Sensibilidad cutánea.

Con graduación para cada variable de 0 a 3.

- **Escala de Norton.** Valora las variables:

- Estado físico general.
- Estado mental.
- Actividad.
- Movilidad.
- Incontinencia.

Con puntuaciones de 1 a 4 para cada variable.

■ **Entre las anotaciones sobre la úlcera destacan:**

- Zona donde aparece.
- Grado de úlcera:
 - I. La úlcera empieza en área de piel rosada e intacta.
 - II. La úlcera penetra la capa de grasa subcutánea subyacente.
 - III. La úlcera está infectada y se extiende al interior del músculo.

- IV. La úlcera se extiende hacia el hueso, volviéndose blanda y necrótica.

- Factores predisponentes: como diabetes, poliescarado, etc.

5. Mecanismos para prevenir las úlceras

■ **Correcta higiene y aseo del paciente.** La piel del paciente debe estar limpia y seca, vigilando los pliegues para que no proliferen gérmenes. La cama, sin arrugas y limpia.

■ **Estimular la circulación.** Masajes suaves con lociones en pies, codos y espalda.

■ **Colocación de protectores** en puntos de presión.

■ **Levantar al paciente cuando sea posible.** Cambios posturales cada 2-4 horas: decúbito supino, decúbito lateral izquierdo o derecho; posición de Fowler, etc.

6. Alimentación

La mala alimentación favorece la aparición de úlceras por presión. La alimentación debe ser rica en:

- **Proteínas**, que reparan los tejidos.



- **Vitamina C.** Necesaria para la cicatrización de las úlceras.
- **Vitamina A.** Para mantener la piel en buen estado.
- **Sales minerales y líquidos.**

7. Dispositivos para reducir la presión

El tratamiento preventivo presenta diversos materiales que actúan como medios complementarios. Destacan:

■ Soporte textil (mullipiel)

Influye sobre factores como la humedad, la presión y el rozamiento. Actúa como un sobreempapador ya que filtra la orina y secreciones, manteniendo seca la superficie de contacto con la zona del cuerpo.

Contrarresta los efectos que se producen por el peso del paciente sobre la presión capilar en las zonas inmovilizadas.

Es fácil de lavar, aun en autoclave.

■ **Cojín de silicona.** Mantiene la parte del cuerpo suspendida sobre una plancha de silicona blanda, con lo que se protegen los puntos de presión.

■ Protectores locales

• **Colchón hinchable alternante.**

Consta de bandas neumáticas alineadas lateralmente, que se inflan alternativamente. Las bandas están dispuestas de forma longitudinal o transversal.

Su finalidad es desplazar continuamente los puntos de presión. No se usa en pacientes con excesivo peso, pues aplastarían las bandas neumáticas impidiéndoles hincharse.

• **Colchón de espuma.** Tiene la forma de tres cojines de espuma, cortados en su cara superior, permitiendo al cuerpo penetrar en ellos y repartiéndose el peso del enfermo sobre una superficie mayor.

Su finalidad es aumentar al máximo la superficie de contacto del cuerpo para repartir más regularmente las presiones.

Son eficaces en cualquier paciente susceptible de presentar escaras.

• **Colchón de agua.** Compuesto de tres módulos hidro-hinchables de forma independiente y enlazados entre sí para estabilizarlo, está rodeado de cojines laterales hinchables con aire. Su finalidad es evitar los puntos de presión por el desplazamiento del líquido.

■ Camas

• **Cama fluidificada.** Es una cuba metálica, llena de microesferas de cerámica siliconada, puestas en fluidificación por una corriente de aire caliente.

En el fondo de la cuba hay un tamiz que asegura la filtración de las microesferas que están deterioradas por exudados.

Las microesferas son mantenidas en la cuba por una sábana de filtro, que debe permanecer siempre móvil, luego una sábana normal ligeramente flotante.

La temperatura de la cama es regulable, entre 20° y 40° c.

El paciente acostado está en situación de ingravidez y los puntos de posición de presión son reducidos al máximo.

Por su coste y mantenimiento, se usan sólo en unidades de quemados.

8. Tratamiento de las úlceras por presión

■ **Barreras líquidas.** Productos formados por agentes plastificantes, formando barreras resistentes

al agua, que reducen la maceración. Pueden aplicarse por aerosol o gasas y no suelen causar irritación.

No se afectan por la orina, transpiración o ácidos digestivos.

Aunque son resistentes al agua, pueden disolverse en una solución jabonosa.

Sus inconvenientes son:

- Al secar rápidamente, se evaporan y resultan fríos y a veces dolorosos.
- Pueden pegarse a la ropa de cama y vestidos y enmascarar por su tinción la alteración en la piel, no pudiéndose observar bien su coloración.

Las úlceras tratadas con estos agentes no suelen infectarse, pero la cicatrización es más lenta. En este grupo se encuentran:

- Betadine (povidona yodada).
- Novecutan (copolimero acrílico).
- Mercromina. Antiséptico. Bacteriostático.
- Violeta de genciana. Bactericida. Bacteriostático.

■ **Apósitos transparentes permeables al oxígeno.** Tienen diversas características de protección ante la lesión y la infección. Son:

- Op site (polietileno).
- Geliperm.
- Diraplast.
- Tegaderm.

■ **Apósitos hidrocoloides.** Oclusivos impermeables al oxígeno. Son apósitos oclusivos, que incluyen pequeñas partículas que absorben líquidos.

Cuando entran en contacto con el exudado de la herida, se hinchan y forman un gel húmedo que promueve la migración celular, limpieza, desbridamiento y granulación.

Basan su acción en que la cicatrización se produce en un ambiente húmedo y cerrado.





Apósitos de este tipo son:

- Varihesive (carboximetil-celulosa sódica).
- Confeel ulcus.
- Biofilm (carboximetil-celulosa sódica).

■ **Apósitos absorbentes.** Formados por diferentes tipos de partículas, diseñados para la absorción del material necrótico y exceso de exudado, manteniendo la herida húmeda. Desbridan la úlcera.

Apósitos de este tipo son:

- Allevyn cavít (poliuretano).
- Sorbsan (alginato cálcico).
- Debrisan (polímero de dextrano).

■ **Apósitos antibacterianos.** Apósitos para heridas infectadas, impregnadas con medicamentos antisépticos, antibacterianos o productos secantes con acción antiséptica, estando indicados en heridas infectadas o con posibilidad de estarlo. Son:

- Betatul (povidona yodada).
- Unitul (vaselina).
- Tulgrasum (cloruro de benzalconio, benzoato de benzilo).
- Linitul (vaselina, bálsamo del Perú, aceite de ricino).

■ **Enzimas desbridantes.** Actúan como desbridantes locales, digiriendo el tejido necrótico y el exudado, sin alterar el tejido de granulación.

Si existen costras o partes necróticas duras, debe aplicarse debajo para facilitar el desbridamiento.

Con las pomadas enzimáticas no deben emplearse soluciones limpiadoras como el alcohol, mercurio, cromo, yodo, sales de plata, hexaclorofeno, jabones y sales de amonio cuaternario, pues podrían inhibir su acción. Son:

- Parkelase (fibrinolisisina y desoxirribonucleasa).
- Iruxol neo (colagenasa y neomicina).
- Iruxol mono (colagenasa).

- Varidasa (estreptoquinasa-estreptodornasa).
- Dextrase (quimotripsina, tripsina).

■ **Geles.** Componentes de una suspensión, con diferentes acciones. Son:

- Scherosorban (copolímero de almidón).
- Varidasa (estreptoquinasa-estreptodornasa).

■ **Apósitos biológicos.** Pueden ser:

- Colágeno.
- Piel de cerdo.
- Piel de cadáver.

■ **Otros tratamientos**

- Oxígeno hiperbárico.
- Rayos ultravioleta e infrarrojos.
- Azúcar y miel pura.

■ **Soluciones limpiadoras para la cura de la úlcera.** La limpieza de la úlcera se hace para la eliminación de detritus y exudados. Se valorará la sensibilización del paciente a los productos.

Se lava la úlcera con solución salina estéril y, si está contaminada, se usa una solución antiséptica, teniendo en cuenta que estas sustancias alteran el crecimiento de la célula bacteriana y de la célula sana.

Las soluciones más utilizadas son:

- Clorhexidina (hibiscrup, hibitane).
- Povidona yodada (betadine).
- Peróxido de hidrógeno (agua oxigenada).
- Clorhidrato de benzalconio (vigencial tulgrasum, etc.).
- Ácido acético (vinagre).
- Hipoclorito de sodio (solución de dakin).
- Sulfato de cobre al 1%.
- Sulfato de zinc al 1%.
- Permanganato potásico al 1%.
- Violeta de genciana (vigencial).
- Jabones.
- Alcohol.

■ **Actuación de enfermería ante la cura.**

- Lavar la úlcera con solución salina y jabón.
- Aclarar y secar bien la piel.
- Desinfectar la piel circundante.
- Recortar el tejido necrótico.
- Aclarar la úlcera con solución salina.
- Secar la piel circundante.
- Aplicar el tratamiento seleccionado.
- Observar las instrucciones del producto empleado.
- Tapar la úlcera, si procede, según el tratamiento.

Y lo más importante:

- Vigilar otros posibles puntos de apoyo.
- Realizar cambios posturales.
- Observar incontinencias.
- Mantener al enfermo cómodo.
- Y sobre todo, prevenir.

■ **Requisitos del tratamiento ideal.**

Como medida general para todos los tratamientos:

- Crear un ambiente fisiológico en la úlcera.
- Que no tenga efectos alergizantes.
- Que al aplicarlo no dificulte la epitelización inicial, adheriéndose y fijándose a la úlcera.
- Que elimine secreciones y absorba exudados.
- Que elimine el olor desagradable y no produzca más.
- Que no sea doloroso.
- Que se aplique fácilmente.
- Que al retirarlo no produzca molestias. ●

Bibliografía recomendada

Heridas crónicas y agudas. Editores Médicos S.A. 1999.

Proceso biológico de la curación de las heridas. Sofos 1998.

Guía de cuidados enfermeros. UPP. Insalud. 1996.

Soldevilla Agreda J. Guía práctica en la atención de las úlceras de piel. Garsi S.A. 1994.

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

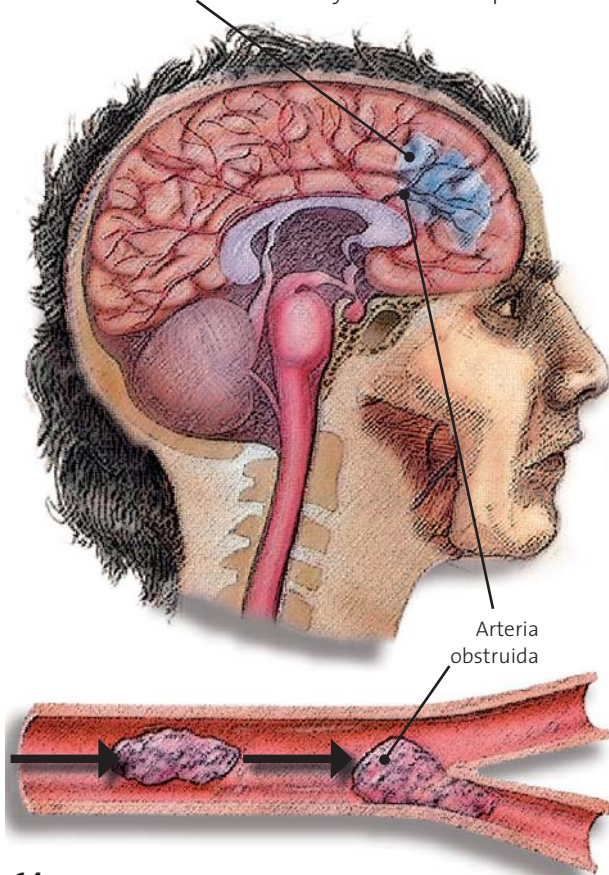
Auxiliar de Enfermería/TCE en **unidad** de **ictus**

La incidencia de la enfermedad vascular cerebral aguda en España supera los 200 pacientes por 100.000 habitantes/año. El ictus es la causa más importante de incapacidad funcional en el adulto, de manera que la evolución en las primeras 24-48 horas es primordial en su posterior rehabilitación, condicionando su calidad de vida. De ahí la creación de las Unidades de Ictus. Al tratarse de unidades de cuidados intermedios, los pacientes precisan de una atención específica multidisciplinar. Con este trabajo se dan a conocer las tareas del Auxiliar de Enfermería/TCE en esta unidad, tomando como referencia la pirámide de necesidades de Maslow para identificar los problemas más comunes y detallar la intervención sobre ellos.

Introducción

Desde la creación de la unidad de Ictus del Hospital de Navarra, en el año 2005, los Auxiliares de Enfermería/TCE del servicio de neurología hemos sido incluidos en el equipo multidisciplinar que atiende y evalúa a los pacientes

Falta de oxígeno en el tejido cerebral



de dicha unidad, realizando tareas específicas y diferenciadas respecto a otros usuarios, dadas las características especiales de nuestros pacientes.

Ictus

■ **El ictus es una enfermedad cerebrovascular** que afecta a los vasos sanguíneos que suministran sangre al cerebro. Ocurre cuando un vaso sanguíneo que lleva sangre al cerebro se rompe o es taponado por un coágulo u otra partícula. Debido a esta ruptura o bloqueo, parte del cerebro no consigue el flujo de sangre que necesita. La consecuencia es que las células nerviosas del área del cerebro afectada no reciben oxígeno, por lo que no pueden funcionar y mueren transcurridos unos minutos.

■ **Causas.** Muchos de los factores que pueden aumentar las posibilidades de padecer riesgo no se pueden controlar.

- Sexo.
- Herencia familiar.
- Raza.

- Edad avanzada.

Sin embargo, la mayor parte de los factores que aumentan el riesgo pueden ser cambiados, tratados o modificados.

- Haber sufrido un ictus anteriormente.
- Presión sanguínea elevada.
- Fumar.
- Diabetes mellitus.
- Enfermedad de la arteria carótida.
- Enfermedad cardíaca.
- Ataques isquémicos transitorios (mini ictus).
- Contador de glóbulos rojos alto.
- Consumo excesivo de alcohol.
- Ciertos tipos de consumo de drogas.

