



Número 61 2010

Revista cuatrimestral

Dossier

Tiempo y organización del trabajo

Separata

Vía clínica del carcinoma de colon.
Recomendaciones dietéticas posteriores

Actividad acreditada

La piel. Cuidados y técnicas de higiene

Actualidad

La clave para vivir de manera positiva es no sufrir inutilmente

XIV Certamen Nacional de Investigación

Dirigido a
Auxiliares de Enfermería / Técnicos en Cuidados de Enfermería



- 1 El Premio FAE consta de un primer premio de 600 euros, una inscripción al Congreso Nacional de FAE y una mención especial que incluye una matrícula gratuita a un curso de formación a distancia* de no más de 65 horas (los premios están sujetos a las retenciones legalmente establecidas). Está dirigido a Auxiliares de Enfermería y TCE, tanto a los que desarrollan activamente su labor profesional en cualquiera de los ámbitos de la sanidad, como a los que, encontrándose en posesión de la titulación, no la ejercen en la actualidad.
- 2 Participarán en el concurso todos aquellos trabajos remitidos a la sede de FAE (C/Tomás López, 3 - 1º izda 28009 Madrid), de los que se requieren sean originales, novedosos, inéditos y que estén relacionados con la temática propia de la sanidad o la salud. Deberán ir acompañados en una hoja aparte de los datos personales de todos los autores; nombre, apellido, y DNI, así como también la dirección y el teléfono de al menos uno de ellos. Quedarán fuera de concurso los temas premiados en los años anteriores. (ver en www.sindicatosae.com)
- 3 Se valorarán los aspectos científicos y técnicos de los trabajos, así como su interés social y profesional y la labor investigadora desarrollada en los mismos.
- 4 Los trabajos deberán presentarse en tamaño DIN A-4, no encuadernados, acompañados de soporte informático en Windows, mecanografiados a una cara a doble espacio, en castellano y con margen lateral, superior e inferior, con páginas numeradas. Irán precedidos de un resumen de no más de quince líneas en el que se exponga el planteamiento general del trabajo. La bibliografía debe incluir invariablemente el nombre del autor, título del libro, editorial, fecha y lugar de publicación. Se podrán presentar los trabajos acompañados de soporte documental, fotografías, diapositivas y videos que realcen la presentación de los mismos.
- 5 El premio tendrá periodicidad anual y ámbito nacional. La fecha límite de presentación de trabajos será el 31 de Marzo de 2010.
- 6 El tribunal estará compuesto por cinco miembros: dos destacados profesionales del mundo sanitario, dos miembros de FAE y un representante nombrado por el patrocinador.
- 7 El premio se entregará el 12 de mayo, Día Internacional de la Enfermería, siendo inapelable la decisión del tribunal, que puede declarar desierto el premio. Su adjudicación se comunicará directamente a los interesados, haciéndose público a través de los medios de comunicación que FAE considere oportunos.
- 8 Los trabajos remitidos no serán devueltos y pasarán a ser propiedad de FAE, que se reserva el derecho de su inserción en las publicaciones que estime convenientes, respetando la autoría de los mismos.
- 9 No podrán optar al premio FAE los miembros del Patronato y del Comité Científico de NOSOCOMIO.
- 10 La participación en el premio supone la aceptación de las presentes bases.

Editorial

En la ecuación coste-beneficio de los sistemas sanitarios, a veces, el resultado es desfavorable para el paciente que se ve obligado a sufragar parte del coste, si no el económico, sí el emocional, que no se cuantifica pero "cuesta" mucho. Si hay algo difícil de medir es el dolor que ocasiona una enfermedad y el dispendio que supone en todos los ámbitos: las horas laborales que se pierden hasta que se consigue un diagnóstico, amén del propio gasto económico de cada uno de los actos médicos necesarios para llegar a un dictamen definitivo, la angustia en cada una de estas visitas y, por supuesto, el desgaste emocional que supone enfrentarse a un diagnóstico de cáncer....

Los ginecólogos reconocen haber hecho realidad un sueño al encontrar una vacuna para uno de los cánceres más agresivos para la mujer, que provoca una muerte en el mundo cada 18 minutos: el cáncer de cérvix o de cuello de útero. La vacuna del Virus del Papiloma Humano es el único tratamiento que existe para prevenirlo, es segura y consigue reducir en un 80% este tipo de carcinoma.

Sin embargo, la vacuna está incluida en los calendarios vacunales de las comunidades autónomas únicamente para las adolescentes, dado que el momento de mayor eficacia es antes del inicio de las relaciones sexuales. La seguridad de la vacuna está avalada y contrastada por las autoridades sanitarias y sociedades científicas así que nuevamente el sistema sanitario plantea la ecuación de los recursos económicos y parece no tener en cuenta determinadas variables ¿es mucho mayor el coste de vacunar a un sector mayor de la población que el que ocasionan los tratamientos por cáncer, o la pérdida de horas laborales en la población en edad activa cuando se manifiestan las lesiones?

Si la vacuna, junto a la realización de citologías, reduce en un 94% el número de cánceres, la necesidad de efectuar una colposcopia en un 26% y un 70% las biopsias ¿no se han analizado estos datos como parte de la ecuación para plantearse aumentar el tramo de edad de la financiación de la vacuna?

Como es habitual, es el problema económico el que limita la aplicación de la vacuna y hace que no esté llegando a un mayor número de mujeres y éstas se vean obligadas a sufragar el coste de su seguridad.

En cualquier caso, y hasta que se haga extensible a un mayor sector de la población, las mujeres deben hacer su propio planteamiento: tres pinchazos en seis meses y por un desembolso que no llega a los 500 euros es el mejor regalo que una mujer se puede hacer a sí misma o a sus hijas, que ya no son adolescentes, y a sus futuras parejas, porque es el seguro de vida más rentable. ¿Cuesta 500 euros enfrentarse al miedo de un diagnóstico de cáncer? •

VII Certamen de Literatura Infantil
Viaje a la ciudad de las nubes
El nacimiento



2
2

Noticias del Mundo Médico
Doble estrategia para luchar contra el cáncer de cérvix

5

Separata
Vía clínica del carcinoma de colon. Recomendaciones dietéticas posteriores

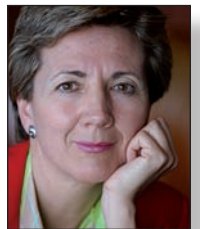


6-9

Actividad Acreditada
La piel. Cuidados y técnicas de higiene



Actualidad
La clave para vivir de manera positiva es no sufrir inutilmente



Dossier
Tiempo y organización del trabajo

Protocolo
27

Certamen FAE
Soporte vital básico (SVB) 28-37



Ocio
38



CONSEJO EDITORIAL DE NOSOCOMIO
DIRECTORA: Dolores Martínez Márquez
REDACCIÓN: Montse García, Cristina Botello
COMITÉ CIENTÍFICO: José Ángel Peña, M^o del Carmen Gómez Satué, 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 2010 Elsevier España, S.L.

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

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

DEPÓSITO LEGAL: B-11331-2009
ISSN: 1136-8985

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

■ *Iñaki Irujo Ganuza (Navarra) y María Ginés Torres (Ciudad Real)*

Un año más, el Sindicato de Auxiliares de Enfermería ha entregado los premios del Certamen de Literatura Infantil. En esta ocasión, los trabajos galardonados han sido el poema *El nacimiento*, de María Ginés Torres, de 10 años, y el relato *Viaje a la ciudad de las nubes*, de Iñaki Irujo Ganuza, de 11 años, en la categoría que comprende a los autores de entre 8 y 12 años. En el próximo número de *Nosocomio* se publicarán los trabajos en la categoría de 12 a 16 años. Desde SAE queremos agradecer la participación de todos los niños y felicitarles por su creatividad.

Viaje a la ciudad de las nubes

Una tarde de verano del 2008, Wendy contemplaba las nubes imaginándose todo tipo de historias que podían ocultar. Estaba tan sumergida en sus pensamientos que no se percató de la presencia de Orestes, un chico locamente enamorado de ella. Y, en esto, le preguntó:
– ¿Qué es lo que tanto te apasiona del cielo, Wendy?
– Las nubes. Son tan misteriosas. No comprendo cómo nunca nadie ha decidido hacer un viaje hacia ellas.

Esas fueron las palabras clave, las palabras que ayudarían a Orestes, un joven inventor cuyo trabajo se basaba en repartir pizzas, a conseguir el amor de Wendy y así poderse ir de aquel pequeño pueblo, perdido en las montañas, llamado Largón. En cuanto se le ocurrió la idea, salió corriendo de aquel prado de flores hacia su casa, donde le esperaba su fiel mascota; con la capacidad de hablar lo que piensa, Ralón, su loro, dijo:

– ¿Qué, te has atrevido ya a pedirle para salir? –le preguntó Ralón a Orestes en cuanto entró en su casa.

– No. Pero se me ha ocurrido una idea para ganarme su amor. Se trata de construir una máquina voladora en la que poder montar los dos y así ir a investigar las nubes. A la vuelta le confesaré todo lo que siento por ella.

– Vale, como quieras. Supongo que querrás mi ayuda, ¿no?

Y a las dos semanas estaba terminado. Le mandaron una invitación a Wendy y aceptó sin miramientos. Por fin llegó el día:

– Estoy un poco nerviosa Orestes. ¿Qué pasará si no encontramos nada?

– Tranquila, yo me encargaré de que sea un viaje bonito, al igual que un crucero.

Y dicho esto encendió la máquina y se alzaron en el aire. Al poco tiempo divisaron una ciudad en las nubes y pusieron rumbo hacia ella. Aterrizaron sin problemas y al igual que la Atlántida, su civilización era adelantada a la de la tierra.

– Perdona, ¿podría indicarme dónde estamos? –preguntó a un señor que pasaba por allí.

– Estáis en la ciudad perdida: Aerópolis.

Estuvieron descubriéndola dos días y decidieron casarse e ir a vivir allí.

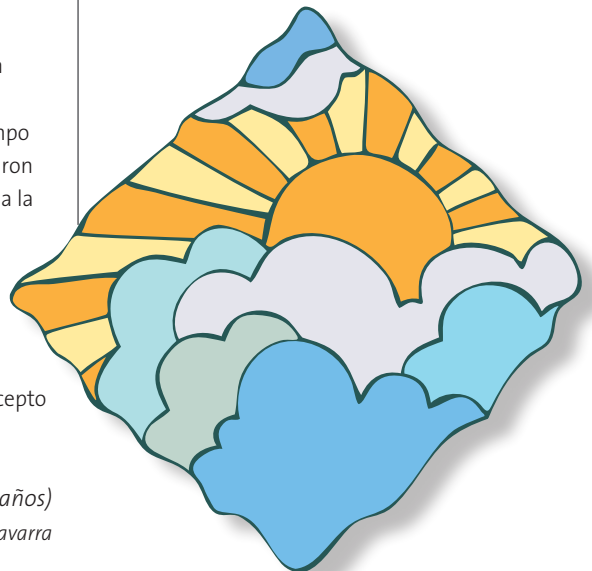
Y así lo hicieron, se despidieron de sus amigos y se fueron. Bueno, excepto de Ralón, que se fue a vivir con ellos. ●

*Iñaki Irujo Ganuza (11 años)
Navarra*

El nacimiento

El sol brillaba tras la montaña,
los pájaros cantaban sabiendo dónde estaba,
¿dónde estaba nuestro Dios
que nos dio todo su amor?
Estaba en el pesebre
sonriendo a la gente,
y aunque no tenía ropa
su sonrisa era preciosa.
El buey y la mula,
lo miraban con ternura.
Que niño tan bonito,
pues es muy pequeñito.
Los Reyes Magos vinieron
con mirra, oro e incienso.
Recorrieron un largo camino,
pero con un gran destino.
En camellos grandes y fuertes,
repartieron regalos a la gente.
Todos estaban felices y contentos,
y pasó a la historia este momento. ●

*María Ginés Torres (10 años)
Ciudad Real*



Doble estrategia para **luchar** contra el **cáncer** de cérvix

Prevención y vacunación son nuestros dos aliados a la hora de luchar contra el cáncer de cérvix, una enfermedad que mata a dos mujeres cada día en España.

En España, cada año se diagnostican 2.100 nuevos casos de cáncer de cérvix, o cuello de útero, y 740 mujeres fallecen por esta causa (dos cada día). Cerca de medio millón presentan lesiones de bajo riesgo que no necesariamente desembocarán en un cáncer, pero que supondrán una media de nueve visitas médicas al año para determinar su condición de lesiones. La solución para reducir todas estas cifras es, como casi siempre cuando hablamos de salud, la prevención, y en este caso la prevención cuenta entre sus aliados con la existencia de una vacuna adecuada y la necesidad de realizarse citologías de forma regular.

El cáncer de cuello de útero se debe al crecimiento incontrolado de las células que componen el cuello del útero y está causado por el Virus del Papiloma Humano (VPH). Este virus se transmite fácilmente por contacto sexual o también por contacto de la piel -a nivel de la zona genital- por lo tanto cualquier mujer sexualmente activa tiene riesgo de infectarse, de hecho, hasta un 80% han estado expuestas a la infección por el VPH en algún momento de su vida.

Además del virus, existen cofactores que favorecen la aparición del cáncer de cérvix como es el inicio precoz de las relaciones sexuales, mantener relaciones con varias parejas o tener las defensas bajas.

El VPH se puede contraer sin que sea necesario mantener relaciones sexuales completas y por ello los preservativos no protegen totalmente. Hay 100 tipos de VPH que infectan al ser humano, aunque de estos sólo 15 se consideran oncogénicos (los más frecuentes son el 16 y el 18 que causan el 70% de los cánceres del cuello de útero en el mundo).

Aunque la mayoría de estas infecciones desaparecen por sí solas, una infección persistente por un tipo oncogénico del VPH puede causar el desarrollo de cambios celulares anormales y precancerosos en el cuello del útero, que con el tiempo pueden convertirse en cáncer.

La mayor prevalencia se da en mujeres de entre 40 y 45 años y se ha convertido en el que más muertes causa, tras el cáncer de mama. Otro mito que hay que erradicar es el de que sólo afecta a mujeres promiscuas y que, además presenta síntomas claros. Pues ni lo uno ni lo otro: es un cáncer asintomático y el 80% de las mujeres están expuestas al virus que lo origina.

Citologías y vacunas

La vacunación contra el virus del papiloma humano y la citología disminuyen en un 94% el riesgo de desarrollar este tipo de cáncer en comparación con la no intervención.

Durante la IV Semana Europea de Prevención del Cáncer de Cérvix, los doctores Juan Carlos Martínez Escoriza, presidente de la Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia y María Castro, ginecóloga del Hospital Puerta de Hierro-Majadahonda de Madrid y unas de las principales investigadora en el Estudio Patricia, recordaron la necesidad de que la vacunación se integre como parte de las estrategias de prevención ya existentes.