■ **Síntomas:** Adormecimiento o debilidad repentina en la cara, el brazo o una pierna en uno de los lados del cuerpo, confusión repentina, dificultad para hablar o para entender, dificultad para andar, mareos, pérdida de equilibrio o coordinación, problemas de visión, dolor de cabeza repentino sin que se conozca la causa, parálisis del lado derecho o izquierdo

del cuerpo, problemas del habla o del lenguaje, estilo de comportamiento enlentecido, pérdida de memoria, comportamiento inquisitivo, acelerado.

■ **Tipos.** Los problemas de los vasos sanguíneos cerebrales pueden ser de dos tipos:

- **Ictus isquémico.** Los vasos están obstruidos dentro:
 - Trombosis.
 - Embolismo.
 - Ataques isquémicos transitorios.
- **Ictus hemorrágico.** El vaso se rompe:
 - Un aneurisma.
 - Malformación arteriovenosa.

Definición de una unidad de ictus

■ **Podríamos definir la Unidad de Ictus** como una organización del hospital que se dedica de forma total al cuidado de los pacientes que presentan enfermedades vasculares del cerebro, de cualquier etiología, y que dedican su atención al paciente en la fase aguda y a la prevención secundaria. La Unidad de Ictus debe disponer de un espacio físico, de un equipo humano multidisciplinario y de unos medios técnicos (equipo de monitorización) y normas de funcionamiento propias. El valor de estas unidades se demuestra por una disminución de las complicaciones, menor morbilidad, descenso de la estancia media, menor número de secuelas y también por una disminución de la mortalidad.

Trabajos del Auxiliar de Enfermería/TCE en la Unidad de Ictus

■ **El paciente que ingresa en la Unidad de Ictus,** por regla general ve afectada la capacidad de resol-



ver parte de sus necesidades, unas veces de manera parcial otras de forma global. Tomando como base la pirámide de necesidades de Maslow, veremos qué tipo de problemas presenta este tipo de paciente y los cuidados que el Auxiliar de Enfermería/TCE le puede prestar.

■ **Pirámide de necesidades de Maslow.** La jerarquía de necesidades de Maslow es una pirámide que consta de 5 niveles: los cuatro primeros niveles pueden ser agrupados como necesidades del déficit. El nivel superior se considera una necesidad del ser.

Según la pirámide de Maslow dispondríamos de:

① **Necesidades fisiológicas básicas**

- **Necesidad de respirar**

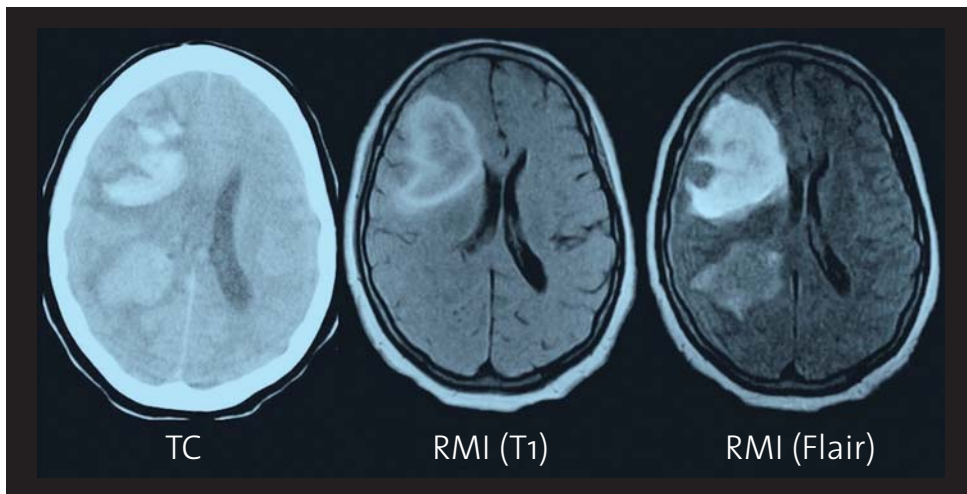
Problema: Los pacientes que presentan un Ictus son más

propensos a retener secreciones respiratorias y presentar déficit de oxígeno.

Cuidados: Colaborar en la administración de oxigenoterapia, cambios posturales que favorezcan la movilización de secreciones, humidificar el ambiente, explicar al paciente la importancia de realizar respiraciones profundas para conseguir expectorar, inhaladores, colaborar en la aspiración de secreciones mediante sonda cuando sea necesario, posición cama 30-45°, vigilancia de signos y síntomas.

- **Necesidad de beber agua**

Problema: Dependiendo del estado neurológico del paciente, y del tipo de dieta asignada por el médico (absoluta, sin líquidos), podrá o no ingerir líquidos. Ejemplo: broncoaspiración provocado por la dificultad para tragar líquidos.



Cuidados: Gelatina, espesante, sueroterapia, posición cama 90° durante la ingesta y semi-Fowler después de la ingesta –salvo contraindicación médica– y vigilar síntomas de broncoaspiración.

● **Necesidad de dormir**

Problema: Dependiendo del nivel de conciencia del paciente, podemos hablar de varios niveles:

- *Despierto y orientado:* no se ve alterado el ciclo del sueño.

- *Desorientado o alterado:* no duerme ni de día ni de noche, requiere medicación para conseguir que baje su nivel de agitación.

- *Letárgico:* duerme durante el día y la noche.

Cuidados: Evitar estímulos externos (ruidos, visitas, luces fuertes, corrientes, excesivo calor), conseguir ambiente tranquilo, en algunos casos estos cuidados se acompañarán de medicación.

● **Necesidad de regular la homeostasis (ausencia de enfermedad)**

Problema: Enfermedad por la que ingresa: ictus isquémico, ictus hemorrágico, AIT, otras enfermedades (antecedentes): diabetes, hipertensión, sobrepeso, insuficiencia cardíaca, arritmias...

Cuidados: Dependiendo del tipo de enfermedad o enfermedades que tenga el paciente, se aplicarán una serie de cuidados como la colocación de medias en piernas para mejorar la circulación en el caso del ictus hemorrágico, la pauta de insulina en el caso de diabetes, la dieta sin sal y/o hipocalórica, el control de constantes vitales y la administración de la medicación pautada por el médico responsable.

● **Necesidad de comer**

Problema: Según la sintomatología que presente el paciente y su nivel de conciencia, se le podrá administrar o no comida.

Los tipos de dieta más comunes son: absoluta, sin líquidos, blanda, batida, sin sal, diabética, baja en calorías, normal. El equipo de enfermería debe valorar la capacidad del paciente para poder comer por sí solo. Nos podemos encontrar ante un paciente:

- *Independiente*
- *Semi dependiente* (necesita ayuda para cortar alimentos, abrir botellas, sobres de medicación...)
- *Dependiente* (necesita ser alimentado por otra persona).

Un alto porcentaje de pacientes ve afectada la movilidad de brazos, manos..., así como la capacidad para poder comunicarse. A esto le tenemos que añadir determinados problemas de tipo social que acompañan a algunas personas, por ello es fácil que nos encontremos cada vez más gente sola y con problemas de movilización.

Cuidados: Valoración de la capacidad de deglución, recepción de bandejas, comprobación del tipo de dieta, traslado a la habitación, colocación y preparación de la bandeja, y ayuda a comer en caso de que haga falta.

● **Necesidad de liberar desechos corporales**

Problema: El paciente que ingresa en la Unidad de Ictus debe estar en reposo, por consiguiente no puede levantarse para ir al servicio, otro problema que puede surgir es que el paciente no esté consciente o exista desorientación, incontinencia y retención urinaria, incontinencia fecal, también puede referir molestias intestinales tales como estreñimiento, dia-



rea, gases... debido a la medicación, a su inmovilización, etc.

Cuidados: Junto con la toalla, servilletas de papel, vasos y caja de pañuelos, se pasará bacinilla y guitarro (en el caso de los hombres), se colocará empapador y pañal a aquellos pacientes que presenten incontinencia, se utilizará el sondaje vesical en aquellos pacientes que presenten retención, valorando en todo momento las causas que lo originan.

En el caso de que el paciente refiera problemas intestinales tendremos en cuenta los siguientes cuidados: aumento de verdura y fruta en la dieta e ingesta de líquidos salvo contra-indicación, medicación (sobres, jarabes), supositorios, enema o en el caso contrario, dieta astringente.

● Necesidad sexual

Problema: Aunque en las primeras semanas tras el ictus es normal que no exista libido, una vez transcurridos los primeros meses, la actividad sexual irá recuperándose paulatinamente salvo excepciones. Con frecuencia la falta de libido es debida a problemas psicológicos y a creencias equivocadas (temor a sufrir un nuevo ictus durante el acto sexual).

Cuidados: Consultar a su médico o acudir a su psicólogo, en el caso de que surgieran problemas.

● Necesidad de actividad física

Problema: La prescripción de reposo en la Unidad de Ictus, independientemente de si existe o no déficit motor.

Cuidados: Cambios posturales cada 2-3 horas en pacientes que lo necesiten: estado letárgico, orientados pero con incapacidades de movilización (hemiplejía), pacientes con un porcentaje alto de desarrollar úlcera por decúbito.

● Necesidad de abrigo

Problema: Alteración en la temperatura corporal.

Cuidados: Colocación del termómetro para ver temperatura cada 2-3 horas. En el caso de que hubiera fiebre, se administrarán antipiréticos y se tomará otra serie de medidas físicas tales como: la utilización de compresas humedecidas en frente y axilas, cambio de ropa (camisón, sábanas), ventilación de la habitación y retirada de ropa de la cama.

■ **Necesidad de honor.** El personal de enfermería deberá actuar en todo momento bajo los principios fundamentales de la Bioética:

Beneficencia (actuar siempre buscando el bien de los demás).

No maleficencia (nunca hacer el mal a nadie).

Justicia (tratar de forma similar a personas de similares características).

Autonomía (respetar la libertad de decisión del individuo).

② **Necesidad de seguridad.** Surge de la necesidad de que la persona se sienta segura y protegida.

Una vez cubiertas las necesidades básicas, nos podremos preocupar de que se cubran el resto de necesidades. Dependiendo de la intensidad del ictus, así como de su evolución, unos pacientes conseguirán llegar antes a este escalón de la pirámide. Es cierto que independientemente del hecho por el que ingresa, influirán las vivencias personales, así como el carácter o forma de ser de cada uno.

El paciente que ingresa en la unidad de ictus ve afectada, ya sea parcial o totalmente, la capacidad de comunicación verbal y gestual.

Es por ello que se pueden crear excesivos lazos de dependencia tanto con el personal de enfermería, como con la familia. También su nueva situación (desconocimiento

de la enfermedad, evolución, recuperación) puede crear inseguridad e incertidumbre.

③ **Necesidades sociales.** Están relacionadas con el desarrollo afectivo del individuo. Son las necesidades de asociación, participación y aceptación entre las que se encuentran: la amistad, el afecto y el amor. Éstas se satisfacen mediante las funciones de servicios y prestaciones que incluyen actividades deportivas, culturales y recreativas. Dichas necesidades no pueden ser cubiertas mientras el paciente está ingresado en la unidad debido a su estado y a las normas.

④ **Necesidad de estima.** Se refiere a la manera en que se reconoce el trabajo del personal y del paciente colaborando en la medida de sus posibilidades. Para conseguir su recuperación habrá que motivar y hacer participe al paciente en sus cuidados.

⑤ Necesidad de autorrealización.

Es la cima de las necesidades de los seres humanos. Hacer aquello para lo que la persona se siente dotada y desarrollar sus propias posibilidades, lo que le hace sentirse contento y satisfecho cuando tiene la oportunidad de desplegar esas posibilidades dentro de su vida familiar, escolar o profesional. El paciente podrá cubrir estas necesidades teniendo en cuenta sus impedimentos (déficit motor, déficit visual, trastornos del lenguaje, etc.). ●

Bibliografía recomendada

Unidad de Ictus: Modalidades, estructura, organización y utilidad. Rev. Neurol., 1995; 23:377-80

www.dmedicina.com (enfermedades neurológicas-ictus).

Unidad de ictus, protocolos generales, Servicio Navarro de salud, doctor Gallego y col, noviembre 2007.

M. Domingo Pozo, J. Gómez Robles, Index de enfermería: información bibliográfica, investigación y humanidades, ISSN 1132-1296, Año 12, N.º. 43, 2003, pags. 23-27.

Aniversario de la **evolución**

Sin conocer los mecanismos de la herencia ni la existencia del ADN y de la genética, Darwin, a través de la observación y el estudio de numerosas especies, explicó a mediados del s. XIX cómo todos los organismos vivos derivan de una forma de vida primitiva única, que da lugar a otras mediante el proceso de selección natural para garantizar la supervivencia.

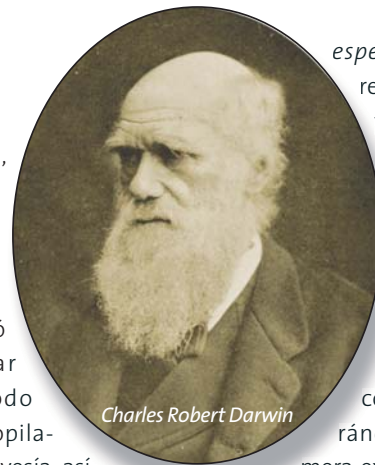
El 27 de diciembre de 1831 el navío H.M.S. Beagle, perteneciente a la Marina Real Británica, partió de Plymouth para iniciar una expedición hidrográfica que completara el estudio de las costas de la Patagonia y la Tierra del Fuego, que se llevó a cabo entre 1826 y 1830 durante la primera travesía del bergantín.

El segundo viaje contó con Charles Robert Darwin (1809-1882) como naturalista de la expedición. Una oportunidad que este genio de la evolución aprovechó para observar y reunir muestras de plantas y animales durante un recorrido que se extendió cinco años y que le supuso “el acontecimiento más importante de mi existencia. A este viaje le debo la primera educación de mi carácter. Un verdadero entrenamiento porque tenía que dedicar la atención a diversas ramas de la historia natural y esto me obligó a mejorar y a intensificar mis facultades de observación”.

El origen de las especies

Habilidad que, tras el desembarco en 1836, seguiría explotando en Down House, donde se refugió para continuar observando todo el material recopilado durante la travesía, así como las especies que le remitían desde diversos países gracias a la fluida correspondencia que mantuvo a lo largo de su vida. El jardín e invernadero de la casa se convirtieron en el laboratorio donde el investigador fraguó *El origen de las especies*, obra publicada el 24 de noviembre de 1859 y en cuyas páginas Darwin explica cómo las especies evolucionan a partir de ancestros comunes en un proceso continuo y gradual que les permite adaptarse a las características de su entorno, dando lugar a una diversidad fruto de las modificaciones acumuladas por la evolución a lo largo de las sucesivas generaciones.