Las citologías pueden prevenir hasta un 80% de los casos de cáncer de útero ya que permiten detectar de forma precoz alteraciones en el cuello del útero que pueden ser lesiones precursoras de este tipo de cáncer. Detectada una lesión, la mujer debe someterse a un mínimo de ocho o nueve actos médicos para

diagnosticarla y tratarla definitivamente con lo que ello supone no sólo en el alto coste económico sino emocional para la mujer, pérdida de horas laborales, repercusiones en su vida familiar...

La doctora María Castro no pudo ser más contundente al definir la vacuna del Virus del Papiloma Humano como “un sueño hecho realidad para los ginecólogos. Nos encantaría tener una vacuna para cada cáncer”.

La vacuna está recomendada para las mujeres entre 15 y 25 años, con el fin de garantizar la máxima protección antes del inicio de las relaciones sexuales. Es completamente segura, y está avalada por la comunidad científica y las autoridades sanitarias. Está incluida en el calendario vacunal de todas las comunidades autónomas para las adolescentes, pero los expertos aseguran que el coste económico que supone para la mujer adquirir la vacuna no es comparable con el coste emocional que supone enfrentarse a un diagnóstico de cáncer o una lesión precancerosa. ●



► El estudio Patricia

Papiloma Trial Cervical In Young Adults fue publicado en The Lancet en junio de 2007. Incluyó a 18.664 mujeres de 15 a 25 años entre las que había algunas que nunca habían tenido una infección por VPH, pero también otras que, en el pasado o en el momento en que se realizó el estudio, tenían una infección causada por este virus. Participaron en el mismo un equipo multidisciplinar de tres hospitales de Madrid (Hospital Clínico San Carlos, Hospital de Móstoles y Hospital Santa Cristina) y tres centros barceloneses (Hospital Clínic, Institut Català d'Oncologia y Hospital Vall d'Hebron).

Vía clínica del **carcinoma** de **colon**. Recomendaciones dietéticas posteriores

Aunque aún se desconocen las causas exactas del origen del cáncer de colon, algunas investigaciones han mostrado la estrecha relación que existe entre una dieta deficiente y el aumento de riesgo a desarrollarlo. En este trabajo, ofrecemos unas pautas de alimentación para prevenirlo a la vez que os acercamos la trayectoria clínica de un paciente intervenido de carcinoma de colon y las posteriores recomendaciones dietéticas.

Qué es el cáncer de colon

El cáncer de colon es una alteración en el crecimiento del tejido normal del órgano, que a veces se desarrolla a partir de pólipos que crecen en el interior de las paredes del colon o del recto. Nadie sabe qué lo causa, ni por qué en algunas personas se desarrolla y en otras no, aunque los factores

genéticos cumplen un rol importante. Algunos pólipos pueden llegar a alcanzar un gran tamaño antes de desarrollar el cáncer; esta transformación es un proceso lento, que puede tardar de cinco a diez años en manifestarse.

Cómo se manifiesta

Generalmente comienza con la penetración de la pared del colon, y luego se expande a otros órganos, frecuentemente a los ganglios linfáticos e hígado. Pero si el pólipo se detecta y se remueve antes de que se transforme en cáncer el rango de curación aumenta radicalmente. De este modo puede ser prevenido.

■ Quién tiene mayor riesgo de padecerlo

Aquellas personas que han tenido pólipos en el recto, las que tienen colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn, las que poseen antecedentes de cáncer de mama o útero, y las que han tenido algún familiar con cáncer de colon o con pólipos cancerígenos.

Objetivos

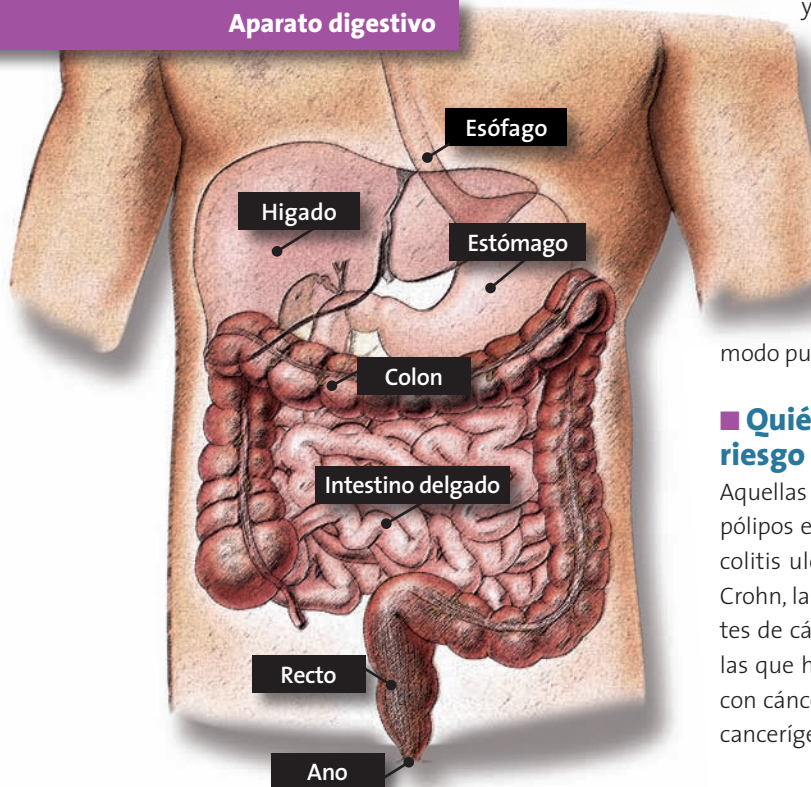
Dar a conocer la trayectoria clínica del paciente que ingresa para una intervención de carcinoma de colon y las posteriores recomendaciones dietéticas.

Cómo influye la alimentación en la aparición del cáncer colorrectal

Se cree que una dieta rica en grasas y carnes, asociada a un bajo consumo de hortalizas y frutas y una vida sedentaria, tendría una mayor influencia en el riesgo de padecer cáncer de colon. Por el contrario, consumir vegetales con alto contenido en B carotenos se asocia con un riesgo reducido de cáncer.

El sobrepeso, los bajos niveles de actividad física, la edad (a medida que aumenta hay mayores riesgos), la aparición de pólipos (pequeños tumores que sobresalen de una mucosa superficial), el cáncer colorrectal hereditario y los antecedentes personales de enfermedades inflamatorias intestinales también juegan un papel importante en el origen de la enfermedad.

Aparato digestivo



El hecho que la mayoría de los cánceres de colon se atribuyan a factores ambientales, significa que es una enfermedad previsible. La dieta es el factor más importante. De hecho, el exceso de grasas y de carnes rojas es el que más influye en la predisposición al cáncer.

Recomendaciones dietéticas

- **Tomar, sobre todo, dietas ricas en verduras**, frutas variadas, legumbres y féculas.
- **Evitar el sobrepeso** y la obesidad.

- **Mantener una actividad física moderada.**

- **Comer entre 400 y 800 g por día de frutas** o verduras variadas.

- **Comer entre 600 y 800 g diariamente de legumbres**, cereales, tubérculos y otros alimentos de origen vegetal.

- **Consumir fibras, calcio y vitamina D**, que disminuyen el riesgo de aparición de cáncer de colon.

- **Evitar el consumo de alcohol.** En el caso de que se consuma, debe limitarse a dos copas o menos por día en los hombres, y a una copa o menos por día en las mujeres.

- **Limitar el consumo de carne roja** (ternera, cerdo, cordero) a menos de 80 g diarios.

- **Es preferible comer pescado**, pollo u otro tipo de carnes.

- **Limitar el consumo de grasa de origen animal** y de los alimentos grasientos en general.

- **Limitar el consumo de alimentos conservados en sal.** Evitar comidas que se hayan podido estropear por estar mal conservadas.

- **Evitar alimentos chamuscados.** Comer sólo ocasionalmente carne hecha en la barbacoa, así como alimentos curados o ahumados.



VÍA CLÍNICA			
Lugar	Día 1: Ingreso PLANTA DE CIRUGÍA (10 HORAS)	Día 2: Intervención PLANTA DE CIRUGÍA QUIRÓFANO/ REA PLANTA	Día 3: 1º día postoperatorio PLANTA DE CIRUGÍA
PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA	Acogida Valoración de enfermería y plan de cuidados Recoger consentimiento informado Vía periférica (calibre 18-16) Ubicación de ostomía (si procede por estomaterapeuta) Rasurado de abdomen (noche) Rasurado de periné (si Neo de sigma)	PLANTA: Preparación quirófano + sondaje uretral QUIRÓFANO: Cuidados de enfermería quirúrgica/despertar PLANTA: Higiene clorhexidina Cuidados de enfermería Recepción. Control postquirúrgico	PLANTA: Cuidados de enfermería Revisión y cuidados de la herida quirúrgica Cuidados colostomía
PROCEDIMIENTOS MÉDICOS	Verificación, estudio y medicación previa Diabéticos: glucemia digital c/6 horas		Visita médica Diabéticos: glucemia digital c/6 horas
CONTROLES	Peso y talla Constantes vitales (TA, pulso, Tª)	Constantes (TA, pulso, Tª) por turno Control diuresis, drenajes por turno	Constantes (TA, pulso, Tª) cada 12 horas Control diuresis, drenajes cada 12 horas
ACTIVIDAD	Ad libitum	Reposo en cama	Sentar en sillón Movilización activa de extremidades Aseo personal en cama
DIETA	Líquida. Ayunas desde las 24 horas	Dieta absoluta	Dieta absoluta
COMUNICACIÓN	Aclarar dudas respecto a intervención y horarios	Información a los familiares	Información a los familiares y paciente Educación autocuidados
CRITERIOS DE ALTA		Paso a Rea o Planta durante la tarde Criterio: No sangrado, estable hemodinámicamente y respiración espontánea	Alta de Rea: no sangrado, estable hemodinámicamente y respiración espontánea
FOLLETOS	Normas de hospitalización		
PRUEBAS	Cruzar sangre Si procede: urgente preoperatorio	Si procede: hemograma, iones Diabéticos: glucemia	Hemograma, iones, gasometría, urea, creatinina

VIA CLÍNICA		
LUGAR	DÍA 4 – 5 PLANTA DE CIRUGÍA 2º - 3º día postoperatorio PLANTA:	DÍA 6 PLANTA DE CIRUGÍA 4º día postoperatorio PLANTA:
PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA	Cuidados de enfermería Revisión y cuidados de herida quirúrgica Cuidados colostomía	Cuidados de enfermería Revisión y cuidados de herida quirúrgica Cuidados colostomía
PROCEDIMIENTOS MÉDICOS	Visita médica Verificar tránsito intestinal Valorar retirada de drenaje Valorar retirada sonda uretral y SNG	Visita médica Verificar tránsito intestinal Retirar drenaje si no se ha retirado
CONTROLES	Constantes (TA, pulso, Tª) cada 12 horas Control diuresis, drenajes cada 24 horas	Constantes (TA, pulso, Tª) cada 12 horas Control diuresis, drenajes cada 24 horas
ACTIVIDAD	Iniciar deambulaci3n Aseo personal con ayuda	Ad libitum
DIETA	Dieta absoluta	Iniciar tolerancia oral a líquidos
COMUNICACI3N	Informaci3n a familiares paciente Educaci3n autocuidados	Informaci3n a familiares paciente Educaci3n autocuidados
CRITERIOS DE ALTA	Criterios para retirar SNG: Aspiraci3n escasa. Ausencia de v3mitos	Criterios de tolerancia a líquidos: Ausencia de v3mitos, peristaltismo positivo
FOLLETOS		
PRUEBAS	Si analítica alterada Diabéticos: glucemia digital c/6 horas	Analítica diferida: Hemograma, iones, urea, creatinina y glucemia. Diabéticos: glucemia digital antes de las comidas

VIA CLÍNICA		
LUGAR	DÍA 7- 8 PLANTA DE CIRUGÍA 5º - 6º día postoperatorio	DÍA 9 PLANTA DE CIRUGÍA 7º día postoperatorio
PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA	PLANTA: Cuidados de enfermería Revisión y cuidados de herida quirúrgica Cuidados colostomía	PLANTA: Cuidados de enfermería Revisión y cuidados de herida quirúrgica Cuidados colostomía Retirar branula
PROCEDIMIENTOS MÉDICOS	Visita médica	Visita médica
CONTROLES	Constantes (TA, pulso, Tª) cada 12 horas Control diuresis, drenajes cada 24 horas	
ACTIVIDAD	Ad libitum	Ad libitum
DIETA	Dieta semiblanda	Progresi3n de dieta
COMUNICACI3N	Informaci3n a familiares paciente Educaci3n autocuidados	Informaci3n a familiares paciente Educaci3n autocuidados
CRITERIOS DE ALTA		Tolerancia oral, tránsito intestinal, no fiebre, no infecci3n, dolor controlado Si infecci3n de herida valorar hospitalizaci3n domiciliaria
FOLLETOS		Informe de Alta Citaci3n para seguimiento en Onco y Cirugía Recetas oficiales de medicaci3n y bolsa de ostomía
PRUEBAS	Diabéticos: glucemia digital antes de las comidas	

DIETA DE PROGRESIÓN			
ALIMENTOS	1ª ETAPA	2ª ETAPA	3ª ETAPA
LÁCTEOS	Leche, yogur, quesos frescos		Quesos blandos, curados
CARNES	Pollo, pavo	Ternera picada, cordero, conejo	Todas las carnes
PESCADOS	Blancos	Azules	Mariscos
HUEVOS	Tortilla, duros y hervidos		Huevos fritos (consumo esporádico)
CHARCUTERÍA	Jamón York, fiambre de pavo	Jamón del país	Todos los embutidos no grasos
FARINÁCEOS	Arroz, pasta italiana, sémolas, harinas, patata Galletas tipo maría Cereales de desayuno	Legumbres trituradas y pasadas por el colador chino	Legumbres con piel Cereales integrales
PAN	Fresco, tostado, biscote, brioche	Pan blanco	Integral
VERDURAS	Zanahoria, calabaza, pulpa de calabacín, caldos vegetales	Judías verdes, hojas de acelgas y espinacas, corazón de alcachofa, puntas de espárragos, pulpa de berenjena, pulpa de tomate sin piel ni pepitas	Todas las verduras crudas o cocidas
FRUTAS	Manzana o pera (cocidas) Membrillo, plátano muy maduro, melocotón o pera en almíbar Zumos de fruta colados	Manzana, peras o melocotón (maduros y sin piel) Zumo de naranja colado	Todas las demás
MATERIA GRASA	Aceite, mantequilla y margarina Crema de leche, nata		
AZÚCARES Y DULCES	Azúcar, miel, jalea, mermelada Galletas tipo maría, brioche, coca, melindros, magdalenas		Pastelería y bollería (consumo esporádico)
BEBIBAS	Agua sin gas Caldos colados Infusiones Zumos de fruta colados	Café y té suaves	
CONDIMENTOS	Sal, orégano, tomillo, albahaca, laurel Vainilla y canela		Todas las demás
COCCIONES	Vapor, hervido, horno, plancha, microondas, fritos y guisos caseros		

Conclusión

A pesar de los intensos esfuerzos de investigación que se realizan en el mundo, aún se desconocen las causas exactas del origen del cáncer.