Actualmente la biología evolutiva maneja teorías y modelos constatados por numerosos estudios e investigaciones desarrolladas a lo largo de los años y que han ido enriqueciendo estas teorías iniciales. No obstante, 150 años después de la publicación de *El origen de las*



Charles Robert Darwin

especies, que Darwin retrasó casi un cuarto de siglo, consciente del revuelo que sus teorías iban a provocar en una sociedad profundamente creyente, sus planteamientos continúan considerándose como la primera explicación primaria del proceso evolutivo y ningún biólogo duda de que en la evolución de las especies está implicada la selección natural.

Una obra polémica

Sin embargo, su obra ha sido también la causa de numerosos enfrentamientos entre las mentes más abiertas y las posturas más conservadoras. El primer choque en este sentido tuvo lugar tan sólo un año después de su publicación: la reunión de la Asociación Británica para el Avance de la Ciencia se convirtió en el escenario en el que el obispo anglicano Samuel Wilberforce y los principales defensores del darwinismo, el zoólogo Thomas Henry Huxley y el botánico Joseph Dalton Hooker, expusieron sus posturas sobre estos innovadores planteamientos evolutivos. Un siglo y medio después, las discrepancias continúan. ●

El navío H.M.S. Beagle, perteneciente a la Marina Real Británica.



Dossier

Cáncer y quimioterapia



© Moreau/Elsevier/Masson SAS

Asistencia al enfermo y cuidados paliativos

Sumario:

- Asistencia al enfermo y cuidados paliativos
- La enfermedad cancerosa
- La función de los Auxiliares de Enfermería/TCE frente a los efectos secundarios de las quimioterapias

En estos últimos años se ha registrado un aumento de la incidencia de cáncer. A su vez, la demanda de tratamientos para combatir esta patología también se ha visto incrementada de forma sustancial, con un aumento en el uso de la quimioterapia en los centros sanitarios, ya sea como tratamiento exclusivo o en combinación con otros tratamientos (cirugía, radioterapia, etc.).

■ **Asimismo, se ha logrado controlar con mayor eficacia los efectos secundarios de la quimioterapia, y gracias a los protocolos y tratamientos utilizados para prevenir o corregir estos efectos se ha mejorado la calidad de vida de los pacientes en tratamiento.**

■ **En paralelo a estos tratamientos, la asistencia al enfermo y los cuidados paliativos continúan siendo esenciales.** La preparación de los enfermeros en este ámbito ya ha quedado patente. Su conocimiento y capacidad de adaptación en cuanto a higiene, acomodamiento, asistencia en comidas o incluso comunicación, son unos factores muy preciados para que los tratamientos duros sean más llevaderos.

■ **Estos cuidados del día a día tienen la misma importancia que los cuidados médicos y técnicos suministrados;** generan confianza en el paciente y ayudan a concentrar todos los recursos para así poder dedicar todos los esfuerzos en la lucha contra la enfermedad.

Corine Cordon

Publicado por primera vez en *Soin Aides-Soignantes*, 28

David Billard

Asistente médico. Servicio de Hematología/Oncología, Hospital Mignot, Le Chesnay, Yvelines, Francia

La enfermedad **cancerosa**

El cáncer es una enfermedad mortal. Sin embargo, algunos tipos de cáncer tienen cura. En los casos incurables, se pueden administrar tratamientos paliativos para alargar la esperanza de vida y mejorar el bienestar del enfermo. Para garantizar que los Auxiliares de Enfermería/TCE cumplan con su función de acompañamiento, éstos deben tener conocimiento de los tratamientos anticancerosos.

Palabras clave:

- Técnico en Cuidados de Enfermería,
- Cáncer,
- Célula,
- Cirugía,
- Enfermedad,
- Fisiopatología,
- Hormonoterapia,
- Quimioterapia,
- Radioterapia,
- Tratamiento

Un informe presentado por la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) con motivo del Día Mundial contra el Cáncer refleja que cada año se diagnostican en España unos 200.000 nuevos casos, de los cuales la mitad se pueden curar.

Epidemiología

■ **La frecuencia de cáncer es directamente proporcional a la edad de la población**, y el número de cánceres nuevos se incrementa de forma más rápida que las muertes provocadas por esta patología. Esto se debe al diagnóstico más precoz y a los avances en los tratamientos.

■ **Los cánceres más frecuentes en las mujeres** son el de mama, pulmón, colon y recto.

■ **Mientras que los cánceres más frecuentes en los hombres** son el de próstata, pulmón, colon y recto.

■ **España tiene en vigor programas de detección precoz del cáncer** de mama y de cuello de útero, pero el de cáncer colorrectal se encuentra todavía en fase de proyecto.

Fisiopatología

■ **Nuestro organismo contiene en torno a mil billones de células.**

Cada una de ellas tiene una función específica. Estas células se organizan y se agrupan para formar tejidos y órganos. Cada día, varias células mueren y se ven sustituidas por nuevas células idénticas.

■ **El cáncer es en realidad una proliferación anárquica de células anormales.** En primer lugar, el ADN de una célula sufre una alteración debido a su exposición continua a un carcinógeno del entorno (virus, irradiación), al estilo de vida (tabaco, alcohol, alimentación, exposición solar), etc. También puede ser el caso cuando un sujeto sufre una mutación congénita de uno o varios genes, predisponiéndole a padecer un determinado tipo de cáncer. Esta célula mutada, más grande e irregular, pierde sus características y se convierte en una célula "inmortal". Se multiplica sin parar, creando nuevas células que se multiplicarán a su vez. La nueva masa de tejido tumoral crece y se vasculariza, admitiendo un aporte de nutrientes y oxígeno necesarios para su crecimiento.

■ **Estas células invaden progresivamente los tejidos colindantes**, llegan a los ganglios y se propagan por la sangre y por el sistema linfático. De este modo, logran adherirse a otros órganos, multiplicarse y formar metástasis en hígado, huesos, pulmones y cerebro.

Tratamientos locorreionales

Los tratamientos locorreionales son la cirugía y la radioterapia.

Cirugía

■ **La cirugía de exéresis sigue siendo el primer tratamiento de la mayoría de tumores sólidos.**

Se aplica en tumores primarios y en sus conexiones ganglionares, en metástasis, o incluso en casos de recaídas locales o locorreionales.

■ **La resección curativa implica obligatoriamente la ablación total del tumor** (con un margen de seguridad) y la ablación de los ganglios cercanos (limpieza), necesaria para poder determinar el estadio exacto de la enfermedad.

Radioterapia

■ **La radioterapia usa rayos ionizantes para destruir las células cancerosas.** El objetivo es la muerte celular por lesiones en ADN. Debemos diferenciar entre:

■ **Radioterapia externa** (fuente de radiación externa al cuerpo del paciente);

■ **Curioterapia** (aplicación de fuentes radiactivas durante una intervención en los tejidos tumorales o en un orificio natural: vagina o útero);

■ **Radioterapia metabólica** (fuentes radiactivas inyectables que se fijan en las células diana).



© F. Soutif/Elsevier Masson SAS

Tratamientos generales

Los tratamientos generales son la hormonoterapia y la quimioterapia.

Hormonoterapia

■ **El principio de la hormonoterapia consiste en modular la acción de las hormonas naturales** (estrógenos, progesterona, andrógenos) en las células cancerosas.

■ **Se puede utilizar en el estadio avanzado de la enfermedad cancerosa** o como complemento, sólo para los cánceres hormonodependientes (de mama, de próstata).

Quimioterapia

■ **La quimioterapia anticancerosa se aplica en los casos de tumores quimiosensibles** para los que la única alternativa es la intervención locorregional, en casos de cáncer con alto riesgo de metástasis o en cánceres diseminados. La decisión del tipo de tratamiento a aplicar se toma en una reunión pluridisciplinaria.

■ **En la actualidad, cerca de 50 productos están disponibles** y se usan bajo protocolos en los que se suelen asociar diversas moléculas libres de toxicidad cruzada, seleccionadas entre distintas clases y

modos de acción. Estos productos suelen administrarse por vía general, intravenosa u oral.

■ **El objetivo puede ser la curación, la remisión** (compatible con una calidad de vida similar a la normal), y en ocasiones, la prolongación de esta última con el mayor bienestar posible. En estos casos, se habla de quimioterapia paliativa, y su fin consiste en mejorar el control de síntomas, como el dolor o las oclusiones digestivas relacionadas con las masas tumorales.

■ **Se acude a la quimioterapia de mantenimiento** cuando el objetivo consiste en mantener una respuesta posterior a la quimioterapia de inducción o a la paliativa. La quimioterapia de segunda línea se aplica en los casos de recaída o cuando una primera quimioterapia ha fracasado.

■ **El ciclo de tratamiento es el período comprendido entre el primer día de quimioterapia y la víspera de la siguiente sesión.** Un ciclo de tratamiento puede durar entre unas horas y cinco días. La frecuencia varía, ya que puede ser una vez a la semana, o incluso una vez al mes.

■ **El objetivo de la quimioterapia es el ADN** de las células cancero-

sas. Las lesiones causadas provocan la muerte celular. Al no ser específica, la quimioterapia también aniquila las células normales, destruyendo así los tejidos sanos; por un lado, esto tiene como consecuencia algunas toxicidades, y por el otro, obliga a limitar el uso de estos tratamientos. La capacidad de regeneración de las células y de los tejidos sanos (superior a la de las células tumorales) permite que los tratamientos se repitan para así lograr una mayor eficacia y una menor toxicidad.

■ **A continuación les detallamos las principales toxicidades**, entre las cuales algunas pueden llegar a ser muy destructivas o incluso mortales:

- náuseas y vómitos;
- cansancio;
- toxicidad hematológica;
- mucositis;
- alopecia;
- cardiotoxicidad.

■ **Se puede lograr un equilibrio entre los beneficios y los riesgos** de la quimioterapia para así decidir cuál será el tratamiento a aplicar en función de la situación clínica: curativa o paliativa (ver recuadro).

Terapias blanco

■ **La puesta en evidencia de algunos mecanismos de proliferación celular** ha permitido desarrollar nuevas células capaces de inhibir nuevos objetivos: La vascularización de la célula (neoangiogénesis) y la multiplicación celular. Existen dos tipos de tratamientos: las grandes moléculas (anticuerpos monoclonales) que actúan en la membrana externa de la célula, y las pequeñas moléculas que actúan en el interior de la célula.

■ **La administración de estos tratamientos** se hace por vía general, intravenosa u oral. ●

Los diferentes tratamientos anticancerosos

- **Tratamiento curativo:** su fin es la curación mediante la destrucción total del tumor, bien sea por cirugía de exéresis, o bien por radioterapia. Para lograr una esterilización total de las células cancerosas se puede acudir a un tratamiento complementario general.
- **Tratamiento complementario:** su objetivo es la esterilización de la enfermedad micrometastática infraclínica potencial posterior a un tratamiento locorregional completo, para disminuir el riesgo de recaída. En general, consiste en una quimioterapia complementaria o en una hormonoterapia.
- **Tratamiento neocomplementario:** quimioterapia u hormonoterapia primaria, con fines curativos, previa a un tratamiento locorregional con el fin de hacerlo más fácil y conservador mediante la reducción de la masa tumoral. También se analiza el nivel de sensibilidad del tumor al tratamiento.
- **Tratamiento paliativo:** consiste en reducir la sintomatología (dolores, síndrome oclusivo), mejorar la calidad de vida, o incluso lograr una remisión, una prolongación de la vida con el mayor bienestar, generalmente en fase localmente avanzada o de metástasis. Esta incluye todos los tratamientos: cirugía, radioterapia, hormonoterapia y quimioterapia.

Rachida Arrachi-Houmassa¹, Latra Bourdache¹, Aurélie Kodja-Yimbi¹, Yamina Mansouri¹, Angélique Pernot¹, Jérôme Russello¹, Pascal Seymour², Michèle Douarre³, Florence Lantier⁴

¹Enfermeras, ²Jefe de Servicio Sanitario, ³Director del Departamento de Oncología Médica, ⁴Jefe de Servicio Sanitario, Instituto Curie, París, Francia

El Auxiliar de Enfermería/TCE frente a los efectos secundarios de la quimioterapia

A pesar de ser un tratamiento eficaz para muchos cánceres, la quimioterapia puede generar diversos efectos secundarios. Por su relación diaria con los pacientes, el Auxiliar de Enfermería/TCE juega un papel primordial en la prevención y el seguimiento de tales efectos.

Efectos secundarios de las quimioterapias

Palabras clave:

- Alopecia,
- Aplasia,
- Cáncer,
- Efecto secundario,
- Hospitalización,
- Insuficiencia renal,
- Mucositis,
- Náusea,
- Prevención,
- Quimioterapia,
- Seguimiento,
- Vómito

■ **Las quimioterapias causan diversos efectos secundarios o indeseables**, tales como náuseas y vómitos, radiodermatitis (lesiones cutáneas o daños en mucosas causados por la acción de los rayos o la liberación de sustancias radiactivas), alopecia (caída temporal del cabello), o incluso mucositis (inflamación de mucosas: bucal, digestiva, urovaginal y ocular). En general, se conocen estos efectos, y en la mayoría de los casos, se puede prevenir su aparición o reducir su repercusión cuando ya han aparecido. Es de suma importancia seguir luchando contra

estos efectos secundarios, cuya frecuencia e intensidad siguen dependiendo en gran parte de la tolerancia de cada paciente, ya que causan graves repercusiones en la calidad de vida del enfermo. Existen varias respuestas médicas para ello.

■ **Los Auxiliares de Enfermería/TCE trabajan en un equipo polivalente** y colaboran estrechamente con los enfermeros, médicos, nutricionistas y fisioterapeutas. Deben tener suficiente autonomía para recomendar a sus pacientes que adopten ciertos hábitos para disminuir el impacto de los efectos secundarios en su vida cotidiana.

■ **Para trabajar en oncología, hay que seguir al pie de la letra los procedimientos** de protección personal y de seguridad sanitaria. Por ejemplo, es necesario saber que las heces y la orina de los pacientes contienen restos de quimioterapia; por ello, existe un procedimiento para la manipulación de estas materias: llevar guantes, bata, gafas contra las salpicaduras, y desechar los frascos sin tirar la orina por el WC. Si se vierte orina accidentalmente, se inicia un protocolo específico de bio limpieza.

Aplasia o aplasia medular

■ **La aplasia es el estado en que suele quedar la médula ósea después de un tratamiento de quimioterapia.** Sus síntomas son una importante disminución de las células madre hematopoyéticas de la médula ósea, encargadas de generar los hematíes y los leucocitos (en especial los polinucleicos y las plaquetas). La médula ósea, situada en el tejido esponjoso de los huesos, tiene una función capital. De hecho, contiene células madre (o células troncales) de todas las células sanguíneas (hematíes, leucocitos y plaquetas). Médula ósea (no confundir con la médula espinal: parte del sistema nervioso central encargada del canal raquídeo), ahí



© F. Soutif/Elsevier Masson SAS

es donde se fabrican todas las células de la sangre. En esta fase, uno de los efectos secundarios más importantes y una causa de hospitalización del paciente en tratamiento de quimioterapia, es la aplasia febril, es decir, la fiebre que suele aparecer tras una disminución temporal del número de células sanguíneas.

■ **La disminución de hematíes, denominada anemia,** se manifiesta con una gran astenia, es decir, un decaimiento patológico del estado general. Aquí, la función de los Auxiliares de Enfermería/TCE consiste en recomendar al paciente que no malgaste sus energías. El entorno del enfermo se distribuye de manera que tenga que desplazarse lo menos posible, sin que ello afecte a su autonomía. Cuando las circunstancias lo requieren, se retrasa la sesión de cuidados paliativos para optimizar el tiempo de descanso.

■ **La disminución del número de leucocitos,** o leucopenia (por debajo de 500 por mm^3 de sangre) provoca un decaimiento de las defensas inmunitarias del paciente. Cuando los facultativos ordenan el aislamiento inverso con el fin de proteger al paciente de los gérmenes ambientales, se pone en marcha un dispositivo de aislamiento. Batas, guantes y máscaras deben estar a disposición de los Auxiliares de Enfermería/TCE. Conviene colocar también un cartel en la puerta para informar al personal sanitario y a los familiares.

■ **El equipo de enfermería también desempeña una función educativa,** siguiendo el plan educativo desarrollado en el departamento. De este modo, como las plaquetas son responsables de la coagulación sanguínea y su disminución (o trombopenia) puede provocar sangrados o hemorragias, se recomienda al pa-

ciente que utilice cepillos dentales suaves para evitar lesiones en encías, y se recomienda a los caballeros que utilicen maquinillas eléctricas de afeitarse. Además, es necesario estar atentos en caso de sangrado nasal o bucal. Cuando proceda, las heces del paciente deberán analizarse. En su caso, los Auxiliares de Enfermería/TCE avisarán inmediatamente a los enfermeros.

Insuficiencia renal

■ **Para algunas quimioterapias, los Auxiliares de Enfermería/TCE tienen una función de seguimiento específico.** Esto se debe especialmente al riesgo de sufrir complicaciones renales. Por ello, es importante que los Auxiliares de Enfermería/TCE realicen diéresis diarias e informen a las enfermeras de cualquier anomalía.

■ **También puede existir un riesgo de cistitis** (inflamación de la mucosa de la vejiga) hemorrágica, en cuyo caso y como complemento a las diuresis, se realizarán análisis con resultados inmediatos bajo la responsabilidad de las enfermeras, para detectar la presencia de sangre en orina (cinta urinaria) (recuadro 1).

■ **Por lo tanto, es vital que los Auxiliares de Enfermería/TCE tengan conocimientos en quimioterapia** y en aquellos efectos indeseables relacionados con ésta.

Náuseas y vómitos

■ **Las náuseas y los vómitos son dos efectos secundarios muy conocidos de la quimioterapia.** A pesar de la evolución de las terapias, algunos medicamentos contra las náuseas pueden causar somnolencia, lo cual hace necesaria la puesta en práctica de ciertos procedimientos para la seguridad del paciente: acompañarle cuando se levanta de la cama para prevenir mareos y evitar caídas.

■ **Es importante preservar la intimidad del paciente con vómitos,** especialmente en las habitaciones dobles. El paciente tiene a su disposición cubetas desechables para vómitos, pañuelos y enjuagues bucales (según prescripción médica). Los Auxiliares de Enfermería/TCE cambian la ropa manchada y vuelven a vestir al paciente para así preservar su bienestar.

■ **La relajación puede ser una gran ayuda para mejorar el bienestar del paciente.** En pacientes oncoló-

Definición

• **Quimioterapia:** uso de sustancias medicamentosas para el tratamiento de una enfermedad. La quimioterapia es uno de los tres pilares de los tratamientos (los otros dos son la cirugía y la radioterapia).

Fruto de la investigación y de las tecnologías punteras, las moléculas más inéditas han logrado una transformación considerable en el pronóstico del cáncer.

Recuadro 1: Nutrición en casos de quimioterapia

• **Los cánceres y los tratamientos anticancerosos pueden provocar dificultades a la hora de comer** (pérdida de apetito, náuseas, vómitos, diarreas...). La función del nutricionista consiste pues en aconsejar al paciente, teniendo en cuenta su estado nutricional, sus gustos, su patología y sus tratamientos. Éste hace un seguimiento regular desde el principio del tratamiento para así evitar que el paciente pierda peso, ya que esto sería nefasto para él.

• **Cuando un individuo no puede alimentarse suficientemente por la boca,** se alimenta de forma artificial. La nutrición artificial aporta los nutrientes necesarios para el organismo: azúcares, proteínas, grasas, vitaminas, sales minerales y agua.

• **Cuando el tracto digestivo funciona correctamente,** los nutrientes se administran directamente al estómago o al intestino en forma líquida, por una sonda. En estos casos, se habla de nutrición enteral. La digestión tiene lugar de forma normal.

• **Cuando el tracto digestivo no funciona correctamente,** los elementos nutritivos se administran por un catéter central. En estos casos, se habla de nutrición parenteral.



gicos, esta técnica ayuda a canalizar los efectos secundarios y el estrés propios de los tratamientos. El psicólogo y la enfermera hipnoterapeuta pueden proponer diversas técnicas, como la respiración abdominal o la relajación muscular para alcanzar una relajación física y mental.

■ **Se recomienda que el paciente fraccione sus comidas y que coma despacio.** Informan tanto oralmente como por escrito de la frecuencia y de la cantidad de vómitos. Esta información sirve para que el médico ajuste las dosis de antieméticos (fármacos específicos para evitar las náuseas y los vómitos). El control del peso debe realizarse a diario (recuadro 2).

Alopecia

■ **La alopecia es un efecto indeseable muy común de la quimioterapia.** Consiste en la caída temporal del cabello. El hecho de ser transitoria la distingue de la calvicie, que tiene carácter definitivo. La insistencia al paciente en este aspecto es fundamental ya que la caída del cabello es traumática, tanto para el hombre como para la mujer. En algunos tratamientos, se pueden utilizar cascos refrigerantes durante la perfusión para así reducir la caída del cabello.

■ **Los Auxiliares de Enfermería/TCE pueden recomendar al paciente el uso de cepillos suaves.** Deben

Recuadro 2: Lucha contra el dolor

- **Hoy en día, la lucha contra el dolor** (analgesia) es una prioridad absoluta, tanto en medicina como en cirugía.
- **Se pueden utilizar diversos fármacos** (analgésicos) en función de la intensidad de dicho dolor: aspirina o paracetamol para dolores moderados, antiinflamatorios no esteroideos para dolores de intensidad media, analgésicos denominados “narcóticos” (morfina y sus derivados) para dolores fuertes o crónicos.
- **Se pueden proponer otras técnicas**, como la acupuntura, la crioterapia (tratamiento con frío) o incluso la cirugía de las vías nerviosas simpáticas.
- **El enfermo puede controlar el tratamiento** en función del dolor gracias a la bomba de infusión regulable.
- **Se han hecho grandes esfuerzos para sensibilizar y formar** a los médicos en tratamientos contra el dolor, y también para informar y tratar a pacientes, con la creación de consultas y de centros especializados contra el dolor, entre otros.
- **Sin embargo**, aún queda mucho por hacer.

aconsejar al paciente que lleve el pelo corto y que evite cualquier tratamiento capilar agresivo, como permanentes, coloraciones, mechas... Es un momento especial en el cual el paciente agradecerá cualquier tipo de apoyo moral: es difícil convivir con la alopecia.

Problemas relacionados con el tránsito intestinal

■ **Los tratamientos pueden afectar al tránsito intestinal.** Los Auxiliares de Enfermería/TCE pueden enfrentarse a situaciones de estreñimiento o de diarrea.

■ **En ambos casos, es necesario hacer uso de los conocimientos adquiridos en nutrición**, que suelen ser eficaces combinados con fármacos específicos.

Mucositis

■ **La mucositis es una inflamación de las mucosas**, a menudo localizada en boca (estomatitis) o tracto digestivo. Ésta empieza con un eritema de la mucosa y descamaciones que acaban convirtiéndose en úlceras.

■ **Los principales síntomas son: fuertes dolores y disfagia** (dificultades para tragar, sensación de molestia, dolor más o menos agu-

do al tragar o al pasar los alimentos por el esófago). Estos síntomas tienen como consecuencia una alteración de la calidad de vida, especialmente debida a la alteración del gusto, una menor salivación y dificultades a la hora de comer. Se corre un alto riesgo de sufrir desnutrición.

■ **Además, esta lesión de la mucosa constituye una “puerta de entrada” potencial de diversas infecciones.** La prevención o el tratamiento se basan entre otras cosas en la aplicación de unos cuidados bucales específicos.

Conclusión

■ **Los Auxiliares de Enfermería/TCE actúan como centinelas para el paciente.** Se pueden presentar multitud de situaciones. Por ello, para detectar un problema a tiempo y dar una solución, es necesario conocer todos los efectos secundarios y los síntomas clínicos correspondientes.

■ **El conocimiento y el seguimiento son los puntos clave que ayudan a mejorar en el cuidado del paciente;** es la mayor de las preocupaciones diarias de los Auxiliares de Enfermería. ●



© F. Soutif/Elsevier Masson SAS

Pero ¿qué me está diciendo?

Comunicación es sinónimo de entendimiento y es evidente que si hay un elemento que lo dificulta sobremanera es una barrera idiomática. Para mejorar este aspecto han proliferado en los últimos meses los sistemas de teletraducción, que favorecen un mejor entendimiento y por tanto, una mejor comunicación entre los interlocutores lo que, en ámbitos como el sanitario, puede ser vital.

El aumento de la población inmigrante y la variedad de los países de procedencia convierten los centros sanitarios en auténticas torres de Babel donde, en ocasiones, la falta de entendimiento puede llegar a tener pésimas consecuencias.

La comprensión del lenguaje resulta fundamental cuando hablamos de transmitir al personal sanitario nuestras dolencias o de entender lo que nos están diciendo: diagnósticos, tratamientos, posología y pautas a seguir. Salir de una consulta médica sin saber qué nos han dicho puede ser nefasto.

Hasta fechas recientes, el personal sanitario había solventado estas situaciones con la presencia de familiares o amigos que hacían de traductores o haciendo uso de lenguaje gestual y una buena dosis de imaginación por ambas partes.

Servicio de traducción 24 horas

Conscientes de que el idioma es uno de los principales obstáculos para la comunicación, la empresa vasca Dualia pone a disposición de sus clientes un servicio de traducción de 24 horas en más de 50 idiomas. Con un sencillo pack, un teléfono móvil y un binauricular manos libres, podemos disponer

de un intérprete en el momento en que lo solicitamos a través del teléfono que nos facilita la propia empresa. Esto permite hablar al paciente con el personal sanitario en tiempo real, evitando malas interpretaciones y garantizando la confidencialidad de la conversación.

Dualia, que patentó hace cinco años este servicio de interpretación telefónica con el manos libres doble, gestiona muchas traducciones al año, unas 12.000 de las mismas relacionadas con la sanidad.

Más de 50 idiomas

Juan Carlos Cuesta, responsable de Dualia Teletraducción S.L reconoce que disponen de una amplia gama de intérpretes profesionales que traducen a 51 idiomas, de los cuales el francés, inglés, alemán, rumano, chino y árabe son de disponibilidad inmediata las 24 horas del día, los 365 días del año al ser los idiomas más demandados: el 19% de las traducciones se hacen al inglés o al árabe, 10% al chino, 7% al alemán...

En cualquier caso, es un sistema que se ha extendido por toda España y prácticamente todas las comunidades autónomas tienen contratados sus servicios que se ofrecen en más de 400 centros sanitarios, aunque de momento

está preparado únicamente para que uno de los dos interlocutores hable castellano.

No obstante, éste es un servicio a disposición de cualquier persona que necesite de uno de los 200 traductores que trabajan en esta empresa con que garantiza la privacidad y confidencialidad de las conversaciones mantenidas contempladas en la normativa vigente.



Los profesionales sanitarios han visto en esta herramienta una gran oportunidad para mejorar la calidad que prestan a los pacientes con el convencimiento de que con el mismo, comunicación y entendimiento serán dos sinónimos de significado idéntico. ●

Ayuda en la **conciliación** del **sueño** del paciente



La enfermedad y la hospitalización pueden provocar trastornos de sueño tales como el insomnio. Preparar al paciente para la noche, instalarlo asegurándose de que se siente seguro y cómodo, crear un entorno adecuado para el sueño y ayudar a que el enfermo obtenga un sueño reparador, forman parte del trabajo de los Auxiliares de Enfermería/TCE.

Palabras clave

- Auxiliar de Enfermería/TCE
- Ansiedad
- Sueño
- Insomnio

¿Qué son las reglas de ORO?

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

El insomnio puede deberse a la agitación, la ansiedad, al miedo al diagnóstico, a la enfermedad, a la intervención, a la muerte; a causas externas como el ruido, una cama incómoda, el cambio de hábitos, un compañero de habitación; o a problemas relacionados con la hospitalización: niños que se quedan en casa, problemas de organización, problemas económicos, etc.

Objetivos

■ **En primer lugar, si conocemos los ingresos del día podremos conocer asimismo los nuevos pacientes**, sus patologías, los reconocimientos en curso, los tratamientos aplicados, la observación prescrita y el tratamiento que se debe llevar a cabo.

■ **Posteriormente, la recopilación de información adicional se realiza en la cama del paciente.** A su llegada, el turno de noche recorre las habitaciones para dejar constancia de su presencia, establecer la prioridad de los tratamientos, acomodar a los pacientes y darles las buenas noches. Esta rutina es necesaria e insustituible para lograr un clima de seguridad y favorecer la conciliación del sueño.