No obstante, algunas investigaciones y experimentos han establecido la relación entre una dieta deficiente y el aumento de riesgo

de padecer cáncer de colon, y han explicado la forma en que éste puede disminuirse.

Estas observaciones son de gran interés para desarrollar recomendaciones dietéticas para la prevención general del cáncer. Teniendo en cuenta que lo que comemos durante nuestra vida, influye de manera importante so-

bre la posibilidad de desarrollar ciertas variedades de esta enfermedad. ●

Bibliografía recomendada

<http://www.cancer.org>
Servicio de Cirugía Hospital de Sant Celoni, Barcelona
<http://www.farmaceuticonline.com>
Dietista Hospital Sant Celoni, Barcelona





La piel. Cuidados y técnicas de higiene

La piel es la parte del cuerpo humano que está más expuesta a los elementos. Dedicamos esta actividad acreditada a estudiar la parte más superficial de nuestro cuerpo y las técnicas de higiene que nos ayudarán a mantener piel, uñas y cabellos siempre sanos.

SUMARIO:

Epidermis

Dermis

Hipodermis

Las uñas

Piel gruesa

Piel fina

Fases de reparación de la piel

Higiene y aseo del paciente

Necesidades de higiene del recién nacido

La piel está formada por tres capas superpuestas, que de la superficie a la profundidad son:

1. Epidermis.
2. Dermis.
3. Hipodermis.

Epidermis

Formada por epitelio pavimentoso estratificado, queratinizado, está compuesta de tres tipos de células: ■ **Queratocitos.** Son las células más numerosas, sufriendo una permanente evolución morfológica, desde la profundidad hacia la superficie, por la que se pueden diferenciar cuatro capas superpuestas:

- **Estrato germinativo o basal.** Localizado sobre la membrana basal que separa la epidermis de

la dermis. Forman una fila única de células cúbicas o prismáticas.

- **Estrato espinoso o filamento-so.** Se dispone en diversas filas de células poliédricas.

- **Estrato granuloso.** Formado por 3 a 5 capas celulares, con células aplanadas.

- **Estrato córneo.** La capa más extensa de la epidermis. Está formada por el apilamiento de células sin núcleo. Su desecación progresiva determina su eliminación en superficie constituyendo la descamación. En la parte más profunda de este estrato puede existir una banda fina y clara llamada estrato lúcido, con una característica específica, estas bandas son más numerosas en palmas de las manos y plantas de los pies.

- **Melanocitos.** Están situados entre los queratocitos del estrato germinativo. Su citoplasma contiene un enzima específico (DOPA-oxidasa), que sirve para elaborar la melanina. La melanina se deposita en forma de melanosomas.

La pigmentación de la epidermis se produce por transferencia de la melanina a las células epiteliales.

Pigmentación cutánea

La intensidad de la pigmentación cutánea está en función de la cantidad de melanina que contiene la piel.

La melanina se sintetiza en el melanocito, y se transporta a los queratocitos, eliminándose en la descamación de éstos.

Los factores que intervienen en la regulación de la secreción melánica son:

1. Factores genéticos.
2. Factores ligados al medio ambiente, como la exposición a los rayos ultravioleta.

3. Factores hormonales, destacando la secreción por la adenohipófisis de MSH y de ACTH (en la insuficiencia suprarrenal crónica hay hiperpigmentación cutánea por el aumento de MSH y de ACTH, por la falta de la función inhibidora de las hormonas corticosteroides).

- **Células de Langerhans.** Se localizan en el estrato espinoso. Se desconoce su función, aunque se cree que son una variedad de macrófagos, que intervienen en los procesos inmunológicos.

En la epidermis se encuentran las terminaciones nerviosas sensitivas, que pueden ser de dos tipos:

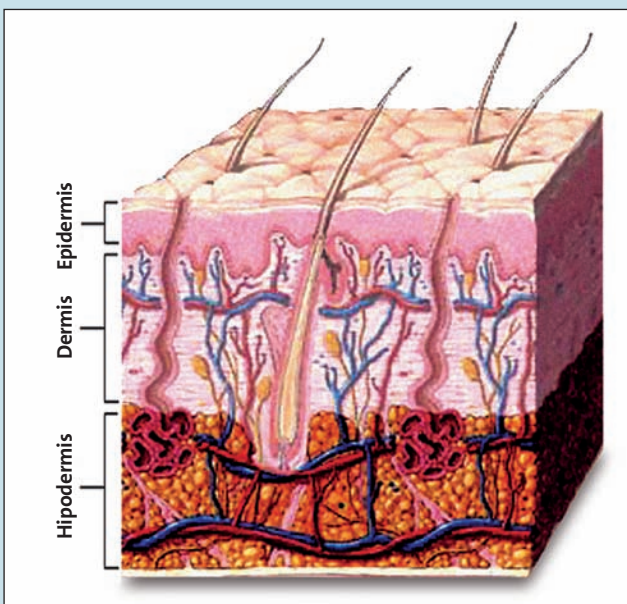
- **Terminaciones nerviosas libres intraepidérmicas**

Son abundantes. La fibra nerviosa se abre en el estrato córneo.

- **Complejos de Merkel**

En el estrato germinativo, son una terminación nerviosa en forma de disco.

Ambos tipos de terminaciones nerviosas se cree que intervienen en la percepción de las sensaciones táctiles. La epidermis no contiene vasos sanguíneos ni linfáticos.





Dermis

Capa conjuntiva de espesor variable, según las regiones de la piel. Mide de 1 a 2 mm de espesor. Está separada de la epidermis por una membrana basal. Está formada por dos capas:

■ **Capa papilar.** Es la más superficial y forma las papilas dérmicas, intercaladas entre las crestas epidérmicas.

■ **Capa reticular.** Es la más profunda. Además, en la epidermis se encuentran:

- Abundantes vasos sanguíneos y linfáticos.
- Nervios y terminaciones nerviosas libres y encapsuladas (corpúsculos de Meissner, de Pacini, etc.).
- Células musculares lisas en la capa reticular de ciertas regiones (areolas, pene, escroto, periné) y en los músculos erectores de los pelos.
- Fibras musculares estriadas que terminan en la dermis de ciertas regiones (cara).
- Anexos cutáneos que proceden de la epidermis y que penetran en la dermis (folículo piloso, glándulas sebáceas, glándulas sudoríparas).

Hipodermis

Tejido conjuntivo, con más o menos tejido adiposo, según las regiones de la piel y condiciones de nutrición.

Puede estar sujeta a fascias, aponeurosis o periostio subyacente.

Anexos cutáneos

Glándulas sudoríparas. Hay dos tipos:

■ **Glándulas sudoríparas ecrinas.** Están repartidas por toda la piel, excepto labios, glande, superficie interna del prepucio, del clítoris y de los labios menores.

Se encuentran en mayor número en palmas de manos y plantas

de pies. Sólo existen en los mamíferos, sobre todo en los primates, y quien más posee es el hombre.

Están formadas por un tubo único, muy contorneado, situado en la región profunda de la dermis o hipodermis, y un canal excretor que llega a la superficie de la epidermis. Su orificio de salida se llama poro sudoral. Segrega el sudor.

■ **Glándulas sudoríparas apocrinas.** Se limitan a ciertas regiones del cuerpo (axilas, pubis, conducto auditivo externo, párpados, proximidades del ano, areola, pezón, labios menores, prepucio, escroto). Su situación es más profunda, a veces en hipodermis, y su tamaño es más voluminoso.

Su desembocadura se produce en la vaina de un pelo, más abajo de la desembocadura de la glándula sebácea.

Su producto de secreción es más espeso, oloroso, rico en lípidos y en pigmentos.

Su funcionamiento está ligado a las etapas de la vida genital.

■ Fisiología de la sudoración

La sudoración desempeña un papel fundamental en la termorregulación, permitiendo asegurar la homeotermia indispensable para el metabolismo, pese a las variaciones del medio ambiente.

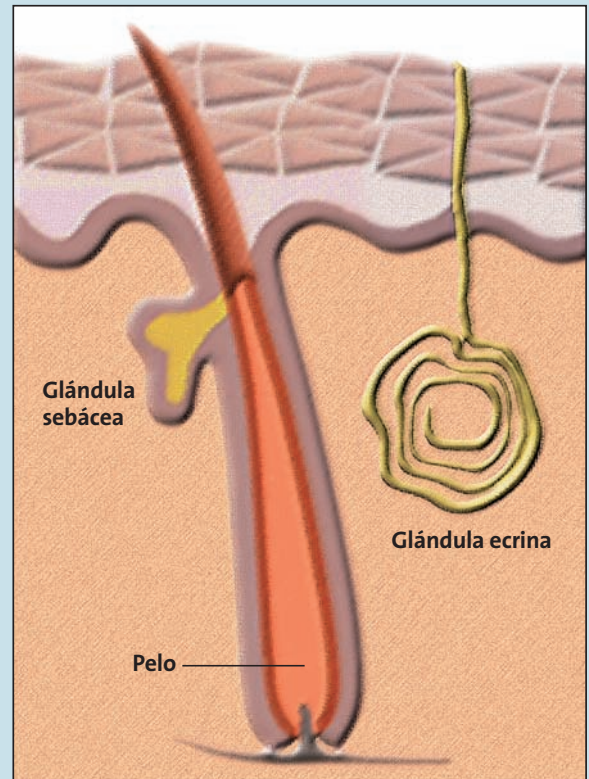
Su función se asegura por las glándulas ecrinas.

■ **Sudor.** Solución salina hipotónica (99% de agua), siendo su composición muy variada.

Sus componentes principales son ClNa, lactatos, urea y amoniaco. Su pH es ácido (4,5- 5,5).

■ Tipos de sudoración

• **Sudoración en reposo.** Su finalidad es mantener un perfecto equilibrio en la composición de la película hidro-lipídica de la superficie y asegurar la hidratación de la capa córnea, indispensable para mantener su flexibilidad.



Por su pH ácido, contenido en lactatos y piruvatos, tiene una función antimicrobiana y antifúngica.

• **Sudoración térmica.** Contribuye a la termorregulación corporal, produciéndose tanto por elevación térmica externa como interna (trabajo muscular).

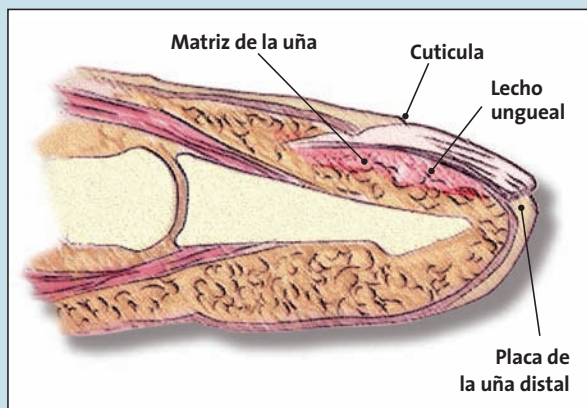
El centro básico de su control se encuentra en el hipotálamo, que provoca una sudoración sistemática y adaptada.

Frente a una estimulación localizada, los centros medulares producen una respuesta autónoma, con sudoración en la zona excitada.

Del total de sudoración, el tronco controla el 50%, los miembros inferiores el 25%, y los miembros superiores y cabeza, el resto.

La intensidad relativa de la sudoración es máxima en la frente, espalda y porción media y anterior del tórax, y mínima en extremidades.

En momentos de estimulación extrema, la pérdida acuosa puede



llegar a 2 litros por hora (cada litro corresponde aproximadamente a 540 calorías).

• **Sudoración psíquica.** Se produce tras el estrés emocional, siendo de origen central. Desaparece rápidamente, localizándose en palmas de manos y plantas de pies, frente, axilas, región inguinal y poplíteo.

• **Sudoración gustativa.** Por alimentos especializados, con sudoración del rostro, extendiéndose a veces a cuello y a parte superior del tronco.

Se acompaña de salivación, lagrimeo, secreción nasal y enrojecimiento de cara y cuello.

■ Folículos polisebáceos

Cada folículo sebáceo está formado por:

- El pelo y sus vainas
- La glándula sebácea
- El músculo erector del pelo

■ **El pelo.** Formación queratinizada que se implanta en la unión dermo-hipodérmica. Los pelos están distribuidos por toda la superficie de la piel, a excepción de ciertas regiones (palmas de las manos, plantas de los pies, caras laterales de los dedos, labios, glande, prepucio, clítoris, labios menores y cara interna de labios mayores).

Cada pelo proviene de una invaginación tubular de la epidermis

que se hunde en la dermis, que se denomina **vaina epitelial externa**.

En su parte profunda, esta vaina se abulta formando una masa de células matrices que rodean la papila, que está muy vascularizada.

La proliferación de las células matrices da lugar a células epiteliales que se queratinizan y cuya progresión va produciendo el pelo.

Entre el pelo y la vaina epitelial externa se encuentra la vaina epitelial interna.

El pelo está formado por una parte central o médula y una parte externa o córtex.

El color del pelo depende de la cantidad y calidad de la melanina presente en el córtex, que se sintetiza en los melanocitos y se transfiere a las células en vías de queratinización.

Al conjunto del pelo, vaina epitelial externa y vaina epitelial interna, se le denomina folículo piloso.

■ **Glándula sebácea.** Es una glándula exocrina, de tipo holocrino (las células secretoras se desintegran y forman parte de la secreción). La mayoría de las glándulas sebáceas son anexas a los pelos, aunque hay regiones en que se encuentran glándulas sebáceas no anexas a pelos (labios, glande, cara interna del prepucio, areola, labios menores). En los párpados, las glándulas de Meibomius son una variedad de glándulas sebáceas.

Función de la secreción sebácea

La secreción sebácea, aunque de forma discutida, podría intervenir en diversas funciones:

- Reforzando la permeabilidad de la piel.
- Impidiendo la pérdida de agua por evaporación.
- Formando con el sudor una emulsión susceptible de regula-

rizar y de mantener el nivel de humedad en la capa córnea.

• Desempeñando una función antifúngica y antibacteriana.

El sebo es una mezcla compleja de lípidos cuya producción está bajo la dependencia de las hormonas sexuales (los andrógenos son los estimulantes más importantes, y los estrógenos inhiben su producción).

El músculo erector del pelo

Células musculares lisas que se insertan en la dermis y en el pelo, cuya contracción, bajo el efecto del frío, miedo, etc. provoca la erección de los pelos.