Organización

Eficacia, higiene y comodidad del paciente

■ **Si se prepara al paciente físicamente para la noche**, se le aporta la comodidad necesaria. Las siguientes acciones han de tenerse en cuenta:

- Ofrecer al paciente la cuña o acompañarle al baño, ayudarle a desvestirse, volver a hacerle la cama.
- Acomodar a la persona de forma confortable, prestando atención a las posturas inadecuadas que pudieran provocar dolores por la noche (anquilosis, calambres...).
- Cambiar a las personas incontinentes,
- Realizar los cuidados de prevención de escaras, según el protocolo establecido,
- Proponer un ligero masaje en la espalda.
- Proponerle que se lave los dientes y las manos, ayudarle a soltarse el pelo (pasadores, gomillas, horquillas...) y quitarle la ortodoncia o dentadura.

■ **Para crear un ambiente tranquilo** y las condiciones que favorezcan la conciliación del sueño: comprobar la temperatura de la

habitación, airearla brevemente, cerrar las persianas y preguntar al paciente si prefiere la puerta abierta o cerrada.

■ **Contribuir al silencio.** Si durante el día es importante evitar el ruido, de noche es primordial. El Auxiliar de Enfermería/TCE debe ser consciente del ruido que pueda generar y seguir unas pautas para evitar:

- Que se le caiga el material o dar portazos (evitar las corrientes de aire).
- Correr por los pasillos (salvo en caso de urgencia) y llevar zapatos que hagan ruido.
- Hablar en voz alta con los compañeros y llamarse en los pasillos.

■ **Los Auxiliares de Enfermería/TCE deberán:**

- Responder rápidamente al teléfono y a los timbres.
- Cerrar la puerta del baño antes de tirar de la cisterna.
- Dajar constancia al servicio técnico para engrasar las puertas y los carritos que chirrían.
- Cerrar la puerta de la habitación de personal si fuera necesario.
- Informar al equipo de día si el compañero de habitación molesta (ronquidos, gritos, etc.) para preveer un posible cambio de habitación.

■ **Ausencia de luz directa:** algunos cuidados pueden realizarse con discreción y en la penumbra, para no despertar al compañero y evitar que el paciente se despierte completamente. Por lo tanto, el Auxiliar de Enfermería/TCE evitará, en la medida de lo posible:

- encender las luces del techo para realizar las curas y utilizará preferentemente la luz del baño o una linterna.

Seguridad física

- Informar al paciente de la presencia y disponibilidad del equipo de enfermeros y de Auxiliares de Enfermería/TCE. Indicar que estarán presentes durante toda la noche, que realizarán visitas regulares para comprobar que todo va bien y que un médico de guardia está localizable en todo momento.
- Instalar las barreras que haya prescrito el médico, si fuera necesario.
- Tranquilizar al enfermo, y recordarle que puede llamar al timbre siempre que sea necesario, sobre todo si tiene dolor, para que



el enfermero aplique el protocolo que le haya indicado previamente el médico.

- Asegurarse del buen funcionamiento de los aparatos: oxígeno, perfusión, sonda urinaria, respirador, aspiración, etc., comprobar

la cantidad restante y vaciar las bolsas llenas.

- Supervisar la presencia de anomalías o de complicaciones: hemorragia, dolor, etc.

Seguridad psicológica

- Identificar los hábitos de sueño: hora de acostarse, postura para dormir, horas de sueño.
- Observar y cumplir la rutina de sueño del paciente: lavarse los dientes, beber un vaso de agua (salvo contraindicación), poner en la bandeja o en la mesita de noche objetos reconfortantes (despertador, pañuelos, libro, peluche para el niño, etc.).

- Tranquilizar a una persona con ansiedad: ofrecerle una bebida caliente (infusión o leche, salvo contraindicación), un masaje en las manos, dejar la luz del baño encendida o la puerta de la habitación abierta. En el caso de los niños, contarles un cuento, hacerles una caricia o cantarles una nana.

- Escuchar a los pacientes y dejarles que expresen sus miedos relacionados con la anestesia, las intervenciones, los resultados de las pruebas...

Animar a los pacientes que no desean molestar a que lo hagan en caso de necesidad o dificultad.



Relación

Con el paciente

- Escucharle y dejar que exprese sus dificultades, su miedo y sufrimiento sin minimizarlos, contribuye a una mayor tranquilidad psicológica y favorece el sueño.
- Mantener una charla tranquilizadora.

Con el equipo

- Informar de los problemas físicos detectados durante el turno. Dejar constancia si un paciente solicita medicamentos para calmar el dolor o para dormir.
- Informar si un paciente padece ansiedad o sufre.
- Indicar al siguiente turno cómo se ha desarrollado la noche, así como las observaciones, peticiones y los tratamientos específicos. ●

La ansiedad del paciente

Conforme se acerca la noche, la ansiedad aumenta. Frente al sufrimiento y el miedo, el psiquismo del ser humano pone en marcha una serie de mecanismos de regulación que hacen que estos desafíos sean soportables. Para ello, el paciente puede expresar su ansiedad:

- **Directamente:** verbaliza sus emociones, sus temores o miedos relacionados con la enfermedad y las molestias familiares o sociales que conlleva.

- **Indirectamente:** de modo repetitivo y siguiendo un auténtico ritual. Por ejemplo, coloca la almohada de una cierta manera, pone en un lugar determinado el vaso de agua, el pañuelo, el timbre...

- **De forma expresiva:** exige incesantemente los cuidados y la atención de los Auxiliares de Enfermería/TCE y nunca está satisfecho, a pesar de su disponibilidad y esfuerzo; llama al timbre en reiteradas ocasiones para que le coloquen la almohada...

El Auxiliar de Enfermería/TCE debe esforzarse por:

- **Identificar el proceso para ayudar al paciente a calmarse,** canalizar su ansiedad y no dejar que ésta le invada por completo.

- **Teniendo en cuenta el contexto, diferenciar entre una ansiedad fisiológica "normal",** a la que el Auxiliar de Enfermería/TCE debe responder mediante una presencia y escucha atentas; y una ansiedad patológica excesiva, la cual debe comunicarse a quien corresponda.

Reiki, energía sanadora

El Reiki, que podríamos traducir como energía vital universal, es una terapia que trata de paliar molestias y enfermedades a través del acercamiento de las manos. La técnica ha sido reconocida como terapia alternativa por la Organización Mundial de la Salud.

Palabras clave:

- Terapia alternativa
- Curación
- Energía universal

Según la teoría taoísta, al nacer se nos regalan tres tesoros que permanecerán con nosotros hasta el día de nuestra muerte y que tenemos que cuidar durante el transcurso de la vida. Estos tesoros son entidades claramente distintas entre sí, pero completamente interdependientes y asociadas estrechamente con la vida humana. Entre los tres abarcan los tres planos fundamentales de la vida: el físico, el energético y el mental. De su fuerza y su equilibrio interno dependen la salud y la longevidad

humana. Según el taoísmo los tres tesoros de la vida son:

■ **Jing: la esencia de la vida.** Este concepto engloba todos los fluidos que circulan por nuestro cuerpo y que son transportados por la sangre, las hormonas segregadas por las diversas glándulas, los fluidos pesados, los lubricantes que rodean a las articulaciones, las lágrimas, la transpiración y la orina.

■ **Shen: el espíritu de la vida,** engloba todas nuestras facultades mentales entre las que se incluyen el pensamiento racional, la

intuición, el espíritu, la atención y el ego.

■ **Qi o chi:** la energía de la vida. Es la fuerza vital esencial que anima todas las formas de vida del universo. Es invisible, silencioso y sin forma, pero lo impregna todo.

Esta energía se mueve por el cuerpo de la misma manera que la electricidad, siguiendo circuitos bien definidos. En la medicina tradicional china estos circuitos se denominan meridianos y forman una red de canales invisibles que transportan el chi a los tejidos de todo el cuerpo. Existen 12 meridianos principales, cada uno de ellos asociado con un órgano o una función vital importante, otros meridianos menores y los llamados exóticos. Cuando la circulación de la energía por estos meridianos no es fluida se estanca, produciendo situaciones de vacío o de plenitud de la energía. Esta falta de equilibrio es la causante de las enfermedades.

Existen distintas terapias orientales, con diversos nombres y técnicas, pero todas tienen un denominador común, el qi o chi, y todas tienden a restablecer el equilibrio de la energía del cuerpo estimulando la autocuración como en el caso del Reiki.

Reiki, reconocido por la OMS

Se ha establecido que Reiki significa "universal" y que hace referencia al alcance y naturaleza de esta

Los tres planos fundamentales de la vida:

el físico,
el energético
y el mental.

De su fuerza y su equilibrio interno dependen la salud y la longevidad humana.



práctica y Ki significa “energía” de modo que la palabra Reiki se pueda entender como la energía vital universal. Es una terapia que trata de paliar molestias y enfermedades a través del acercamiento de las manos del practicante hacia su objetivo, con el fin de transferirle la energía universal. Compatible con cualquier tratamiento médico, puede actuar como complemento del mismo y ha sido reconocido como terapia alternativa por la Organización Mundial de la Salud.

■ **El Reiki tiene una serie de ventajas** que facilitan su uso como complemento a la medicina tradicional.

- No es una religión, por lo cual no importan las creencias religiosas de la persona.
- El paciente no necesita “creer” en Reiki. Ni siquiera necesita saber el nombre de lo que está recibiendo.
- Reiki actúa independientemente de las opiniones o puntos de vista de la persona que lo recibe.
- No necesita equipos ni instrumentos, facilitando su uso en cualquier ubicación.
- No tiene ningún tipo de conflicto con fármacos o tratamientos, al contrario, suele reducir los efectos secundarios.
- No tiene contraindicaciones. Una sesión de Reiki no puede ser perjudicial.

■ **Un practicante de Reiki ético** nunca debe emitir juicios sobre el estado de salud del paciente, ni sugerir cambios de medicación, ni entrar en temas relacionados con el tratamiento convencional que recibe un paciente.

■ **El sanador es la persona que realiza su función curativa** empleando su energía mental y es el conducto por el que circula la energía Rei (universal).

Entrevista

John Curtin,

Maestro Reiki. fundador Fundación Sauce

▶ ¿Cuántos maestros Reiki hay en España?

El número exacto se desconoce pero, por ejemplo, en la Federación Española de Reiki hay más de 1.000 maestros inscritos.

▶ ¿Qué tipo de titulación posee?

Todo Maestro de Reiki debe tener un diploma emitido por otro Maestro indicando que ha sido iniciado en la habilidad de transmitir Reiki a otros. Esto es necesario porque el aprendizaje de Reiki no es un proceso didáctico. Para canalizar Reiki, se necesita llevar a cabo una modificación de la estructura energética de la persona que sólo es posible llevar a cabo mediante un proceso que se denomina “iniciación”.

Sólo un Maestro de Reiki puede llevar a cabo esa iniciación y por eso es importante comprobar que la persona posee dicho título de otro Maestro. En la Federación Española de Reiki, todo Maestro federado ha presentado copias de su titulación para su comprobación.

▶ ¿Dónde se cursan los estudios, con qué programa lectivo y qué contenidos?

Los cursos varían muchísimo de Maestro a Maestro. En la Fundación Sauce, los cursos duran 12 horas, los sábados y domingo en grupos. Se entregan dos manuales, uno sobre Reiki, otro sobre centros energéticos (chakras) y un audio del curso en CD de 5 horas de duración.

En general, existen pautas establecidas por la Federación Española de Reiki para elegir tanto el Maestro como el contenido.

Se puede obtener toda la información a través de la siguiente dirección <http://www.federeiki.es/elegircurso.htm>.

No obstante, se deben seguir unos criterios mínimos:

En primer lugar, el Maestro de Reiki debe indicar claramente el contenido del curso antes o durante el mismo. Debe incluir un manual didáctico en el curso con un contenido mínimo que incluya: qué es Reiki, origen del Reiki, posiciones de las manos y métodos de uso.

Además, el curso debe incluir prácticas de las posiciones de las manos y durante el mismo, el alumno debe dar y recibir por lo menos una sesión de Reiki.

Por otro lado, el curso debe incluir un mínimo de una iniciación.

▶ ¿Algunos profesionales sanitarios españoles están aplicándolo en sus centros de trabajo por iniciativa personal?

Sí. De los alumnos que han hecho los cursos con la Fundación Sauce, tenemos noticias frecuentes de cómo el personal sanitario aplica Reiki para calmar dolores, tranquilizar pacientes, apoyar su sistema inmunológico y crear una sensación de bienestar.

▶ ¿Hay algún dato respecto al número de profesionales que lo practican?

Desde que la Fundación Sauce empezó a enseñar Reiki en los hospitales, más de 2.000 profesionales sanitarios han hecho los cursos de Reiki.

▶ ¿Y de los resultados que obtienen?

Los resultados suelen ser muy buenos pero las cifras hablan por sí solas. Como ejemplo, en el Gregorio Marañón, después del primer curso de Reiki en julio del 2008, para octubre del mismo año había una lista de espera de 400 personas para hacer los siguientes cursos principalmente por el “boca a boca” de personas contando los buenos resultados obtenidos.

Entrevista

Cristina Chao,

Supervisora de Enfermería de Hematología.
Hospital Ramón y Cajal

► ¿Cómo y cuándo surge la posibilidad de aplicar Reiki en el hospital Ramón y Cajal?

En el año 2003 alguien vino a comentarme la posibilidad de ofrecer Reiki a los pacientes, que previamente serían debidamente informados, en la Unidad de Trasplantes de Médula. Solicitado el permiso del jefe de servicio se empezó a dar Reiki a 1 ó 2 pacientes.

Comprobamos los beneficios que observamos en los pacientes y presentamos una comunicación a la dirección del hospital. Posteriormente, se celebró una jornada intrahospitalaria y la Asociación Alaia se puso en contacto conmigo para ofertar una colaboración más reglada y con más voluntarios que pudieran ofrecer esta terapia a todos los pacientes hematológicos.

La Asociación y el Hospital firmaron un convenio en el año 2007 y desde entonces se ha comenzado a impartir en el servicio de oncología.

► ¿Cuántos pacientes y de qué patologías, mayoritariamente, se han beneficiado del mismo?

Son los voluntarios de la asociación quienes llevan el registro de los pacientes. Respecto a las patologías son enfermedades hematopoyéticas (leucemias, linfomas, trasplantes de progenitores hematopoyéticos, anemias severas...) y pacientes pediátricos con trasplantes de médula (la unidad es de pacientes adultos y pediátricos) en el servicio de oncología.