Las uñas

Están formadas por células queratinizadas aplanadas, apiladas y procedentes de la matriz de la uña.

Son el homólogo del estrato córneo del resto de la epidermis, pero su crecimiento se realiza tangencialmente y la ausencia de descamación a su nivel entraña un crecimiento ininterrumpido.

Piel gruesa

■ **Es la piel de la palma de las manos y sus dedos,** y de la planta de los pies y sus dedos. Se caracteriza por:

• Existencia de crestas y surcos en su superficie. Estas crestas y surcos son visibles a simple vista en la superficie externa de la epidermis, y corresponden a los dermatoglifos o huellas digitales.

• Espesor considerable de la epidermis, siendo en particular muy grueso el estrato córneo.

• Abundancia de glándulas sudoríparas ecrinas, cuyo canal excretor desemboca en la cúspide de las crestas epidérmicas.

• Ausencia de pelos y de glándulas sebáceas.



Piel fina

■ **Es la piel de todo el cuerpo, a excepción de la cara**, palma de las manos y sus dedos y planta de los pies y sus dedos.

Se caracteriza por:

- Ausencia de crestas y surcos en superficie.
- Escaso grosor de la epidermis.
- Presencia de glándulas sudoríparas, en menor cantidad que en la piel gruesa.
- Presencia en proporción variable, de pelos y glándulas sebáceas.

Funciones de la piel

Esquemáticamente, la piel tiene tres funciones:

1. Papel de información. La piel es un medio de comunicación entre el individuo y el medio exterior, debido a numerosas terminaciones nerviosas que aseguran la recepción de los estímulos táctiles, térmicos y dolorosos.

2. Papel protector. La piel asegura la protección del organismo contra los traumatismos mecánicos, las radiaciones, la invasión de sustancias extrañas y microorganismos.

3. Papeles metabólicos diversos.

• La piel interviene en la regulación de la temperatura del cuerpo, al eliminar el calor, sobre todo por evaporación del sudor.

• Interviene en el metabolismo hidroelectrolítico, y en el metabolismo de las grasas.

• Asegura la síntesis de vitamina D.

Principales lesiones elementales

■ **Eritema:** Enrojecimiento congestivo de la piel que se borra con la presión.

Diagnóstico diferencial:

- **Púrpura:** No se borra con la presión. Vira al rojo violáceo.
- **Angioma plano:** No se borra con la presión. Congénito. Rojo vivo.

- **Pápula:** Infiltrado (botón).

Modalidades:

- **Mácula:** En forma de pequeñas manchas.
- **Intertrigo:** Localizado en los pliegues cutáneos.
- **Eritrodermia:** Generalizado.

■ **Escama:** Pequeño fragmento epidérmico desecado, que se desprende.

Diagnóstico diferencial:

- **Queratosis:** Hipertrofia del estrato córneo. Es más duro y rugoso.
- **Costra:** Concreción sérica o hemática desecada, que recubre toda la lesión supurativa o ulcerada.

Modalidades:

• **Secundarias a un eritema** (fase de descamación), como en escaletina o en insolación.

• **Importante en la psoriasis**, donde se asocia a eritema

■ **Pápula.** Pequeña elevación sólida, circunscrita y resolutive.

Diagnóstico diferencial:

- **Mácula:** Mancha eritematosa carente de consistencia.
- **Vesícula:** Colección de líquido.
- **Nódulo:** Más grueso y profundo.
- **Tumor:** Más voluminoso y persistente.

Modalidades:

• **Pápulas por infiltración edematosa:** Más fugaces y menos firmes (urticaria).

• **Pápulas por infiltración celular:** Lisas, poligonales, brillantes y violáceas (liquen plano), o infiltradas, cobrizas, a veces descamativas (sífilis).

• **Pápulas por infiltración de sustancias anormales:** Amarillo anaranjadas en los xantomas.

■ **Vesícula-ampolla.** Levantamiento epidérmico circunscrito que contiene un líquido claro.

Diagnóstico diferencial:

- **Pápula:** No contiene líquido.
- **Pústula:** Su contenido es purulento.

Modalidades:

• **Tamaño grande:** Ampolla, quemaduras de 2º grado, pénfigo, eritema polimorfo, etc.

• **Tamaño pequeño:** Vesícula, herpes, varicela.

• **Muy pequeña:** Con líquido difícil de ver. Eczema.

■ **Pústula.** Vesícula con contenido purulento.

Modalidades:

• **Secundaria a vesícula:** Varicela.

• **Primitiva:**

– *Bacteriana:* Impétigo estafilocócico, carbunco.

– *Amicrobiana:* Psoriasis pustuloso.

Se deseca en forma de costra (blanda y grasa del impétigo o dura y adherente de la vacuna).

■ **Nódulo.** Lesión sólida dermoepidérmica, con un tamaño parecido al de una avellana. Debe diferenciarse del lipoma y del quiste, que son estables. En ocasiones se ablanda, como en el caso del goma.

Modalidades:

• **Agudo:** Eritema nodoso (tuberculoso, estreptocócico, etc.).

• **Subagudo crónico:** Vasculitis alérgicas.

■ **Goma.** Emisión durante el período de fistulización, de un líquido más o menos purulento (sífilis terciaria, tuberculosis, etc.).

■ **Esclerosis.** Induración de la piel, que adquiere la consistencia y el aspecto del cuero.

Modalidades:

• **Secundario:** Cicatricial.

• **Primitivo:** Esclerodermia localizada.

Debe diferenciarse la esclerosis de la atrofia (adelgazamiento de los elementos de la piel, teniendo el aspecto de papel de fumar arrugado). A veces ambas lesiones aparecen asociadas (escleroatrofia), como en el liquen plano y en algunas dermatitis de origen varicoso.



■ **Tumor:** Lesión proliferativa exofítica.

Modalidades:

- **Benigno:** Verruga, nevus, etc.
- **Maligno:** Ulcerado, proliferante y sangrante con facilidad. No debe manipularse toscamente (epitelioma, melanoma maligno, etc.). A veces, el proceso proliferativo es mínimo, consistiendo en un pequeño rodete que delimita una zona atrófica o una pequeña ulceración (epitelioma basocelular plano).

■ **Ulceración.** Pérdida de sustancia de la piel.

- **Erosión:** Muy superficial, no deja cicatriz.
- **Úlcera:** Más profunda, deja cicatriz.

Puede ser de naturaleza:

- **Traumática.**
- **Infecciosa:** Herpes, chancro sífilítico, etc.
- **Neoplásica:** A descartar ante una ulceración crónica de la cara, labios, lengua, etc.
- **Crónica.** En una pierna con varices, en la planta del pie de pacientes con trastornos nerviosos (diabetes, lepra, tabes, etc.).

■ **Discromía.** Modificación de la coloración normal de la piel. Puede ser regional o general.

Esta relacionada con:

- **Anomalías del pigmento melánico fisiológico:**
 - **En menos:** vitíligo, leucodermias congénitas.
 - **En más:** melanodermias endocrinas.

Fases de reparación de la piel

Cuando se produce una herida, el organismo pone en marcha una serie de procesos encaminados a la reparación y reemplazamiento de tejidos blandos. Las fases de reparación de la piel son:

■ **Fase inicial o de choque.** Se produce vasoconstricción y formación de coágulo.

■ **Fase de limpieza.** Tiene como objetivo la eliminación de restos necróticos y cuerpos extraños. Se produce reacción inflamatoria con aumento de permeabilidad capilar y afluencia de células sanguíneas. Todos estos procesos requieren gran consumo de oxígeno.

■ **Fase de granulación.** La red fibrosa (ácido Hialúronico+fibrina+colágeno) que cubre el lecho de la herida se va extendiendo o va uniendo los bordes de la misma, iniciándose así la retracción de la superficie a cubrir.

■ **Fase de epitelización.** Donde se forman las células epidérmicas que retraen la superficie de la herida.

■ **Fase de maduración.** Retracción de la cicatriz normalizando el pigmento y restablecimiento de las funciones, si la extensión y el tipo de reparación lo permiten

Factores que pueden afectar la cicatrización

La velocidad y calidad de cicatrización de una úlcera puede variar de acuerdo con:

- El estado de salud del individuo.
- Localización de la herida.
- Tamaño/medida de la lesión.

Los factores más destacables que pueden intervenir son:

- La edad.
- Nutrición/ Hidratación.
- Alcohol.
- Tabaco.
- Medicamentos

¿Cómo podemos favorecer las fases de reparación de la piel?

Debemos tener presente que es el propio organismo el que debe conseguir la curación de la herida y no el profesional ni la técnica aplicada. Para favorecer estas fases podemos hacer lo siguiente:

■ **Fase inicial:** Realizar hemostasia por presión directa, ligadura de un vaso y electrocoagulación si fuera preciso. También será importante no contaminar la herida y plantearse la protección antitética.

■ **Fase de limpieza:** Realizar limpieza exhaustiva y contribuir al desbridamiento (autolítico, quirúrgico o enzimático). Aportar un medio húmedo. Controlar posibles infecciones, así como el dolor con tratamiento local y sistemático si es preciso. Explicar al paciente la situación actual, el proceso, como puede colaborar y las posibles complicaciones.

■ **Fase de granulación:** (facilitar aporte de oxígeno). No destruir las células de neoformación con limpiezas muy severas por arrastre o utilizando antisépticos que son tóxicos para los nuevos tejidos. Mantener la temperatura local fisiológica. Aportar un medio húmedo. Controlar los bordes para que las líneas de tensión de la piel no aumenten la extensión de la lesión.

■ **Fase de epitelización.** Seguir la misma actitud que en la fase anterior protegiendo la herida, en especial de agresiones externas, por la debilidad del recién formado epitelio, e insistir en la no utilización de antisépticos que tatúan la piel y son tóxicos para el tejido neoformado.

■ **Fase de maduración.** Protege de las radiaciones solares. Hidratar y lubricar externamente la piel al menos hasta que recupere su funcionalidad.

Higiene y aseo del paciente

La higiene es una parte de la Medicina que estudia la salud y el modo de conservarla.

- **El aseo es un conjunto de prácticas que tienen como finali-**



dad mantener la higiene del cuerpo. Es necesario para la salud del individuo porque su falta favorece la aparición de enfermedades infecciosas.

- **El aseo del paciente es competencia del Auxiliar de Enfermería,** que a su vez debe vigilar la ropa del enfermo y de la cama, de forma que se hallen en perfectas condiciones.

Higiene de la piel

La descamación de las células de la piel, junto con las secreciones de las glándulas sudoríparas y sebáceas, unidos al polvo del ambiente, hacen que se produzca una capa de suciedad maloliente, que es un medio ideal para el desarrollo de infecciones, de lo que se deduce la importancia de la limpieza de la piel.

La limpieza de la piel puede realizarse por el baño o la ducha.

Si el enfermo puede levantarse, acudir al cuarto de baño para su aseo.

Si su estado físico no le permite levantarse, se lavará en la cama.

■ Baño en bañera.

El agua, al estar caliente, tiene un efecto sedante y relajante.

La técnica será:

- **La temperatura del cuarto de baño** puede oscilar entre 20-24°C.
- **Se colocará una esterilla en la bañera** para evitar que el paciente se resbale, así como una alfombrilla al pie de la bañera para que no pise directamente con los pies en el suelo.
- **Se llena la bañera** con agua a 40°C.
- **Si el enfermo es capaz de tomar el baño sin ayuda,** se le dejará solo. Si se encuentra débil, la colaboración dependerá de sus necesidades.
- **La duración del baño** será de 10 a 15 minutos en general.
- **Terminado el baño, si es preciso,** se ayudará al enfermo

a salir y a secarse y vestirse. La bañera se limpiará y se recogerá la ropa sucia, dejando todo en orden.

- **Se informará de cualquier signo anormal observado durante el baño.**

■ Baño en cama

Cuando el enfermo esté incapacitado para lavarse en el baño.

El baño podrá ser completo o parcial (sudoración profusa, incontinencia, fiebre muy alta, etc.).

La técnica del baño completo es:

- **Explicar al paciente el procedimiento** del lavado a practicar.
- **La habitación tendrá una temperatura adecuada** (20-24°C), y sin corrientes de aire.
- **Si la habitación es compartida,** se colocará un biombo que lo oculte.
- **Reunir todo lo necesario** junto a la cama.
- **El agua estará a 43-46°C.**
- **Se quitarán las mantas, colocando sobre la sábana superior, la manta de baño,** para luego tirar de esta sábana hacia los pies de la cama, y quitarla también.
- **Se desnuda al paciente.**
- **El auxiliar se lavará las manos** y se colocará un paño de baño a modo de guante.
- **El agua debe de estar siempre caliente,** por lo que se cambiará cuando se enfríe o cuando esté sucia, tantas veces como sea preciso.
- **Se irán lavando cada una de las partes del cuerpo en sentido descendente.** Una vez lavada una zona, se enjuaga y se seca, antes de pasar a la siguiente.
- **El enfermo debe de estar en todo momento caliente,** por lo que sólo se descubrirá la parte que se esté lavando y el resto permanecerá cubierto por la manta de baño.

- **Finalizado el baño,** se vestirá al enfermo con ropa limpia, y se hará la cama.

- **Se retirará la ropa sucia** y se dejará la habitación ordenada.

- **Se informará sobre cualquier signo observado durante el lavado.**

■ Ducha

Es más estimulante que el baño, pudiendo realizarse con agua caliente o fría.

El agua fría aplicada unos minutos, produce vasoconstricción. Al cesar su aplicación, aparece una vasodilatación con enrojecimiento de la piel, produciéndose una sensación agradable y estimulante.

El agua caliente ocasiona vasodilatación, provocando la transpiración y lavado de los conductos de las glándulas sudoríparas.