► ¿Se ha elaborado algún estudio sobre los beneficios del mismo?

Actualmente, hemos realizado un estudio que se han presentado en el congreso de Oncología que se ha celebrado en junio de 2009 en Santiago de Compostela.

► ¿Cuántos profesionales la aplican?

Vienen unos 6 o 7 profesionales, los martes y los jueves.

► ¿Cómo aceptan los pacientes la posibilidad de recibir Reiki?

El día del ingreso se les proporciona un folleto informativo. Después, los días que vienen los voluntarios, se les pregunta si quieren recibirlo y la mayoría lo aceptan positivamente y repiten.

■ **El paciente es quién se cura a sí mismo**, con el poderoso apoyo de la energía del universo. El efecto final de la recepción de la energía Rei en el paciente es que facilita que éste haga circular fluidamente su propio Ki en la cantidad y calidad necesarias para que pueda vivir saludablemente.

■ **Los maestros Reiki no utilizan la palabra curar.** Reiki ofrece al paciente la energía universal pero es responsabilidad del paciente utilizar esa energía para su bien. No hay una transmisión de energía del practicante al paciente y en ningún momento el paciente recibe la energía del practicante. De esta forma, se garantiza en todo momento que la energía que recibe el paciente es la más pura, sin mezclarse con las energías del practicante que pueden tener los aspectos negativos o desequilibrados de cualquier ser humano.

■ **Una sesión de Reiki suele durar** aproximadamente 45 minutos. El paciente se acuesta en un ambiente tranquilo y relajado, mientras el practicante posa sus manos suavemente en el cuerpo del mismo, empezando por la cabeza y terminando con los pies. Durante la sesión, es habitual que el paciente se quede dormido o profundamente relajado. Reiki es un proceso progresivo, por lo cual se aplica mediante tratamientos de 4 sesiones que pueden ser semanales, diarias, etc., hasta completar el tratamiento.

Tres formas de actuar

■ **A corto plazo**, alivia los síntomas de una enfermedad o dolencia, proporciona una profunda relajación y una sensación de paz y tranquilidad en pacientes que sufren estrés; alivia el dolor tanto del tumor como de los tratamientos de quienes padecen cáncer y

llena de energía para recuperar las “ganas de vivir” a pacientes que sufren depresiones,

■ **A medio plazo:** sana la dolencia. Con pacientes que sufren estrés, elimina los síntomas como dolores de cabeza, eccemas, presión alta, agresividad, etc. Con pacientes que padecen cáncer es capaz de reducir los tumores y aumentar el sistema inmunodefensivo para hacer desaparecer leucemias, etc. Ayuda a perder peso, sube el estado de ánimo, y cambia la forma de ver la vida.

■ **A largo plazo:** llega a la causa de la dolencia. Con pacientes que sufren estrés, les ayuda a cambiar su actitud hacia la vida, sana eventos en el pasado que causan estrés en el presente (síndrome del estrés postraumático, etc.) Con pacientes que padecen de cáncer, libera la rabia y miedo acumulado que pueden resultar de esta enfermedad, cambia hábitos de vida nocivos en el paciente (fumar, alimentación inadecuada, etc.). Con pacientes que sufren depresiones, modifica su actitud hacia la vida, sana eventos en el pasado y les llena de energía para no recaer en la depresión.

■ **No obstante, existen opiniones contrarias** al Reiki que argumentan que no existen pruebas científicas que demuestren su eficacia más allá del efecto placebo y de una sesión de relajación, ni explicaciones respecto al posible mecanismo de la sanación. La supuesta energía vital no puede detectarse, ni comprobar que esté presente en los seres vivos ni que pueda ser transferida por el aire o a través del cuerpo de un ser vivo a otro. Las personas que supuestamente dicen ser capaces de reencaminar esa energía no pueden aportar datos concretos sobre qué tipo de energía es, cómo detectarla o medirla. ●

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 _____ Nº _____ Esc _____ Piso _____ Letra _____
 Localidad _____ Código Postal _____ Provincia _____
 E-Mail _____ Teléfono _____ Móvil _____

DATOS BANCARIOS

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

Tarifa de suscripción anual (Incluidos gastos de envío): 100 €
 Remitir debidamente cumplimentado a FAE: C/ Tomás López, nº3 1 Izda 28009 Madrid
 Tif: 91 521 52 24 Fax: 91 521 53 83 E-mail: administracion@fundacionfae.org

Soporte vital básico (SVB)

El soporte vital básico (SVB) es una técnica de primeros auxilios que sería muy útil que conociera gran parte de la población, y por supuesto, el personal sanitario, en este caso, los Auxiliares de Enfermería/TCE.

Introducción

Los Auxiliares de Enfermería/TCE saben lo que es una reanimación cardiopulmonar (RCP), aunque gran parte de ellos no están actualizados con los protocolos vigentes; sin embargo, si hablamos de un SVB los conocimientos no son muchos, aunque en este procedimiento esté englobada la RCP.

Por este hecho hablaré de la evolución del SVB, la importancia y las ventajas de conocer el procedimiento así como de irse actualizando en cuanto a nuevos procedimientos, ya que van variando continuamente gracias a nuevos descubrimientos.

Historia del SVB

Los intentos modernos por reanimar a una persona se documentan ya a mediados del s. XIX, pero no será hasta los años 50 del siglo XX cuando se redescubrirían las técnicas que permiten abrir la vía aérea para introducir aire del reanimador en la víctima, comprimir el tórax desde fuera y realizar desfibrilaciones con éxito. Aunque la reanimación boca a boca ya fue descrita en la Biblia (usada por comadronas y para resucitar a los recién nacidos) no se había usado hasta que fue redescubierta en 1950.

■ Cronológicamente podríamos citar:

1950-55. Elam y Brown: demuestran sobre voluntarios la efectividad del boca-boca y la apertura de la vía aérea.

1958-60. Kouwenhoven / Knickerbocker / Jude / Lown: redescubren y perfeccionan el masaje cardíaco externo, la aplicación de electrodos sobre animales y la activación de ondas de presión; y finalmente se aplican desfibrilaciones con éxito en humanos, fabrican los primeros desfibriladores a pilas.

1960. Peter Safar: será el padre de la moderna RCP o como más tarde él mismo definirá, reanimación cerebro-cardiopulmonar. A partir de los conocimientos previos propone y organiza un sistema coherente, eficaz y estructurado que tenga no sólo en cuenta los aspectos técnicos sino también los formativos y de implicación social. En 1968 publica su primer manual en RCP y posteriormente realiza estudios sobre anoxia cerebral.

1966. Frank Pantridge: traslada las técnicas de RCP hospitalarias a la calle con la creación de la primera unidad de cuidados coronarios móvil. Con posterioridad se crearán los Servicios de Emergencias Móviles (SEM).

Años 90: se inicia la moderna o “nueva RCP”, teniendo en cuenta los conocimientos y experiencias previas pero introduciendo nuevas variables.

■ **Simultáneamente al avance en las técnicas, diversas instituciones han ido desarrollándose, canalizando y unificando todos los conocimientos.** Las más importantes son:

AHA (American Heart Association). En 1963 crea el comité de

RCP. Lleva a cabo diversas conferencias nacionales en EE.UU. donde se extraen periódicamente las pautas a seguir en este campo. En 1992 se celebró la última conferencia.

ERC (European Resuscitation Council). Creado en 1989. En 1992 editan las primeras recomendaciones. Integrado por diferentes asociaciones científicas como la SEMICYUC española. En 1998 publican sus últimas recomendaciones.

ILCOR (International Liaison Committee on Resuscitation). El objetivo principal de este organismo es la coordinación y consenso de todas las recomendaciones existentes a la vez que editan la denominada “Declaración de Consejos”. Las últimas declaraciones fueron editadas en 1997 y sirvieron de guía al ERC en sus últimas recomendaciones. Las principales novedades que se introducen son:

- El tiempo de valoración de la respiración no debe superar los 10 segundos.
- La desfibrilación precoz y la utilización de desfibriladores son ejes fundamentales en el tratamiento de la parada cardiorrespiratoria (PCR).

Objetivos del SVB

■ **Son el conjunto de actuaciones encaminadas a mantener la oxigenación cerebral.** Para ello se debe:

- Identificar la situación.
- Activar los servicios de emergencia hospitalaria.
- Sustituir temporalmente la respiración y circulación espontáneas.

SVB (Protocolo del año 2000)

■ **Identificación de la situación.** Ésta se basa en la observación de la víctima, centrada en el normal funcionamiento cerebral, la respiración y la circulación espontáneas. Para ello preguntaremos a la persona: “¿se encuentra bien?”. Esta pregunta se realiza en voz alta y estimulando a la persona por los hombros. Pueden darse dos situaciones:

● **La persona contesta o intenta contestar:** está consciente, por lo tanto inicialmente respira y tiene pulso.

● **La persona no contesta: está inconsciente.** Identificada esta situación, debemos suponer que la persona tiene alterado su normal funcionamiento cerebral; debemos investigar ahora:

● **Si respira:** acercándonos a su cara y mirando el tórax debemos ver, oír y sentir; cómo entra y sale el aire por la boca-nariz y cómo moviliza el tórax.

● **Si hay circulación:** palpando la arteria carótida y/o buscando signos de circulación.

■ **Acciones en la persona consciente.** Confirmada la consciencia, la presencia de circulación y la respiración espontánea debemos:

● **Observar a la víctima,** especialmente cómo es su respiración, ya que la persona puede que intente contestar a nuestras llamadas pero no pueda hacerlo por haber sufrido un atragantamiento; si esto se confirma procederemos a desobstruir la vía aérea.

● **Buscar anomalías** como deformidades por fracturas o signos de hemorragia.

● **Pedir ayuda lo antes posible** si no se ha hecho todavía.

■ **Acciones ante un paciente inconsciente.** La inconsciencia no implica inicialmente parada respiratoria o circulatoria. Puede ser la “expresión” de múltiples enfer-

medades pero, de no realizar unas sencillas técnicas, ésta puede progresar a parada respiratoria por caída de la lengua y obstrucción de la vía aérea, con el posterior paro circulatorio.

● **Desobstrucción.** Consiste en la extracción de cuerpos extraños de la vía respiratoria mediante la acción:

● **Directa (extracción manual):** si observamos en la boca o faringe del afectado un cuerpo extraño, intentaremos retirarlo con un dedo en forma de gancho y realizando un movimiento de barrido en la boca; en caso de no tener acceso con el dedo no se forzará su extracción. Las dentaduras postizas si se encuentran bien fijadas no debemos intentar retirarlas.

● **Indirecta (maniobra de Heimlich):** consiste en la realización de 5 compresiones iniciales en la región epigástrica, rodeando al paciente por la espalda (paciente incorporado) y realizando las compresiones con el puño en dicha región.

● **Permeabilización vía aérea.** La permeabilización de la vía aérea se realiza cuando una persona ha perdido la consciencia o bien cuando, aun manteniendo un nivel de consciencia, ésta es incapaz de mantener una correcta entrada de aire en sus vías respiratorias.

● **Maniobra frente-mentón.** Tras retirar a la víctima las prendas que puedan oprimir su tórax y cuello, precedemos a inclinar la frente ligeramente hacia atrás y traccionar la mandíbula hacia arriba fijando la cabeza al suelo con la mano que quede libre. No se debe utilizar si hay sospecha de lesión cervical.

● **Maniobra de tracción mandibular.** Esta maniobra está indicada cuando el paciente ha sufrido un traumatismo, se entra inconsciente y hay sospecha de lesión cervical. Consiste en fijar la cabeza con una mano en la posición encontrada y con la otra traccionar de

la mandíbula hacia arriba hasta desobstruir la vía aérea.

● **Posición lateral de seguridad.**

Consiste en colocar a la víctima en posición lateral; para ello retiraremos gafas, móviles, cinturones, etc., y le hacemos rodar sobre sí misma de manera que la cabeza queda de lado apoyada en una mano y con una pierna flexionada encima de la otra, así evitaremos por un lado la broncoaspiración y por otro que vuelva al decúbito supino en caso de recobrar parte del nivel de consciencia. Las principales ventajas que aporta esta posición son:

● **Permite al rescatador ir a pedir ayuda** y dejar a la víctima de forma segura.

● **Evita la broncoaspiración del contenido gástrico** en caso de vómito al recobrar la consciencia.

● **La vía aérea queda permeable.**

● **Permite tener cierta alineación de la cabeza,** el tronco y las extremidades.

La principal limitación a esta posición es la sospecha de lesión de columna en caso de traumatismo.

● **Ventilación artificial.** La ventilación con aire espirado o aire ambiental, permite mantener durante unos minutos el aporte de oxígeno a la víctima hasta la llegada de equipamiento y personal entrenado en el aislamiento completo de la vía aérea y el aporte de mayores concentraciones de oxígeno.

● **Boca-boca.** Consiste en aplicar ventilaciones con el aire espirado del reanimador a través de la boca de la víctima. Para ello:

● **Permeabilizamos la vía aérea.**

● **Revisamos la presencia de cuerpos extraños en la boca.**



Los intentos modernos por reanimar a una persona se documentan ya a mediados del s. XIX, pero no será hasta los años 50 del siglo XX cuando se redescubrirán las técnicas que permiten abrir la vía aérea para introducir aire del reanimador en la víctima, comprimir el tórax desde fuera y realizar desfibrilaciones con éxito.

- **Mantenemos la tracción de la mandíbula** y tomamos aire profundamente.

- **Con la mano libre tapamos la nariz** y procedemos a sellar con nuestra boca la boca del paciente, espirando nuestro aire de forma lenta y sosegada en los pulmones, como si infláramos un globo. No más de 2 segundos.
- **Nos incorporamos**, retiramos la mano de la nariz y seguimos manteniendo la tracción de la mandíbula, confirmamos la salida de aire del paciente.

- **Repetir los pasos tantas veces como sean necesarios**, asegurando siempre la permeabilidad de la vía aérea, tanto en la espiración como en la inspiración.

- **Si observamos alguna resistencia durante la insuflación de aire debemos considerar:**

- Una posición de apertura de vía aérea inadecuada.
- Presencia de cuerpos extraños.