La técnica de la ducha será:

- **La temperatura del cuarto de baño** será de 20-24°C.
- **Se colocará una esterilla de goma en la ducha** y una alfombrilla en el suelo.
- **Se dispondrán todos los utensilios necesarios** en el cuarto de baño.
- **Se ayudará al paciente** si lo requiere.
- **Al finalizar,** se dejará el cuarto de baño bien ordenado.
- **Se informará de signos anómalos observados en el paciente.**

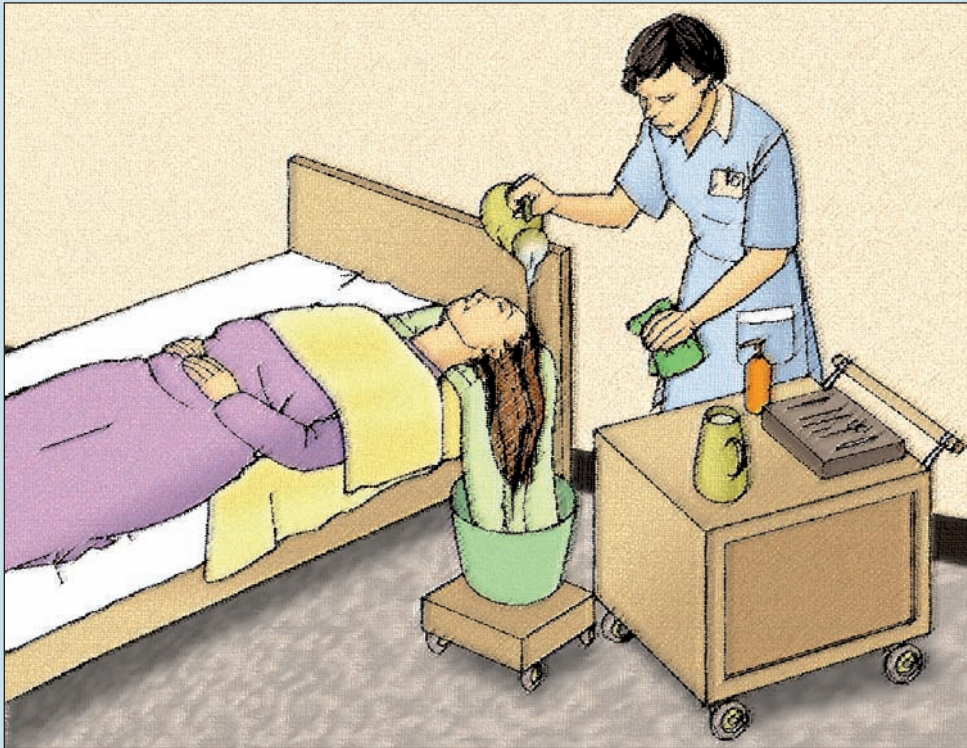
Lavado de cabeza en la cama

Su propósito es mantener la higiene de la cabeza y evitar la aparición de parásitos.

En su realización se debe evitar mojar la ropa de cama y se actuará con precaución para no cansar al paciente.

■ El procedimiento será:

- **Explicar el procedimiento al paciente,** teniendo todo lo necesario a mano.
- **Retirar la almohada** y colocar la cama en posición horizontal.



- **Quitar el cabecero de la cama** (si es posible), o colocar al paciente de tal manera, que la cabeza quede fuera del colchón, protegiendo éste con un hule o plástico.
- **Retirar la ropa al paciente**, dejando los hombros al descubierto.
- **Colocar la palangana o bolsa grande de plástico** debajo de la cabeza para recoger el agua del lavado.
- **Proteger los oídos** con torundas de algodón.
- **Colocarse guantes** desechables.
- **Mojar y enjabonar el cuero cabelludo**, frotando con las yemas de los dedos, con movimientos circulares.
- **Aclarar la cabeza**, escurrir el exceso de agua, peinar y secar.
- **Recoger el equipo utilizado** y proceder a su limpieza o eliminación.

Aseo de boca y dentadura

Su objetivo es mantener la higiene bucal, evitar grietas en labios y lengua y prevenir la caries dental y las enfermedades bucales.

Al realizar la higiene bucal, se debe realizar un masaje y estimulación de las mucosas. Si el paciente utiliza prótesis, se retirará el menor tiempo posible, manteniéndose en un recipiente cerrado. No se debe provocar el vómito.

■ El procedimiento será:

- **Explicar el procedimiento** al paciente.
- **Sentar al paciente si su patología lo permite** y colocar una toalla protectora alrededor del cuello.
- **Ponerse guantes.**
- **Retirar las prótesis si las tuviera**, lavarlas con el cepillo y pasta de dientes, aclararlas y dejarlas en un recipiente con solución antiséptica.
- **Aspirar las secreciones** si fuera preciso.
- **Impregnar una torunda en solución antiséptica diluida** y proceder a lavar toda la cavidad bucal, cambiando de torunda cuando sea necesario.
- **Aplicar vaselina en los labios.**
- **Volver a colocar la prótesis dental** si el estado del paciente lo permite.

- **Recoger el material utilizado** y proceder a su limpieza o eliminación.

Higiene de los ojos

Su finalidad es la protección de la córnea, evitar edemas palpebrales y de protección general ocular.

■ El procedimiento ideal será:

- **Colocación del paciente** en decúbito supino.
- **Explicación de la técnica al paciente.**
- **Se abrirán los párpados del paciente con los dedos índice y pulgar** y con la otra mano se procederá a la limpieza del ojo con una jeringa con suero fisiológico.
- **Se cerrarán los párpados**, secando suavemente con gasa estéril. Se utilizará una gasa estéril para cada ojo.
- **Recogida del material empleado.**

Lavado de los genitales externos masculinos

Su finalidad es mantener la limpieza y asepsia necesarias. Debe proporcionarse intimidad al paciente.

■ El procedimiento será:

- **Tras colocarse guantes**, descubrir el área genital.
- **Iniciar el lavado**, con esponja jabonosa, desde el pubis hacia el ano.
- **Con una gasa**, se procederá a la **limpieza del glande**, deslizando el prepucio hacia atrás, lavando la zona en forma circular.
- **Cambiar de gasa** y limpiar el meato.
- **Enjuagar y secar.**

Es conveniente que antes de iniciar el procedimiento, el paciente orine o defecue.

Lavado de los genitales externos femeninos

Su finalidad es mantener la limpieza y asepsia necesarias.



Se debe proporcionar intimidad a la paciente.

■ **Tras colocarse los guantes, el procedimiento será:**

- **Descubrir el área genital.**
- **Verter agua templada** sobre la vulva.
- **Montar una torunda con una gasa y la pinza** e impregnarla en jabón antiséptico.
- **Separar los labios mayores** y proceder a la limpieza del meato y labios menores, de arriba hacia abajo, finalizando en el ano.
- **Aclarar con agua templada.**
- **Girar a la paciente de lado** y secar la zona, de arriba hacia abajo.

Se aconseja que antes de iniciar el procedimiento, la paciente orine o defeque.

Higiene y cuidado de uñas, manos y pies

Su objetivo es, además de higiénico, de autoimagen y para evitar infecciones.

- **Tras proteger la cama con una toalla**, se quitará el esmalte si lo hubiera.
- **Se pondrán las manos o pies del paciente en agua jabonosa**, limpiándose las uñas con cepillo. Se secarán a continuación.
- **Las uñas se cortarán** en línea recta (pies), u ovaladas (manos), evitando cortarlas demasiado.
- **Puede ponerse crema** hidratante.

Necesidades de higiene del recién nacido

No es necesario bañar al bebé todos los días, pudiéndose alternar los baños enteros con lavados por partes. El mejor momento es antes de la toma, siempre y cuando no tenga mucha hambre. Debido a que los recién nacidos pierden

calor corporal fácilmente, debe mantenerse el cuarto caliente y sin corrientes.

Se debe diferenciar el baño del recién nacido antes o después de la caída del cordón umbilical.

Baño antes de la caída del cordón

Se echa agua templada en un recipiente, añadiéndose agua caliente si lo necesita. Se arroja al bebé con una toalla.

- **Ojos.** Mientras se sujeta la cabeza del bebé, se lavará cada ojo con una torunda de algodón empapada en agua templada. Se usará una torunda nueva para cada ojo, limpiándose desde el lagrimal hacia fuera.
- **Cara.** Con una toalla o manopla suave de algodón se limpia alrededor de la boca, la nariz y el resto de la cara, siempre desde el centro hacia fuera y sólo con agua limpia. No se introducirá nada en los orificios auditivos o nasales.
- **Pelo.** Se envuelve al niño en una toalla y se coge poniendo un brazo bajo la espalda y la mano sosteniéndole la cabeza. Con la mano que queda libre se moja el pelo del bebé y se aplica una pequeña cantidad de champú infantil, aplicándolo con un suave masaje. Se aclara con agua hasta eliminar los restos de champú.
- **Cuerpo.** Con jabón líquido suave para niños. El cuidador se moja la mano o la manopla y se lava el cuerpo del bebé desde el cuello hasta la cintura, sin olvidar brazos y manos. Se aclara bien y se seca mediante una suave presión. Se tapa la parte superior del cuerpo con la toalla y se pasa a lavar la parte inferior. No

se debe olvidar aclarar y secar adecuadamente los pliegues para evitar el exceso de humedad.

- **Por último se lavará la zona del pañal usando agua limpia y templada.** Con las niñas bastará con limpiar suavemente la zona desde delante hacia atrás; a los niños se les lava la zona genital y el pene cuidando de retirar el prepucio.
- **Antes de limpiar el cordón umbilical**, se le pondrá una camiseta y el pañal.
- **No debe cubrirse la zona del cordón con el pañal** ya que esta zona debe permanecer siempre limpia y seca.
- **La base del cordón y los alrededores de éste** se deben limpiar con un bastoncillo de algodón empapado en solución antiséptica. A continuación se secará. Puede cubrirse con una gasa estéril empapada en alcohol de 70°. El cordón se cae entre los días 5 y 15 de vida.

Baño después de la caída del cordón.

Se utilizará bañera, que no deberá estar llena más de 10-15 cm. de agua, procurando que esté a una temperatura agradable, caliente pero que no queme el codo.

- **El baño debe iniciarse en la cara**, siguiendo por el cuerpo y extremidades.
- **No se emplearán bastoncillos** para los orificios.
- **Tras el baño, se debe tener preparada una toalla seca y templada**, depositándose en ella al bebé.
- **Si las uñas están largas, como para que pueda arañarse**, se cortarán con una tijera con bordes romos. Las uñas de las manos se deben cortar redondeadas y rectas las de los pies. ●

La clave para **vivir** de manera positiva es **no sufrir** inutilmente

Los españoles sufrimos sin causa justificada en más del 95% de las ocasiones. Así lo manifiesta María Jesús Álava, autora de “La inutilidad del sufrimiento” con más de 200.000 ejemplares vendidos y del que, recientemente, se publicó una edición especial que incluye un DVD que ofrece las pautas generales para no desperdiciar tanta energía en algo tan innecesario y doloroso.



¿Son sus libros de autoayuda?

Son libros de ensayo, aunque lo importante es que sean prácticos y a los lectores realmente les ayuden, tienen una diferencia con los libros de autoayuda porque la mayoría de estos son traducciones de libros americanos que tienen poco, o nada, que ver con nuestra realidad. Cuando yo escribo un libro en lo que más tardo es en seleccionar los casos que quiero contar buscando aquellos que son más representativos, con los que va a ser más fácil que se identifique un mayor número de

personas para que vean cómo pueden solucionar sus problemas.

Son una constante los casos prácticos. ¿Nos sentimos menos raros?

Con la lectura de estos ejemplos compruebas que hay situaciones muy similares a la tuya, de tu misma cultura y que son muy reales. Te das cuenta, entonces, de que tu caso puede tener una salida porque si no, al final, la mayor parte de las personas piensa que su experiencia es única y no tiene solución. Ayuda enormemente ver cómo personas en situaciones muy semejantes consiguen superarlas y cómo al cabo de un tiempo corto se sienten mucho mejor.

Desde la aparición de la primera edición de “La inutilidad del sufrimiento” en 2003 ha publicado, al menos, tres libros más sobre el sufrimiento en diferentes parcelas: “Emociones que hieren” (2005), “Amar sin sufrir” (2006) y “Trabajar sin sufrir” (2008) ¿Tanto sufrimos en esta sociedad?

Sufrimos más de lo que pensamos. Vivimos en una sociedad en la que todos somos muy agradables, muy alegres, y por nuestra emocionabilidad, comparativamente, sufrimos mucho más que en otras naciones.

Hemos hecho un estudio sobre una muestra de 1.506 casos de

personas que han acudido, por diferentes motivos (ansiedad, depresión, crisis de pareja...) a la consulta. Cuando han superado esa situación, ellos mismos reconocían que en el 95% de los casos habían sufrido inútilmente, es decir, que ese sufrimiento no tenía ninguna justificación.

En la mayoría de los casos cuando sufrimos es por situaciones de la vida normal -no nos sentimos justamente tratados por nuestro jefe, algún compañero no nos cae especialmente bien, tenemos un hijo adolescente problemático, problemas de comunicación con la pareja- y en esos momentos lo llevamos al extremo a través de cómo nos lo contamos a nosotros mismos, entrando en un círculo vicioso con nuestros pensamientos.

Cuando tenemos los recursos suficientes para analizar cómo es nuestra vida, nos damos cuenta de que no era para tanto, que ha sido un sufrimiento inútil, bastante absurdo, que nos hizo sentirnos muy mal durante un tiempo determinado y, además, nos impidió poder superarlo y resolver la situación que teníamos de la mejor manera.

¿Y por qué sufrimos tanto?

En gran medida por la educación que hemos tenido. Hemos estado

durante años más atentos a lo negativo que a lo positivo y nuestros códigos genéticos están ahí, durante miles y miles de años nos hemos centrado en el sufrimiento. Por otro lado, cuanto más autoexigentes y perfeccionistas son las personas más se les disparan los niveles de sufrimiento.

Quienes peor lo pasan son las personas muy sensibles y que unen sensibilidad a vulnerabilidad, que tienen un nivel de exigencia, consigo mismo o con los demás, elevadísimo o mucha deseabilidad social, mucha necesidad de caer bien y van como veletas de un extremo a otro, sin defender nunca cuáles son sus criterios ni sus pensamientos o emociones.

¿Puede una persona sin la ayuda de un especialista aprender a no sufrir?

Salvo en situaciones como crisis de ansiedad o depresivas en las que sí es necesaria la ayuda del especialista, se puede aprender. La edición especial de “La inutilidad del sufrimiento” con un DVD está pensada para las personas a quienes, por determinadas circunstancias, les resulta muy difícil ir al psicólogo.

Afortunadamente podemos aprender lo que tenemos que hacer para no sufrir inútilmente y en función de la persona, la situación en la que se encuentre, el interés y las posibilidades que tenga a mano, salvo casos extremos, la mayoría tendría que ser capaz de todo.

¿Es peor sufrir inútilmente o sufrir prolongadamente?

Hay personas que no controlan su impulsividad, es decir, de repente se encuentran fatal y al cabo de unas horas se empiezan a encontrar mejor. Estas personas tienen problemas de control emocional y eso no es bueno porque no sólo les hace sufrir innecesariamente

te sino que, además, dificulta en gran medida sus relaciones con los demás.

Por otro lado, hay otros sujetos que sufren menos profundamente pero sí más a lo largo del tiempo, como si se dejaran imbuir por un cierto sentimiento de pesimismo ante la vida o determinadas situaciones y eso tiene un coste emocional enorme. Son personas que no terminan de disfrutar de las cosas, están siempre en estado de alerta y tienen su comportamiento muy automatizado.

Y hay quienes se instauran en el sufrimiento como si se acostumbraran a ello y los que lo pasan francamente mal son las personas que están alrededor, a quienes hacen la vida bastante difícil. Consiguen con ese sufrimiento una atención extra que a ellos les compensa pero que amarga a los demás.