- **Balón de reanimación (ambú).** Se trata de un paso más en la optimización del soporte vital básico mediante la utilización de dos dispositivos de fácil aplicación como son:

- **Cánula orofaríngea (guedel).**
- **Balón de reanimación (ambú).**

Este tipo de dispositivos permiten al reanimador una mayor autonomía y al paciente una mejor oxigenación, ya que el balón se puede conectar a una fuente suplementaria de oxígeno. La técnica consiste en introducir una cánula orofaríngea de tamaño adecuado en la boca del paciente y sellar con la mascarilla del balón la boca y nariz de la víctima, a continuación exprimimos el balón con suavidad y comprobamos que el aire entra adecuadamente en el tórax del paciente.

- **Masaje cardíaco externo.** Consiste en la aplicación de compresiones sobre el tórax de la víctima con el fin de producir a su vez una presión sobre el corazón para que expulse

la sangre que tiene acumulada. La compresión debe hundir el tórax unos 5 centímetros. La frecuencia será 15/2 (15 compresiones cada 2 ventilaciones). Para ello y una vez comprobado que la persona no tiene pulso ni signos de vida:

Localización del punto de masaje:

- **Con una mano sobre el tórax** del paciente localizamos el apéndice xifoides (punta del esternón) y el reborde costal más cercano a nosotros.

- **Con el segundo y tercer dedo de la misma mano** localizamos el punto de masaje en el tercio inferior del tórax. A continuación aplicamos el talón de la otra mano junto al dedo superior de la mano inicial y ahora entrelazamos las manos para proceder la compresión (15/2).

- **Una vez localizado el punto de masaje**, el reanimador coloca sus brazos con las manos entrelazadas, de forma perpendicular al paciente, para realizar las compresiones con la fuerza de los hombros.

- **La posición del cuerpo del reanimador** con respecto al paciente siempre ha de ser la adecuada, es decir, la posición de éste por encima de aquél, separado unos centímetros.

SVB (protocolo año 2005)

■ Cadena de supervivencia.

1. Activación precoz del servicio de emergencias médicas.
2. RCP básica precoz.
3. Desfibrilación precoz.
4. Cuidados avanzados precoces.

■ Identificación de la situación.

Petición de ayuda. El primer componente del SVB nos permite ver la situación en la que nos encontramos para poder así avisar al sistema de emergencia y actuar en consecuencia. Si hay dos reanimadores disponibles, uno debe ir a pedir ayuda y el otro debe comenzar las maniobras adecuadas a la situación. Si hay un solo reanima-

dor, una vez comprobada la ausencia de respiración, debe ir a pedir ayuda. Sin embargo, si se sospecha una causa respiratoria como puede ser la provocada por ahogamiento, traumatismo, asfixia, intoxicación por drogas o alcohol, o si la víctima es un niño o un lactante, se deben dar cinco respiraciones iniciales de rescate antes de comenzar con las compresiones torácicas y continuar con un minuto de RCP antes de ir a pedir ayuda.

■ **Lo primero que hay que observar es la consciencia.** La pregunta es: “¿se encuentra bien?”, y estimular adecuadamente a la víctima (gritar y sacudir). A continuación se deberá comprobar la ventilación (ver, oír, sentir). Se reconoce que los rescatadores son frecuentemente reacios a realizar una ventilación boca-boca por una serie de razones, en las que incluye el temor a una infección o la adversión al procedimiento. Por estas razones, y para enfatizar la prioridad de la realización de las compresiones torácicas, se recomienda que la RCP en adultos empiece con compresiones torácicas en lugar de realizar la ventilación inicial, resultando de ello que las compresiones torácicas sin ventilación son significativamente mejores que el resultado de no realizar la RCP.

Por último, se deberá comprobar la circulación; se deben buscar signos de circulación detectando si hay una respiración normal, o movimientos en la víctima. También se puede comprobar el pulso en la carótida.

Guía de actuación

■ Valoración de la situación

- **Objetivos:** Valorar la seguridad del entorno.

Valorar el nivel de consciencia comprobando si el paciente responde.

Garantizar la atención sanitaria del paciente.

● **Finalidad:** Conseguir que usted y el paciente estén en lugar seguro. No mover al paciente si responde a estímulos. Detectar su nivel de consciencia y posibles cambios en la evolución.

■ **Apertura de la vía aérea**

● **Objetivo:** Conseguir que la vía aérea (boca-faringe-laringe) sea permeable, es decir, que pase el aire a través de ella.

● **Procedimiento:** Coloque la palma de la mano más cercana a la cabeza de la víctima, en la frente de ésta, presionando sobre la misma hasta lograr una hiperextensión eficaz del cuello. Después coloque el segundo y tercer dedo de la otra mano bajo la zona ósea del mentón del paciente y traccione hacia arriba.

■ **Ventilación**

● **Procedimiento:** Acercando la mejilla a la cara del paciente se debe:

- Observar los movimientos del pecho.
- Escuchar los sonidos de respiración.
- Sentir el aire en la mejilla.
- Ver, oír y sentir durante diez segundos antes de afirmar la ausencia de respiración.

● **Si el paciente está inconsciente y tiene respiración espontánea le colocamos en posición lateral de seguridad.**

● **Si el paciente no respira:**

Masaje cardíaco externo:

El paciente debe estar en posición decúbito supino y sobre una superficie firme durante la realización de las compresiones torácicas.

Coloque el talón de la mano en la mitad del tórax de la víctima.

Ponga el talón de la otra mano encima de la primera.

Entrelace los dedos de sus manos y asegúrese de que la presión no es aplicada sobre las costillas de la víctima.



■ **Técnica de compresión:**

● Debe usted colocarse con ambas rodillas en el suelo, a la altura del pecho del paciente, tener los codos extendidos, los brazos estirados y mantener los hombros justamente encima y paralelos al esternón y manteniendo un eje perpendicular. Inicie las compresiones descargando el peso de su cuerpo sobre el esternón del paciente.

● Una vez realizada cada compresión torácica, debe permitir que el tórax recupere totalmente su posición inicial (es un error muy frecuente impedirlo).

● Coloque a la víctima sobre su espalda si todavía no está en esta posición:

Si hay cuerpos extraños visibles en la boca del paciente, incluyendo la dentadura suelta, retírela. Las dentaduras que no provoquen obstrucción, déjenlas.

● Mantenga la apertura de la vía aérea. Presionen las fosas nasales cerrándolas con el índice y el pulgar de la mano que está en la frente.

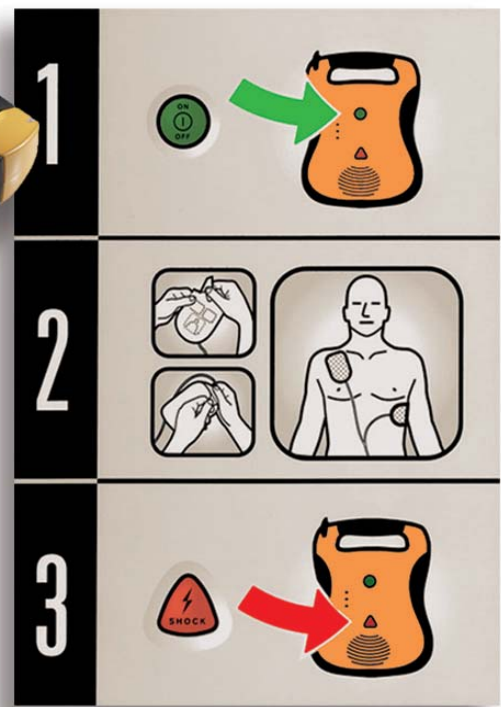
● Tome aire y ponga sus labios alrededor de la boca de la víctima asegurándose de que estén bien sellados.

● Dé dos ventilaciones efectivas (que consigan elevar el tórax).

● Continúe con el masaje cardíaco externo con la sincronización de 30 compresiones por cada 2 ventilaciones (30/2).

● Continúe la resucitación hasta que:

- El paciente empiece a respirar.
- Llegue la ayuda cualificada.
- Usted quede exhausto.



Instrucciones de uso de un desfibrilador.

Principales cambios en las recomendaciones de la RCP-2005

■ **La publicación de las guías de la American Heart Association (AHA) para resucitación cardiopulmonar (RCP) comienzan a ser divulgadas.**

Estas guías están basadas en la evaluación de evidencia en Consenso Internacional de la AHA en Dallas-Texas, enero 2005, que reemplazan a las del 2000. Contienen recomendaciones que mejoran la sobrevida del paro cardíaco súbito y problemas cardiopulmonares amenazantes de la vida. Difieren de versiones previas; primero, porque están basadas en la más extensiva evidencia revisada de RCP publicada; segundo, porque fueron desarrolladas bajo una nueva estructura y procesos transparentes para el descubrimiento continuo y el manejo de conflictos potenciales de interés; tercero, porque las pautas se han hecho aerodinámicas para reducir la cantidad de información que los rescatadores necesitan aprender, recordar y clarificar así las habilidades más importantes que los rescatadores necesitan realizar.

- **Objetivos generales:**

Enfatizar la administración de compresiones torácicas efectivas.

Única relación de compresiones-ventilaciones (30/2), para todo tipo de víctimas, excepto para los neonatos (<1 mes).

Cada respiración de rescate debe durar aproximadamente un segundo y producir una elevación visible del tórax.

En el paro cardiorrespiratorio (PCR) por fibrilación ventricular (FV) se recomienda choque eléctrico único (en vez de series de 3 como anteriormente) seguido de reanimación cardiopulmonar inmediata con comprobación de ritmo cada 2 minutos.

El uso de desfibrilador automático (DEA) en niños mayores de 1 año y uso de sistemas de reducción de energía, si están disponibles.

- **Recomendaciones para los proveedores de apoyo vital básico:**

Un rescatador debe ajustar su secuencia de acciones a las causas más probables de RCP según la edad de la víctima.

- **Llamar primero “en adultos y niños con PCR extrahospitalaria súbito”.**
- **“RCP primero” en niños inconscientes y adultos con PCR hipóxico (ahogamiento, traumatizados, sobredosis).**
- **La apertura de la vía aérea en el traumatizado inconsciente con**

sospecha de lesión cervical, sigue siendo una prioridad. Si la elevación de la mandíbula sin extensión de la cabeza no consigue abrir la vía aérea, el personal asistencial debe usar la maniobra frente-mentón.

El personal asistencial puede necesitar intentar “un par de veces” la apertura de la vía aérea (reposicionar) en niños para conseguir suministrar 2 ventilaciones eficaces que eleven visiblemente el tórax.

Una excesiva ventilación (elevada frecuencia o ventilaciones muy largas y forzadas pueden ser perjudiciales y no se deben realizar).

- **Se recomienda con énfasis, compresiones torácicas en niños si la frecuencia cardíaca es menor de 60 lpm** con signos de pobre perfusión, a pesar de una adecuada ventilación y oxigenación.

El personal asistencial debe administrar compresiones con la frecuencia y profundidad adecuadas y permitir una adecuada recuperación del tórax con las mínimas interrupciones en la compresión torácica.

- **Use 1 o 2 manos para suministrar compresiones torácicas en niños (1-8 años),** comprimiendo el esternón en la línea intermamilar (que une ambos pezones) y para lactantes (1 mes-1 año) comprima con 2 dedos sobre el esternón justo por debajo de la línea intermamilar.

Se debe emplear la relación de compresiones-ventilación de 30/2 en

los pacientes de cualquier edad (> 1 mes) en RCP con un rescatador y en adultos también en PCR con dos rescatadores. Se debe emplear la relación de compresiones-ventilaciones de 15/2 en la RCP con 2 rescatadores de niños (1 mes-8 años).

En la RCP con 2 rescatadores y manejo avanzado de la

vía aérea, se suprimirán los ciclos de compresiones con pausas para ventilar. Se realizarán compresiones torácicas continuas a una frecuencia de 100 por minuto y ventilaciones de rescate a una frecuencia de 8-10 por minuto (cada 6-8 segundos).

Cuando haya dos o más rescatadores en una RCP, se deberán rotar en el puesto de las compresiones torácicas cada 2 minutos (5 ciclos de 30/2).

NO CAMBIAN: la comprobación de inconsciencia, la comprobación de pulso, la respiración de rescate sin compresiones torácicas, la localización de las manos y dedos en las compresiones torácicas a adultos, la frecuencia y profundidad de compresiones ni las edades de aplicación de las recomendaciones de RCP de lactantes (1 mes-1 año).

Fibrilación ventricular

- **En España se estima que se producen 20.000 muertes al año de origen cardíaco,** de entre ellas, alrededor de un 80% son debidas a FV (fibrilación ventricular), un tipo de arritmia que produce una incapacidad del corazón para impulsar la sangre (parada cardíaca). La única terapia es la desfibrilación cardíaca, es decir, la aplicación de una corriente eléctrica sobre el tórax dirigida hacia el corazón.

Desfibriladores

- **Un desfibrilador es un aparato que puede proporcionar un choque eléctrico controlado a un corazón que tiene un ritmo que pone en peligro la vida.**

La aplicación de la desfibrilación se realiza mediante unos aparatos llamados desfibriladores; existen diversos tipos:

- **Externos:** manuales, semiautomáticos y automáticos.

Diferentes modelos de desfibriladores.



● **Internos:** implantados en el paciente.

Como resultado del acercamiento de ésta técnica al paciente, haciendo más precoz la desfibrilación para mejorar la supervivencia de la FV surgió la idea (1970-Diack, Welborn, Rullman) de un dispositivo sencillo de utilizar, portátil, que de una manera altamente fiable fuera capaz de detectar un ritmo cardíaco distinguiendo si era o no subsidiario de un desfibrilado. Fue el nacimiento de los actuales desfibriladores externos. Actualmente existen dos tipos:

● **Semiautomáticos:** una vez conectado al paciente, si el ritmo detectado necesita ser desfibrilado, éste aconseja la desfibrilación mediante un mensaje de voz, cargando automáticamente sus acumuladores y quedando en situación de espera hasta que el reanimador pulse el botón para proporcionar la desfibrilación al paciente.

● **Automáticos:** una vez conectado al paciente, si el ritmo detectado necesita ser desfibrilado, el aparato carga automáticamente sus acumuladores y, avisando que va a dar una descarga, desfibrila al paciente sin la intervención del reanimador.

Implantación de desfibriladores en espacios públicos

■ **El 19 de diciembre de 2007 Sanidad anuncia que prepara una normativa para que haya desfibriladores en aeropuertos y grandes centros comerciales:**

“El Ministerio de Sanidad y Consumo prepara una normativa estatal que podría estar lista el año que viene para regular el uso de desfibriladores en lugares públicos de gran aglomeración de gente como estadios, aeropuertos o centros comerciales, según informó el titular de este departamento, Bernat Soria. El objetivo de esta normativa, para cuya elaboración se tendrá en cuenta la opinión

de las comunidades autónomas y de la comunidad científica, será coordinar y unificar los criterios de implantación y uso de los desfibriladores en toda España.