En cualquier caso, la psicología de la positividad ha demostrado que realmente las personas que son más pesimistas o más negativas viven una media de 8 años menos y encima mucho peor. Francamente, no resulta rentable.

¿Cuesta mucho no sufrir?

A las personas que sufren de forma permanente les cuesta mucho más porque es un hábito muy arraigado, pero con el tipo de terapia que hacemos es de dos a tres meses, una media de 8 a 12 sesiones aproximadamente. No tiene porque ser más. Nosotros intentamos ser muy prácticos: qué le pasa a esta persona, porque no se siente bien, ver el origen de esa situación, cómo la está viviendo y darle los recursos desde él mismo para poderlo solucionar.

No son las circunstancias quienes condicionan nuestra vida, ni las responsables de nuestras emociones, sino nuestros propios pensamientos. Cuando a una per-



sona le enseñamos a descubrir esos pensamientos, esas ideas más irracionales y a canalizarlas perfectamente, automáticamente aprende a controlar sus emociones y a influir sobre las emociones de los demás.

¿Es más difícil reconocer dónde fallamos o aprender a modificar nuestros hábitos?

No es difícil descubrirlo, hay incluso personas que lo saben y hay otras que creen saberlo. Si se hacen los registros (recogida específica y literal de determinados datos) en todas las situaciones en las que ocurre rápidamente se ve qué pasa.

Realmente cuesta si son conductas muy arraigadas y entonces hay que tener perseverancia. Para instaurar un hábito nuevo es necesario que, al menos durante 30 veces en 30 días diferentes se lleve a cabo esa conducta nueva para que, poco a poco, se vaya instaurando y vaya desplazando el hábito anterior. Si no, se puede comprender desde el punto de vista racional, pero son los propios automatismos los que llevan



a seguir haciendo lo mismo sin darse cuenta de ello.

Una de las pautas que aconseja es cortar los problemas y aplicar el sentido común, pero así ¿no está hecho gran parte del camino para no sufrir?

Claro que sí. Las personas que, por principio, son más optimistas y más positivas y enfocan las cosas así, por supuesto que sufren menos. Si hacemos ese recuento de cuando está justificado que suframos llegaríamos a ese porcentaje del 95% de sufrimiento inútil.

Si nosotros somos responsables de nuestro sufrimiento y dejar de sufrir provoca sufrimiento ajeno ¿no es un poco egoísta?

No. Dejar de sufrir no significa volverse un pasota y abdicar de las responsabilidades. La parte del sufrimiento activa la parte más irracional y, en este sentido, del sufrimiento al miedo hay muy poquito. Lo que hay que hacer es no sufrir inútilmente y dedicar toda la inteligencia emocional a resolver las situaciones que se han planteado.

Es justo al contrario, porque lo que se hace en este sentido es intentar resolver el tema con la parte más intelectual. Lo que no

se puede hacer es sufrir continuamente y abordar la situación en perspectiva de muy pocas posibilidades de solución.

Muchas veces la gente nos responsabiliza de sus emociones y hay muchas personas que sufren por la manipulación de su entorno. La manipulación en los sentimientos y emociones es fácil y hay quien llega a creer que se siente mal porque alguien hace otra cosa. Hay que asumir que cada uno es responsable de sus emociones y que yo no le puedo decir a alguien "tú tienes que cambiar para que yo me sienta bien".

Cada uno como persona adulta, madura y equilibrada tiene que ver cómo en sus condiciones se siente mejor y cómo puede influir en la otra persona para que la relación entre ambas sea lo mejor posible, pero influyendo positivamente, que no es lo mismo que manipulando.

Por ejemplo, muchas mujeres se quejan de que sus maridos al llegar a casa no hablan y hay problemas de comunicación. Difícilmente se plantean cómo se puede favorecer la comunicación en lugar de exigirla sin más. Los sentimientos en este tipo de conductas no se exigen, simplemente se facilitan.

¿Qué importancia tiene la inteligencia emocional?

Esta es la base fundamental. Cada persona tiene que conocerse a sí misma y adquirir el control emocional que necesita para ser la persona que realmente quiere ser. A veces no es tanto conocerse para cambiar sino conocerse para llegar a ser la persona que se quiere llegar a ser.

En nuestro gabinete tenemos talleres específicos en este sentido y talleres en los que creamos las herramientas para desarrollar el arte de la comunicación, para saber abordar en las mejores con-



diciones posibles cualquier problema de comunicación y utilizar lo mejor que tiene el ser humano, que es la comunicación, para conseguir realmente los objetivos y, sobre todo, favorecer el bienestar.

Cuando te conoces y conoces a los demás y su situación puedes ver cómo alcanzar los objetivos que son importantes en tu vida. La mayoría de las cosas, si son racionales se pueden conseguir, pero no se logran simplemente queriendo, hay que poner la inteligencia a su favor para que ese objetivo que se tiene, se transforme en una serie de habilidades y a través de unos hábitos determinados poder alcanzarlos. Eso la mayoría de la gente no lo hace. Quieres algo y quieres que aparezca por las buenas o porque creemos que tenemos derecho.

¿Y si no te gusta lo que descubres cuando te conoces?

Tienes la posibilidad de poder cambiar y hacerlo desde ti. No necesitas la actuación de los demás o que tus circunstancias cambien tremendamente porque el cambio real es el cambio interno. Es la principal grandeza del ser humano, podemos ser la persona que queremos si realmente nos ponemos a ello. ●

Dossier

Tiempo y organización del trabajo



© Moreau/Elsevier/Masson SAS

El tiempo, el presupuesto, los hospitales y los Auxiliares de Enfermería/TCE

Sumario:

- El tiempo, el presupuesto, los hospitales y los Auxiliares de Enfermería/TCE
- Percepción y gestión del tiempo en los hospitales
- La organización del trabajo, ritmo y condiciones

¿Se habrá convertido en un lujo dedicar tiempo a los pacientes en el hospital? Esta pregunta, un tanto sorprendente, resume bien, no obstante, la sensación de un gran número de Auxiliares de Enfermería/TCE en la actualidad.

■ **La teoría de la asistencia sanitaria**, impartida a todos los profesionales a lo largo de sus estudios, se ve ahora relegada a la categoría de utopía. En efecto, ¿cómo puede ponerse en práctica en la vida diaria la individualización y la adaptación de la asistencia sanitaria mientras hay que realizar una docena de aseos por la mañana, sabiendo que no es posible dedicarle más de 15 minutos a cada paciente?

■ **Los hospitales de hoy en día no son como los de antes por varios motivos.** El ritmo de trabajo ha aumentado de forma evidente y el panorama de la asistencia sanitaria se ha ido modificando progresivamente. No sólo se advierte un envejecimiento de la población con un aumento de la dependencia y la multiplicación de patologías ligadas a personas de edad avanzada, sino que también se observan progresos importantes en el

ámbito de la cirugía y la anestesia, junto con una modificación de la asistencia prestada en estos campos (reducción del tiempo de hospitalización, cirugía ambulatoria, etc.), así como progresos en el conjunto de terapias y técnicas de asistencia que permiten el tratamiento de patologías graves.

■ **De forma paralela, los hospitales ya no pueden afrontar el aumento de los gastos.** El déficit del seguro de enfermedad aumenta cada vez más. La rentabilidad ha hecho su entrada en la asistencia sanitaria y, de ahora en adelante, los hospitales se gestionan como una empresa. «El tiempo es oro», escribía en el siglo XVIII Benjamin Franklin. Por desgracia, esta cita se aplica actualmente a los hospitales, que deben funcionar siguiendo una lógica contable.

■ **Sin embargo, será necesario encontrar el equilibrio entre calidad de asistencia y rentabilidad** para poder definir la imagen de los hospitales del mañana. ●

*Dossier coordinado por
Corine Cordon
publicado por primera vez en Soin Aides-soignantes, 31*

Coordinadora del informe: Corine Cordon
Responsable de la Escuela AS, Trappes, Francia.

Percepción y gestión del tiempo en los hospitales

Tanto para los Auxiliares de Enfermería/TCE como para los pacientes, la cuestión del tiempo en el hospital es un tema frecuente: falta de tiempo, gestión del tiempo, planificación, citas... La cuestión es saber con precisión de cuánto tiempo se dispone. Este concepto complejo y compartido por todos es esencial e influye considerablemente en la calidad de la asistencia sanitaria.

Palabras clave:

- Auxiliar de enfermería,
- Gestión del tiempo,
- Hospital,
- Organización,
- Percepción,
- Estrés profesional,
- Tiempo

El concepto de tiempo es difícil de definir, ya que está ligado a la percepción de cada individuo. La explicación de San Agustín, filósofo y teólogo cristiano de la Antigüedad tardía, es prueba de ello: “¿qué es, pues, el tiempo? Si nadie me lo pregunta, lo sé; pero si quiero explicárselo al que me lo pregunta, no lo sé”.

El tiempo, un concepto complejo

El concepto de tiempo es difícil de definir. Sólo el paso del tiempo es apreciable: el tiempo “pasa”, mientras que la eternidad es estática. Calificamos el tiempo por sus efectos: el pasado, que ya no existe; el futuro, que aún no ha ocurrido; y el presente, que no deja de convertirse en pasado.

La percepción del tiempo

El tiempo es, ante todo, nuestra “conciencia de tiempo”, cómo lo captamos y cómo lo percibimos: no parece transcurrir a una velocidad constante. Esta rapidez o lentitud con la que pasa el tiempo comprende todo el contenido de nuestros estados psicológicos como, por ejemplo, el tiempo concreto de una espera o el de una noche en vela.

El tiempo en la práctica

■ Nuestra percepción modifica la forma en que vivimos el tiempo; algunos breves instantes quedan impresos en nuestra memoria por largo tiempo y viceversa.

■ ¿Es posible concebir una existencia que no esté ligada al tiempo? Existir supone tener conciencia del tiempo y de la muerte o, por el contrario, no tener conciencia de ello. Así pues, cada individuo tiene una forma muy diferente de vivir el tiempo, según su historia y su entorno actual.

La percepción de tiempo del paciente

Para el paciente, los días en el hospital están completamente centrados en el aspecto temporal, y el tiempo se hace siempre demasiado largo.

El ritmo diario

En el hospital, el paciente tiene un ritmo diferente al de su vida diaria. En efecto, los días en el hospital están planificados por el ritmo de los servicios: comida, aseo, cuidados, medicamentos, controles, cambio de equipo de salud, etc.

La autonomía

La forma en que el paciente vive el tiempo está relacionada frecuentemente con su situación de autonomía o, por el contrario, de dependencia, así como con diversos criterios como su estado de ánimo, su entorno familiar y social o su dolor.

La hora de las preguntas

■ Ya no se trata de la hora “objetiva” que marca el reloj, sino de un tiempo “subjetivo” en el que el paciente se cuestiona sobre su sa-

lud, su diagnóstico, su historia, su familia, sus relaciones, etc. «¿Qué enfermedad padezco? ¿Cuál es el diagnóstico? ¿Voy a curarme? ¿Cuándo? ¿Qué tratamiento tengo que seguir? ¿Quimioterapia, radioterapia?»

■ Además, existen diferentes fases en el transcurso de una hospitalización: examen, notificación del diagnóstico, desarrollo de la asistencia sanitaria, vuelta a casa, mejora o empeoramiento.

■ Ante estos planteamientos, el paciente necesita que el equipo de salud esté disponible, pero también (y sobre todo) que se le escuche, sin esperar necesariamente respuestas. El paciente espera que se ocupen de él de forma “global”, y no centrándose únicamente en sus síntomas; quiere ser tratado como individuo, no como un “objeto médico”. A menudo, intenta romper el aislamiento en el que se encuentra, pues tiene necesidad de interrelacionarse.

La gestión del tiempo del equipo de salud

Para el equipo de salud, el tiempo tiene el efecto contrario que en el paciente: pasa demasiado rápido, siempre hace falta más.

Una carga de trabajo considerable

■ Por su parte, el equipo de salud lamenta principalmente la falta de tiempo, en concreto, el dedica-

Nota

1. San Agustín: Las confesiones, 3ª edición. Tecnos, Madrid, 2009, 584 pp



© F. Soutif/Elsevier Masson SAS

do a cada tarea, lo que a menudo refleja la falta de personal y de reparto de tareas. El aumento de la carga de trabajo debido a tareas de asistencia más complejas refuerza este sentimiento de pérdida de tiempo. Por ejemplo, los servicios de geriatría atienden a personas cada vez más dependientes.

■ **La organización del trabajo dentro del hospital** se realiza desde una triple perspectiva: eficacia, rentabilidad del tiempo y calidad de la asistencia. A veces, estos objetivos son muy difíciles de alcanzar. Los Auxiliares de Enfermería/TCE tienen con demasiada frecuencia la impresión de estar haciendo un “maratón” de cuidados de enfermería, aunque lo ideal sería dedicarle el tiempo suficiente a cada paciente. Esta situación puede generar frustración, decepción y sufrimiento entre los profesionales.

Cuando la falta de tiempo permite “protegerse”

■ **La falta de tiempo en los servicios es una realidad indiscutible:** son muchos los servicios que funcionan con limitaciones de personal. Cabe preguntarnos si lo dicho anteriormente no será a veces una excusa para ocultar otros problemas más difíciles de afrontar.

■ **También hace falta tiempo para comprender esto,** reflexionar,

analizar las situaciones y para tener perspectiva y no sobrepasar los límites.

Las experiencias y el estrés profesional

■ **Las mediciones temporales de la carga de trabajo** nunca son suficientes ni reflejan completamente las experiencias, en continua evaluación, de cada servicio y cada Auxiliar de Enfermería/TCE. Trabajar en pediatría, geriatría, maternidad, cuidados paliativos oncológica no tiene las mismas connotaciones. La edad de los pacientes y el motivo de su hospitalización (parto, cáncer, asma, etc.) originan emociones y ánimos diferentes, tanto física como psicológicamente. Asimismo, la experiencia, edad y formación de cada uno hace que percibamos la misma carga de trabajo de manera muy diferente.

■ **Afrontar la enfermedad, la muerte, el sufrimiento y los dramas humanos** requiere un equilibrio entre implicación personal (tiempo, energía psíquica, emoción) y recursos que debe renovarse continuamente. Por tanto, hace falta distribuir el tiempo de trabajo y de descanso de forma equilibrada, así como llevar un ritmo que se adapte a la planificación y que no esté cambiando continuamente.

Algunos consejos sencillos

■ **Para poder afrontar el sufrimiento ajeno,** escuchar, comunicarse y proporcionar cuidados de calidad, es indispensable que la organización de los servicios se reparta entre todos. Las reuniones de equipo y la comunicación entre los profesionales son esenciales.

■ **La comprensión mutua de las dificultades** y la confianza en un equipo multidisciplinario favorecen la realización personal de los Auxiliares de Enfermería/TCE. Por tanto, es importante valorar el trabajo de cada miembro del equipo.