Según explicó Soria al término de una reunión mantenida con los miembros de los centros de investigación oncológicas y cardiovasculares del Instituto de Salud Carlos III, el desfibrilador es un sistema “muy útil” para impedir la muerte por infarto de miocardio.

En opinión del director del Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares (Cenic), Valentín Fuster, una normativa estatal que regula el uso de los desfibriladores es esencial en España. A juicio de Fuster, debe aprender a utilizar los desfibriladores “la mayor parte de población posible”, si bien los primeros en hacerlo han de ser los médicos y enfermeros.

El director de Cenic subrayó también la importancia de situar estos desfibriladores en lugares públicos de aglomeración como aeropuertos, estadios o centros comerciales, porque, afirmó, el 25% de los fallecimientos por muerte súbita ocurren en sitios con mucha gente”.

■ Donación de asistolia

● **Objetivo:** Recuperar donantes en asistolia, en el medio extrahospitalario, para trasplante.

Contempla aquellas PCR en las que la recuperación hemodinámica del paciente tras las preceptivas maniobras de RCP.

● **Se podrá realizar trasplante si reúne los siguientes criterios de inclusión:**

- **Edad del paciente** entre 7 (ó >25 kg.) y 55 años.
- **Causa de PCR** por patología distinta de agresión.
- **Aspecto externo** no indicativo de adicción a drogas por vía parenteral.



Desfibrilador semiautomático colocado en un centro comercial de Madrid y sus instrucciones de uso.

- **Ausencia de traumatismos** importantes en tórax y abdomen.
- **Paciente sin enfermedades terminales** conocidas.
- **PCR de filiación horaria conocida** y menor a 15 minutos.
- **RCP prolongada mayor de 25 minutos sin éxito.**
- **El tiempo de isquemia caliente** (desde inicio de la PCR hasta la llegada al hospital) no debe ser superior a 90 minutos. ●

Bibliografía recomendada

Discapnet www.cnic.es. 19 de diciembre de 2007.

Manual de procedimientos del Samur – 3ª edición

Fernández Ayuso D, Aparicio Santos J, Pérez Olmo JL, Serrano Moraza A, Manual de enfermería en emergencia prehospitalaria y rescate. Editorial: Arán, 2002

www.galenored.com

Prieto Jemio L, Jefe de la unidad de terapia intensiva de la clínica Urbari.

American Heart Association – 13 de Diciembre del 2005

Ortiz Fernández M, Servicio de urgencias del Hospital Valle de los Pedroches (Córdoba).

Manual del alumno del Técnico en Emergencias Nivel Básico. Sanieco Formación

➤ Lectura

Cuatro hermanas

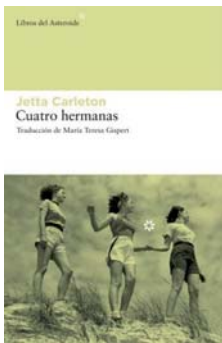
- **Autor:** Jetta Carleton
- **Editorial:** Libros del Asteroide
- **Precio:** 21,95 €

El amor es el hilo conductor de *Cuatro hermanas*, primera y única novela de Jetta Carleton, publicada en 1962 e inspirada en los veranos que la autora pasaba junto a sus hermanas en la casa de sus padres.

Con una exquisita delicadeza, Carleton dibuja a través de las palabras las alegrías, decepciones, amores y desengaños que han marcado el paso del tiempo de la familia de Matthew Soames, maestro de un colegio rural. A principios de los años cincuenta, él y su mujer, Callie, reciben durante el verano la visita de tres de sus cuatro hijas –Jessica, Leonie y la pequeña Mary Jo, narradora de la historia– en su granja situada a las afueras de Renfro, Misuri.

La estancia en el lugar donde se han criado hace aflorar en las hermanas recuerdos que parecen haber dominado su vida. Sin embargo, más allá de lo ocurrido en el pasado, late el profundo amor que los

ha mantenido unidos a lo largo de los años. Con inmejorables críticas –como ocurriera tras su publicación en 1962–, y tras casi dos décadas alejada de las mesas de novedades, esta sorprendente y sabia novela se reeditó a comienzos de año en EEUU. Ahora, esta obra, que durante años ha sido un secreto entre los buenos lectores, llega a España gracias a Libros del Asteroide. ●



➤ Exposición

Fantin-Latour (1836-1904)

- **Lugar:** Museo Thyssen-Bornemisza. Madrid
- **Fecha:** hasta el 10 de enero de 2010
- **Precio:** entrada general, 7 euros, entrada reducida, 4,50 euros
- **Más información:** <http://www.museothyssen.org/thyssen/home>

Con una meticulosa selección de 70 obras, el Museo Thyssen-Bornemisza acerca al público la primera exposición monográfica que se dedica en España a este pintor francés de la segunda mitad del s. XIX. Retratos colectivos –de familiares o amigos–, interiores con figuras y naturalezas muertas de vocación realista se presentan a través de



pinturas, dibujos y grabados que muestran a un autor lleno de matices y profunda sensibilidad.

El recorrido por el trabajo de Fantin-Latour responde a un doble criterio cronológico y temático dividido en 7 capítulos: autorretratos, su presencia en el Louvre (París), flores y frutas, la lectura, retratos, rosas tardías y alegorías musicales y poéticas. Exquisito, sobrio y elegante, su trabajo ha quedado relegado a un segundo lugar dentro de la historia del arte. En parte debido a su negativa a participar en la primera muestra del grupo impresionista, aun cuando su producción pictórica coincidió con el nacimiento y desarrollo de este movimiento y bebió de él. Con esta retrospectiva, el Museo Thyssen quiere reivindicar la figura y la obra de este autor injustamente eclipsado por sus contemporáneos y dotarle

del merecido reconocimiento como uno de los pioneros de la modernidad. ●

➤ Estrenos

Habitualmente, diciembre se viste con la alfombra roja y nos trae a la gran pantalla numerosos estrenos. Desde SAE os proponemos dos opciones para disfrutar estas Navidades del séptimo arte.

La mujer sin piano

- **Director:** Javier Rebollo
- **Reparto:** Carmen Machi, Jan Budar, Pep Ricart, Cruz López-Cortón, Nadia De Santiago, Esperanza De La Vega, Victoria Sáez, Isabelle Stoffel, Tomás Del Estal, Myrian Marine.
- **Género:** Drama/Comedia
- **Nacionalidad:** España/Francia
- **Estreno:** 18 de diciembre de 2009

Carmen Machi es Rosa durante 95 minutos, una ama de casa cualquiera de comienzos del siglo XXI en Madrid. Acompañada de una maleta, unos tacones y un constante pitido en el oído, esta mujer, para la que no hay nada comparable a ver el plato humeante servido con una exquisita puntualidad a la hora de la comida, nos conduce durante 24 horas por su vida doméstica, laboral y sexual; una existencia que gira en torno a su familia y en donde las amistades están ausentes. El negro y absurdo mundo de la noche le cobijará de su rutina. ●



Donde viven los monstruos

- **Director:** Spike Jonze
- **Reparto:** Catherine Keener, Max Records, Mark Ruffalo, Lauren Ambrose, Chris Cooper, James Gandolfini, Catherine O'Hara, Forest Whitaker.
- **Género:** Aventuras/Fantasia
- **Nacionalidad:** USA
- **Estreno:** 18 de diciembre de 2009

Donde viven los monstruos es la adaptación cinematográfica de la obra infantil que Maurice Sendak publicó en 1963. De la mano de Max, el joven y travieso protagonista, nos adentramos en una isla donde nos reciben misteriosas criaturas de emociones tan imprevisibles como sus acciones. El encuentro entre los monstruos y Max se convierte en la simbiosis



perfecta, pues ellos necesitan a alguien que les guíe y Max, incomprendido en casa, anhela un reino en el que reinar. Sin embargo, nuestro protagonista pronto se dará cuenta de que crear un mundo en donde todos sean felices es más complicado de lo que parecía en un principio. Esta historia sobre la niñez y los lugares a los que vamos para descifrar el mundo en el que vivimos es tan recomendable para mayores como para pequeños. ●

Bases del XXI Congreso Nacional de AE/TCE

Los próximos días 2, 3 y 4 de junio, los Auxiliares de Enfermería/Técnicos en Cuidados de Enfermería tienen una cita con el XXI Congreso Nacional de AE/TCE, organizado por la Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería (FAE), en la gaditana ciudad de Jerez de la Frontera. En esta edición, "El AE/TCE en salud mental y psiquiatría" será el eje central de estas tres jornadas de trabajo.

1. Los autores y coautores de comunicaciones y pósters deben poseer la titulación de Auxiliares de Enfermería/TCE.
2. Los pósters y comunicaciones deberán estar elaboradas por un único autor o equipo de coautores. El número de autor/coautores queda limitado a cuatro. Cada autor o coautor podrá participar, como máximo, en dos pósters o comunicaciones.
3. Los trabajos presentados deben ser originales y no publicados con anterioridad, no admitiéndose ninguno que no esté relacionado con el eje central del congreso. **El plazo para la recepción de los trabajos termina el 15 de febrero de 2010.**
4. Junto con los trabajos y el resumen de comunicaciones o de pósters, se debe remitir la hoja de solicitud de participación, la inscripción y justificante de pago, al menos del primer autor.
5. Para la selección de los trabajos científicos, se establece un Comité Científico que puntuará cada uno de ellos teniendo en cuenta la calidad, relevancia y aplicación práctica en el ámbito sanitario. Los miembros del Comité Científico recibirán los trabajos sin identificación alguna sobre el autor y coautor/es ni la procedencia de los mismos (centro de trabajo, comunidad autónoma...).
6. El Comité Científico comunicará **antes del 30 de marzo de 2010** los trabajos seleccionados, los que han quedado en lista de espera y los no seleccionados, junto a las observaciones correspondientes, si procede.
7. El Comité Científico podrá seleccionar por su interés, calidad, etc., una o varias comunicaciones e invitar al autor y coautor/es a convertirla en ponencia del congreso.
8. La Secretaría del Congreso emitirá las acreditaciones correspondientes a los autores y coautores de los trabajos admitidos. La Organización se reservará el derecho de publicar los trabajos aceptados en el Libro de Ponencias y Comunicaciones.
9. En el acto de clausura del congreso se darán a conocer las cinco comunicaciones y los cinco pósters que el comité científico declare finalistas de los premios del congreso.
10. Durante la cena del congreso se otorgarán los premios por orden de calidad a las dos mejores comunicaciones, al mejor póster y diploma al resto de finalistas.

PRESENTACIÓN DE COMUNICACIONES

1. Las comunicaciones irán acompañadas de la hoja de solicitud de participación en el congreso que se encuentra en la página web www.sindicatosae.com/fae.asp.
2. Los trabajos se entregarán por escrito en formato DIN A-4, en Word, tipo de letra Arial 12, a doble espacio con márgenes superior, inferior y laterales, y con una extensión mínima de cuatro páginas y máxima de diez.
3. Junto a la solicitud se presentará un resumen del trabajo en el que deberán constar el título del mismo, objetivos, conclusiones, bibliografía y lo medios audiovisuales que se utilizarían durante la exposición, en caso de haber sido seleccionada por el Comité Científico.
4. El trabajo, el resumen y la solicitud se remitirán a la dirección de correo electrónico congresofae@fundacionfae.org.
5. La recepción de los trabajos se notificará a los autores a través de correo electrónico.
6. Los autores cuyas comunicaciones sean seleccionadas y opten por apoyar su exposición con una presentación de Power Point deberán remitir una copia del documento en la aplicación Power Point (Microsoft Office 2003) a la dirección de correo electrónico: congresofae@fundacionfae.org antes del **15 de mayo de 2010**, indicando si es necesaria la utilización de audio y vídeo durante la exposición.
7. El tiempo máximo destinado a la exposición de las comunicaciones durante el congreso será de 15 minutos. La Organización será muy estricta en el cumplimiento de dichos tiempos, retirando la palabra una vez transcurrido el mismo, independientemente del estado en que se encuentre la exposición.
8. La mañana de la exposición y antes de iniciar la sesión todos los autores de las comunicaciones seleccionadas entregarán al responsable designado por la Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería un CD con la versión definitiva de la comunicación que se va a presentar. Tras la exposición de la comunicación, los CDs quedarán en el archivo de FAE.
9. Las comunicaciones que no cumplan los requisitos establecidos en las presentes bases no serán admitidas.

PRESENTACIÓN DE PÓSTERS

1. Los pósters irán acompañados de la hoja de solicitud de participación en el congreso que se encuentra en la página web www.sindicatosae.com/fae.asp.
2. Junto a la solicitud debe ser presentado un resumen escrito, de un mínimo de dos y un máximo de cinco páginas, en formato DIN A-4, en Word, en tipo de letra Arial 12, a doble espacio, con márgenes superior, inferior y laterales, en el que únicamente debe constar título del póster, objetivo, material y métodos utilizados, resultados, conclusiones y bibliografía.
3. Junto con el resumen y la solicitud, se incluirá un esquema del póster a presentar. Todo el material se remitirá a la dirección de correo electrónico congresofae@fundacionfae.org.
4. Las dimensiones para la presentación de pósters serán de 100x70 cm. Todo póster que no cumpla con esas medidas será inmediatamente descalificado.
5. Si el póster es seleccionado, deberá enviarse una copia del mismo en formato JPG y alta resolución antes del **15 de mayo de 2010** por correo electrónico a congresofae@fundacionfae.org.
6. La colocación de los pósters estará a cargo del autor o coautor/es el día del inicio del congreso, una hora antes de comenzar el mismo, en los paneles destinados por la Organización a tal efecto. La colocación de pósters antes de la fecha indicada supondrá la descalificación del mismo.
7. La retirada de los pósters será igualmente a cargo del autor o coautor/es, una vez clausurado oficialmente el congreso.
8. Los pósters que no cumplan los requisitos establecidos en las presentes bases no serán admitidos o serán descalificados.

XXI CONGRESO NACIONAL DE AUXILIARES DE ENFERMERIA

2, 3 y 4 Junio 2010
JEREZ DE LA FRONTERA

EL AE/TCE EN SALUD MENTAL Y PSIQUIATRIA

FAE
FUNDACIÓN PARA LA FORMACIÓN
Y AVANCE DE LA ENFERMERIA

S.A.E.
SINDICATO DE AUXILIARES DE ENFERMERIA

Atumada