■ **Aunque las planificaciones son muy difíciles de aplicar,** acciones como comunicarse, compartir experiencias y tener en cuenta las demandas deben seguir ocupando un lugar prioritario. El diálogo hace que nos sintamos escuchados y favorece la sensación de apoyo, algo primordial en el entorno sanitario. Por este motivo, es esencial disponer lugares y momentos donde cada uno pueda encontrar o recuperar su razón de ser.

Conclusión

El concepto de tiempo está estrechamente ligado a la percepción de la calidad de la asistencia y de la calidad de trabajo. Por tanto, es necesario dar tiempo a los Auxiliares de Enfermería/TCE para adaptarse mejor a los pacientes. ●

Acerca del autor
Ghislaine Danion
[1] Psicóloga, centro hospitalario de Senlis, Francia.

Coordinadora del informe: Corine Cordon
Responsable de la Escuela AS, Trappes, Francia.

La organización del trabajo, ritmo y condiciones

A lo largo de las tres últimas décadas, el trabajo de los Auxiliares de Enfermería/TCE ha experimentado grandes transformaciones. El desarrollo de las nuevas tecnologías, las hospitalizaciones de corta duración, la falta de personal, los nuevos medios de comunicación y la búsqueda de resultados aumentan la actividad ocasional y provocan una redefinición constante de los roles profesionales.

Palabras clave:

- Auxiliar de Enfermería,
- Desgaste profesional,
- Hospital,
- Organización,
- Planificación,
- Prioridad,
- Rol,
- Ritmo,
- Tarea,
- Tiempo,
- Trabajo,
- Urgencia

La organización de las tareas se realiza en función de la actividad médica, el funcionamiento de los servicios técnico-sanitarios y logísticos, y las exigencias de las distintas instancias (calidad, vigilancia, etc.). El establecimiento de mecanismos de protección a nivel organizativo puede evitar que los Auxiliares de Enfermería/TCE sufran situaciones de estrés o desgaste profesional (cuadro 1).

Las exigencias de tiempo

Las exigencias de tiempo representan una de las primeras causas de tensión mental. El teléfono, los timbres, las señales acústicas, las interrupciones técnicas, la falta de

material y las urgencias implican realizar tareas de forma simultánea. Estos factores provocan angustia y cansancio que, a su vez, pueden provocar miedo y estrés.

La planificación de la asistencia sanitaria

La planificación de la asistencia sanitaria se ve continuamente comprometida por las exigencias de tiempo. De este modo, después de cada tarea, los Auxiliares de Enfermería/TCE se ven obligados a elegir rápidamente, entre múltiples posibilidades, cuáles son las acciones prioritarias en ese momento. Además, las tareas se realizan en un tiempo limitado. Por último, con frecuencia se producen

interrupciones que obligan a reiniciar la actividad que se estaba realizando.

■ **La interrupción de la actividad es un fenómeno que ocurre habitualmente.** De este modo, los Auxiliares de Enfermería/TCE deben afrontar múltiples situaciones que en ocasiones requieren acciones diferentes. Deben adaptarse constantemente a las demandas y modificar la planificación de sus tareas en función del estado de salud del enfermo, las exigencias del servicio y los nuevos horarios de las unidades técnico-sanitarias y logísticas. Esto le lleva a interrumpir su trabajo y a tener que programar nuevas tareas. Esta modificación constante en la forma de realizar las tareas obliga a los Auxiliares de Enfermería/TCE a adaptarse continuamente a las nuevas instrucciones y a dejar de ajustarse a los hábitos de trabajo establecidos.

El trabajo en urgencias

■ **El trabajo realizado en una situación de emergencia requiere una atención constante** y constituye una agresión para el organismo que puede provocar trastornos psicológicos. Actuar en caso de urgencia reduce el margen de maniobra, la previsibilidad de las tareas y el tiempo disponible para asimilar los conocimientos. La gran cantidad de información relativa al estado de los enfermos, los procedimientos que deben respetarse

© F. Soutif/Elsevier Masson SAS



y las observaciones que hay que transmitir exigen una vigilancia y una disposición en constante estado de alerta por parte de los Auxiliares de Enfermería/TCE, que se ven obligados a jerarquizar y priorizar sus acciones en función de las respuestas ante actos urgentes y vitales (figura 1).

Evolución de la asistencia

■ **El desarrollo de la cirugía y la medicina ambulatoria** modifica las prácticas. Este tipo de hospitalización requiere una organización que tenga en cuenta un ritmo de trabajo



Figura 1. “Matriz de Eisenhower”. En 1944, durante el desembarco de Normandía, el general Dwight D. Eisenhower proporcionó a sus tropas una sencilla herramienta de organización que les permitía clasificar las acciones planificadas según dos criterios diferentes: la urgencia y la importancia. En un contexto profesional diario, las tareas planificadas también se pueden clasificar siguiendo cuatro niveles de prioridad y visualizarse en un cuadro como este.

Cuadro 1. Definiciones de estrés y de desgaste profesional

► El concepto de estrés se comenzó a estudiar y describir en los años treinta gracias al fisiólogo canadiense Hans Selye. Se trata de una reacción fisiológica del organismo ante exigencias o agresiones, con el fin de protegerse contra cualquier peligro y mantener el equilibrio biológico en un estado funcional.

► El síndrome de desgaste profesional, también conocido como síndrome de burnout, se produce en el trabajo y se debe al estrés. Este concepto se desarrolló en Estados Unidos durante los años setenta, y empieza a manifestarse debido a un nivel excesivo y prolongado de estrés relacionado con el trabajo, que no puede mitigarse mediante los métodos habituales y activos para resolver problemas. Éste ejerce una presión sobre la persona, la cual se traduce en sentimientos de tensión, irritabilidad y fatiga. El desgaste profesional se caracteriza por la falta de emoción y de implicación interpersonal, de modo que la distancia entre auxiliar y enfermo resulta excesiva, dado que el primero no es capaz de sentir la más mínima empatía por este último. El síndrome reduce el sentimiento de realización personal y provoca la infravaloración del propio trabajo. Los auxiliares

afectados consideran que ya no son “buenos en nada”.

► Una de las medidas para prevenir la desmotivación y el desgaste de los auxiliares consiste en mejorar las condiciones de trabajo. Se considera, por tanto, necesario establecer mecanismos de asistencia y protección a nivel organizativo:

- reuniones de comunicación y diálogo que permitan transmitir la información técnica y las modificaciones de protocolo, así como analizar las cuestiones prácticas;
- grupos de diálogo dirigidos por un psicólogo que sirvan de apoyo al personal, facilitando la comunicación y favoreciendo el mantenimiento del equilibrio interior de los auxiliares. Gracias al apoyo prestado por el grupo, los auxiliares aprenderán a conocerse mejor a sí mismos y, por tanto, desarrollarán estrategias de enfrentamiento que les permitirán afrontar las situaciones de estrés;
- formación en materia de prevención de actitudes y posturas que ayuden a los auxiliares a adaptar su comportamiento con objeto de evitar accidentes laborales. Otro tipo de formación, por ejemplo, sobre la enfermedad de Alzheimer, la relación de ayuda o la higiene, puede facilitar la asistencia de los pacientes;



- la disponibilidad de un equipamiento adaptado y funcional, como camas de hospitalización, lavacañas, elevadores de personas o andadores, permite evitar manipulaciones adicionales;
- factores como la participación en proyectos de equipo, la asunción de responsabilidades transversales (de tutoría, dolor o higiene) y la posibilidad de obtener apoyo dentro del colectivo de trabajo e incluso fuera del mismo, también pueden servir para equilibrar tensiones psicológicas elevadas.

Notas

1. El taylorismo es un método de trabajo que debe su nombre al ingeniero estadounidense Frederick W. Taylor (1856-1915). Este método, que surge en 1880 y tiene como objetivo alcanzar el máximo rendimiento, se basa en el análisis de las técnicas de producción (movimientos, ritmo y cadencia), la definición de las tareas (concepción) y el paso del salario pactado por servicio al salario por hora.

2. Acker F.:

"Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital". Revue française des Affaires Sociales. N.º 1. 2005, 167-81.

Acerca del autor

Ingrid Choucraallah, responsable de formación, IRFSS (Instituto Regional de Formación Sanitaria y Social), Ifas, Cruz Roja francesa, Limeil-Brévannes Francia.

concentrado. Los pacientes llegan a la vez y, a continuación, en un breve espacio de tiempo se suceden la asistencia sanitaria y la salida del quirófano, la supervisión, el tratamiento y la preparación del alta. Cualquier mínimo cambio que se produzca en la organización de las tareas, como pasar más tiempo con el enfermo o sus familiares, por ejemplo, puede provocar errores organizativos en el desarrollo de la planificación.

Los Auxiliares de Enfermería/TCE trabajan bajo presión.

En efecto, la duración de la asistencia ambulatoria exige actuar con mayor rapidez, tipificar las tareas e incluso "taylorizarlas"¹². De este modo, el tiempo disponible para realizar los cuidados restantes hace que aumente la obligación de trabajar más rápido. Este tiempo se adapta con dificultad a los horarios de la jornada laboral.

La evolución de la asistencia de pacientes tiene consecuencias concretas en la organización del trabajo en lo concerniente al desplazamiento de tareas y la confusión de los roles profesionales. Esta nueva forma de asistencia viene acompañada por una distribución o creación de tareas como, por ejemplo, el desarrollo de actividades administrativas, logísticas o informáticas.

La reducción del tiempo de hospitalización de los pacientes implica una reestructuración organizativa de la asistencia sanitaria.

Los pacientes poseen una mayor autonomía o vuelven a ser independientes muy rápidamente y, en consecuencia, los Auxiliares de Enfermería/TCE realizan menos aseos, ayudas de desplazamiento o de instalación y asistencia en las comidas. Así pues, esta disponibilidad favorece que los enfermeros propongan a los Auxiliares de Enfermería/TCE tareas como la elaboración y la preparación de informes de asistencia sanitaria antes del ingreso de los pacientes, o que les asignen tareas de asistencia técnica, como pasar instrumentos o mantener a los pacientes en posiciones determinadas¹.

La presión de la carga de trabajo aumenta en función de las exigencias de tiempo.

El ritmo de trabajo y los plazos establecidos, así como la cantidad de información que hay que recopilar, memorizar, analizar y transmitir, son un aspecto esencial de las tensiones psicológicas relacionadas con el trabajo. El ritmo de trabajo impuesto por el control cada vez más frecuente por parte de los superiores y las demandas del equipo multidisciplinario (kinesioterapeutas, conductores de ambulancia, dietistas, psicólogos, etc.) apremian a los Auxiliares de Enfermería/TCE a trabajar sin descanso. Éstos deben prestar asistencia respetando las normas y los procedimientos dentro de un plazo fijo.

A estos factores se une la falta de personal, que obliga a los Auxiliares de Enfermería/TCE a realizar su trabajo en un tiempo

limitado y, por tanto, a "darse prisa e ir al grano".

Por otra parte, las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (TIC) ocupan un lugar fundamental en las actividades de los Auxiliares de Enfermería/TCE. Tanto los informes informatizados de asistencia sanitaria y los pedidos de material y medicamentos, como la declaración de accidentes de trabajo y de exposición a sangre (AES) y las planificaciones, se elaboran con el objetivo de "ganar tiempo". No obstante, estas herramientas pueden originar presión y estrés, e incluso pueden ocasionar una pérdida de tiempo si no se dominan correctamente.

Conclusión

Ante el conjunto de exigencias técnicas y organizativas existentes y la multiplicidad de las tareas asignadas, dentro de un contexto en el que las demandas de productividad y eficacia han aumentado, nos preguntamos cuánto tiempo conceden los Auxiliares de Enfermería/TCE a la atención personal y la comunicación con los pacientes. ¿Corremos el riesgo de que molestarse en detenerse, escuchar y ponerse a disposición del enfermo o de su familia se convierta en un reto? ●

La reducción del tiempo de hospitalización de los pacientes junto con el desarrollo de la medicina ambulatoria provocan la aceleración y estandarización del trabajo de los auxiliares. Tales condiciones laborales pueden desembocar en un estado de estrés, tal como el desgaste profesional (burn out), sobre todo en aquellos auxiliares con responsabilidades cada vez más extensas y variadas.

© F. Soutif/Elsevier Masson SAS



Normas de publicación



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

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

Normas para realizar la actividad acreditada

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

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



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

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

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

Apellidos _____ Nombre _____
 NIF _____
Datos Domicilio
 Dirección _____ N° _____ Esc _____ Piso _____ Letra _____
 Localidad _____ Código Postal _____ Provincia _____
 E-Mail _____ Teléfono _____ Móvil _____

DATOS BANCARIOS

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

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

Comunicación **intercultural:** **aprendiendo** a conocernos

La inmigración es un fenómeno social casi inherente al ser humano en cuanto a su necesidad de mejorar económicamente o de abarcar lo desconocido. No obstante, en los tres últimos siglos, el volumen de personas que han cambiado su país de residencia ha ido en aumento, de tal manera que ha obligado a los de acogida a introducir importantes cambios para adaptarse a esa nueva geografía ciudadana. En este caso, hablaremos de los inmigrantes llegados a España, en general, y al País Vasco en particular, y sobre las implicaciones que ha tenido su acogida en el sistema público sanitario.

“Preguntas, cíclope, cómo me llamo..., voy a decírtelo. Mi nombre es nadie y Nadie me llaman todos...”

Homero (Odisea, Canto IX)

Resumen

Debemos ser coherentes con los estandartes que impregnan nuestro sistema de salud: **universalidad, igualdad y equidad**, si no caeríamos en una contradicción. Para poder dar cobertura a esa asistencia sanitaria es necesario el entendimiento y para ello se hace imprescindible la comunicación. Y si la comunica-

ción, de por sí, ya es difícil y llegar a entendernos y comprendernos con nuestros semejantes resulta, a veces, complicado, mucho más difícil y más arduo resulta comunicarnos con personas con un idioma diferente al nuestro, con una cultura distinta y en una situación especial de incertidumbre, desconocimiento y adaptación. Si a esto le añadimos

la vulnerabilidad que acarrea tener un problema de salud, las dificultades para comunicarse se agudizan. Además, **el idioma es necesario** para tener un buen diagnóstico, para un tratamiento correcto, para dar las indicaciones adecuadas, aunque **debemos ir más allá porque un mismo idioma no garantiza el entendimiento**.

Por todo ello, la comunicación con los inmigrantes presenta un reto para los profesionales sanitarios en el ejercicio de su actividad asistencial. Hay que atenderles en igualdad de condiciones, de lo contrario estaríamos haciendo demagogia.

Introducción

Somos testigos de primera mano de uno de los acontecimientos que más trascendencia tiene a lo largo de la historia universal: la inmigración.

Es uno de los fenómenos más importantes que ocurre en nuestra sociedad, tanto en el plano social y económico como cultural. En las dos últimas décadas ha ido en au-



mento y no podemos dejar de actuar ante los miles, millones de personas que, procedentes de diversos países, conviven con nosotros y nos muestran un mapa humano con una gran diversidad de culturas que conforman la sociedad actual. Sociedad que ha pasado de ser emigrante a ser receptora, a acoger a los que llegan.

■ Inmigración ≠ invasión

En los últimos estudios realizados por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) la inmigración aparece, de forma reiterada, como uno de los tres primeros problemas que más preocupan a los ciudadanos.

Se percibe como una invasión, una avalancha. Se identifica al inmigrante como el no deseado, el enemigo. La sociedad lo recibe bajo el prisma de los tópicos existentes que entorpecen y dificultan su comprensión.

Sin embargo, esa percepción no concuerda con los datos obtenidos en diversas investigaciones, que desmitifican esos tópicos y confirman que los inmigrantes no hacen un uso abusivo de las ayudas económicas y sociales ni colapsan los servicios sanitarios y, además, contribuyen económicamente en lo que les corresponde.

■ **La salud es un derecho fundamental.** Así se recoge en nuestra Constitución (Art.43). Disfrutar de ella sin restricciones es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social (Constitución OMS). Nuestro sistema sanitario público proclama la universalización de la salud (Ley General de Sanidad de 1986), y acuña la libertad, equidad e igualdad como notas características, aunque éstas se ven seriamente dañadas en la práctica.

■ **La asistencia sanitaria al inmigrante ha aumentado** progresivamente por lo que tenemos que aprender a tratarlos mejor, ya que en la actualidad existen desajustes. Los inmigrantes reciben atención médica pero no en las mismas condiciones que lo hace el resto de población autóctona. Los grupos minoritarios presentan riesgo de recibir una asistencia de peor calidad en cuanto al diagnóstico, tratamiento y servicios de prevención, que los recibidos por la media de la población. Los servicios de asistencia sanitaria no son lo suficientemente sensibles a las necesidades específicas de las minorías.

Para poder dar cobertura a esa asistencia sanitaria es necesario, ante todo, el entendimiento y para ello se hace imprescindible la comunicación. Y si ya, de por sí la comunicación es difícil y llegar a entendernos y comprendernos con nuestros semejantes resulta, a veces, complicado mucho más difícil y más arduo es comunicarnos con personas con diferente idioma al nuestro, con una cultura distinta y en una situación especial de incertidumbre, desconocimiento y de adaptación. Si a esto, además, le añadimos la vulnerabilidad que acarrea tener un problema de salud con lo que ello implica, se agudizan más las complicaciones en la comunicación. Por eso, presenta un reto para los profesionales sanitarios la comunicación con los inmigrantes en el ejercicio de su actividad asistencial

Objetivos

Con este trabajo pretendemos:

1. Contribuir a desmitificar las concepciones, en relación a la salud, que la sociedad tiene respecto de los inmigrantes en el ámbito laboral en el que nos movemos.

2. Analizar los diversos problemas de comunicación que surgen en-



tre los sanitarios y este grupo de personas.

3. Tras establecer los datos estadísticos, tratar de sensibilizar y acercarse al lado humano del conflicto para establecer pautas de comunicación eficaz y efectiva, con el objetivo de mejorar la calidad de la asistencia sanitaria y de los servicios prestados.

Material y metodología

En la unidad en la que trabajamos, una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de diez camas polivalentes de un hospital general de agudos (Hospital Galdakao-Usansolo) que dispone de 439 camas, trabajamos con el método observacional de cortes retrospectivo y descriptivo.

El Hospital Galdakao-Usansolo (HGU) es una organización de servicios sanitarios perteneciente a la Red de Osakidetza que da cobertura asistencial a la comarca interior de Bizkaia, y es el hospital de referencia para una población de 298.190 personas —de las cuales 8.745 son extranjeras—, caracterizada por ser eminentemente rural y muy dispersa geográficamente. Para desmitificar las ideas erróneas en cuanto a la salud, optamos por un estudio comparativo entre la población inmigrante y la población autóctona. Para ello, realizamos un estudio estadístico que recogía el número de inmigrantes ingresados en los tres últimos años, 2005–2007, mediante la revisión de los episodios de ingreso y alta.

Nota

* No pudimos obtener ni un solo paciente de origen asiático.

■ **La muestra obtenida no ha resultado muy cuantiosa** —39 pacientes inmigrantes ingresados—, lo que determina su escasa representatividad; para suplir esa carencia y poder establecer un perfil sociológico exploramos las siguientes variables sociodemográficas del muestreo:

- **La procedencia u origen** (pertenecer a alguno de los grupos de población emigrante con mayor representatividad en el País Vasco*: magrebíes-subsaharianos, latinoamericanos y de Europa del Este)
- **La edad** (ser mayor de 16 años)
- **El sexo**

■ **Otras variables fueron:**

- **La causa del ingreso**
- **La estancia media en esta unidad**

Siempre en comparación con los resultados obtenidos de este grupo con los del resto de pacientes ingresados.

● **Los problemas de comunicación debido a:**

1. Las diferencias idiomáticas
2. Las diferencias culturales

■ **Para conocer mejor la implicación de estas variables se validó un cuestionario** elaborado por expertos en la materia y el propio personal implicado. Consta de siete preguntas tipo test para cada problemática, con cuatro posibles respuestas cada una. Una vez obtenidos los resultados, se estableció un intervalo de confianza del 95% (error = +/- 1,77%).

Todo ello, con el objetivo de analizar los problemas de comunicación. Por eso, no hemos tenido en cuenta la variante del sexo de los pacientes inmigrantes ingresados, porque es indiferente, ya que estudiamos el grupo en su conjunto.

Planteamos como variables, en este apartado, tanto el tiempo de estancia en la comunidad autónoma, como la situación socioeconómica, pero la ausencia de ambos datos en numerosas historias clínicas no nos ha aportado una información de peso para establecer diferencias de comunicación con estas determinaciones.

■ **Igualmente, llevamos a cabo una revisión bibliográfica y búsqueda bibliográfica** en Internet

mediante diferentes meta-busca-dores para lo que utilizamos como palabras clave:

- Inmigración y salud
- Inmigración y comunicación
- Relativismo cultural
- Mediación sanitaria
- Comunicación intercultural

Resultados

■ **La muestra obtenida en la unidad en la que trabajamos es de 39 ingresos en el periodo 2005-2007:** en el año 2005, 11 pacientes fueron inmigrantes lo que representó el 1,12% de los 85 ingresos que hubo; en el año 2006, los pacientes de otros países fueron 16, lo que representa el 1,53% del total de pacientes ingresados ese año, que ascendieron a 1.045; en el año 2007, el número de inmigrantes atendidos en esta unidad fue de 12 de un total de 1.036, lo que supone una representación del 1,36%.

Por tanto, la media de los tres últimos años se establece en 13 pacientes inmigrantes/año, lo que supone un 1,27% de media en los ingresos totales del periodo estudiado.

Del total de pacientes inmigrantes ingresados en la UCI, 21 fueron hombres y 18 mujeres, con el siguiente reparto:

	2005	2006	2007
Hombre	2	10	9
Mujer	9	6	3

A la vista de estos datos podríamos establecer que, respecto al sexo, el 53,85% han sido varones y el 46,15% fueron mujeres.

Si bien durante el periodo objeto de estudio, hubo un mayor ingreso de pacientes masculinos, el porcentaje de diferencia, un 6,70%, no es reseñable.

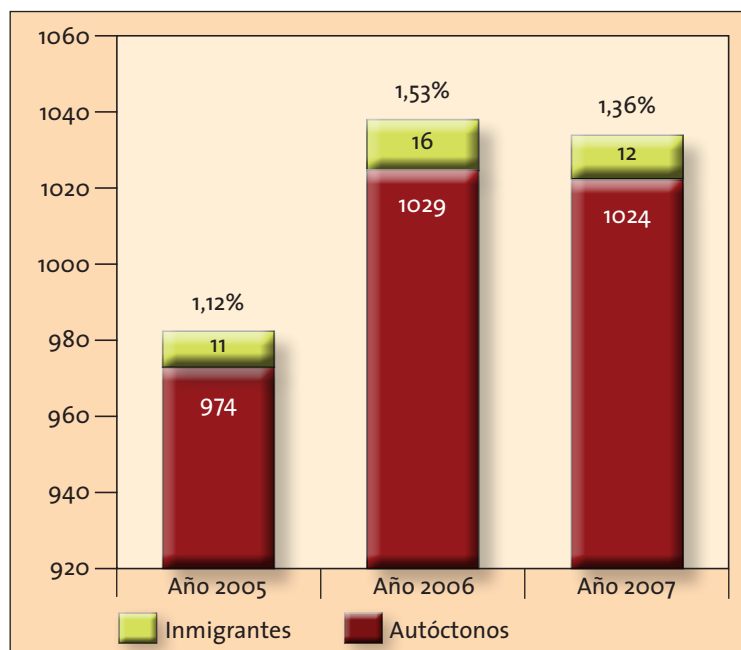


Figura 1. Pacientes ingresados en el periodo 2005-2007)

■ Países de origen

● De los 21 **ingresos masculinos** (53,85%):

- 7 fueron magredíes-subsaharianos (17,95%)
- 6 de Europa del Este (15,40%)
- 5 latinos (12,80%)
- 3 pertenecientes a otros países de la Unión Europea (7,70%)

● De los 18 **ingresos femeninos** (46,15%):

- 8 procedían de Europa del Este (20,50%)
- 6 de Latinoamérica (15,40%)
- 3 eran magredíes-subsaharianas (7,70%)
- 1 de la Unión Europea (Portugal) (2,55%)

■ Ingresos por edades

Pacientes inmigrantes	2005	2006	2007
Edad media	47	49	44

Pacientes autóctonos	2005	2006	2007
Edad media	63,7	64,2	63,4

El grupo de población inmigrante con más ingresos han sido los procedentes de la Europa del Este, con un 35,90% y donde más predominaba el sexo femenino. Seguido de los originarios de Latinoamérica con un 18,20%, donde ambos sexos estaban más equilibrados, y un 25,65% de pacientes africanos, donde se aprecia un predominio masculino (7-3). El resto, un 10,25% lo ocupan los procedentes de algún país de la CEE, donde ha habido más ingresos de hombres.

La edad media de ingreso de los pacientes inmigrantes es de 47 años, mientras que la media de edad de los autóctonos quedó establecida en 64 años. A la vista de este indicador podemos reseñar la diferencia

Tabla 1. Distribución de los Ingresos de Pacientes Inmigrantes

Años	2005	2006	2007	Total
Sexo				
Hombre	2	10	9	21 = 53,85 %
Mujer	9	6	3	18 = 46,15 %
Edad media	47	49	44	46,6
Colectivo				
Africano:				
Hombre	1	3	3	7
Mujer	2	0	1	3
Europa del Este:				
Hombre	1	2	3	6
Mujer	3	4	1	8
Latinoamérica:				
Hombre	0	3	2	5
Mujer	3	2	1	6
Europeo Comunitario:				
Hombre	0	2	1	3
Mujer	1	0	0	1
Causa de ingreso				
Cardiológico:	54,50%	62,50%	50%	55,70%
Africano:				
Hombre	1	3	2	6
Mujer	1	0	0	1
Europa del Este:				
Hombre	0	1	1	2
Mujer	1	2	0	3
Latinoamérica:				
Hombre	0	2	2	4
Mujer	2	1	0	3
Europeo Comunitario:				
Hombre	0	1	1	2
Mujer	1	0	0	1
Otros:	45,50%	37,50%	50%	44,30%
Africano:				
Hombre	0	0	1	1
Mujer	1	0	1	2
Europa del Este:				
Hombre	1	1	2	4
Mujer	2	2	1	5
Latinoamérica:				
Hombre	0	1	0	1
Mujer	1	1	1	3
Europeo Comunitario:				
Hombre	0	1	0	1
Mujer	0	0	0	0
Estancia media ingreso	2,57%	2,70%	2,76%	2,67%

Notas

* Sólo se diagnosticó un caso de paludismo y ninguno más debido a una enfermedad infecciosa característica de sus países de origen.

** Los pacientes varones africanos han sido los que más han sufrido este tipo de dolencia, seguidos por los latinos.

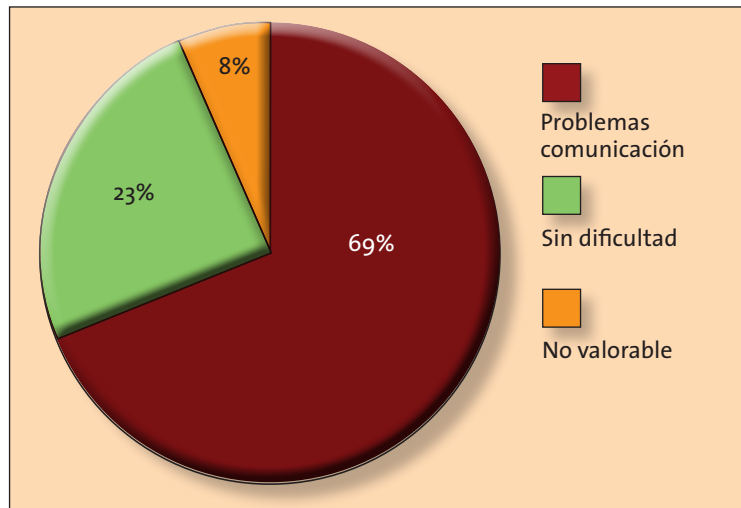


Figura 2. Problemas lingüísticos

existente entre la edad media de uno y otro grupo, siendo significativamente inferior la de los pacientes inmigrantes.

■ **Causas del ingreso.** Hay que distinguir entre los diagnósticos por motivos cardiológicos y los originados por otras patologías. En el periodo investigado, las causas más comunes fueron dolencias de tipo cardiológico (IAM, Scacest, Scacest PCI, cardioversiones, marcapasos...), lo que representa un 55,7% (distribuidas en un 54,5% en el año 2005; un 62,5% en el año 2006 y un 50% en el año 2007); el resto, un 44,3%, lo engloban diversos diagnósticos, (pielonefritis, encefalitis, intoxicaciones etílicas...), si bien destacan afecciones de ti-

po respiratorio: crisis asmáticas y neumonías*.

● **Dolencias cardíacas.** De este 55,7% (22 pacientes), un 35,45% fueron hombres (14 pacientes con diagnóstico cardiológico) y el resto, 20,25%, fueron del sexo femenino (8 mujeres diagnosticadas de dolencias cardiológicas). Analizando la variable del país de origen en relación a la causa de ingreso, de los 22 casos:

- 7 fueron africanos** (6 hombres frente a 1 mujer)
- 7 fueron de procedencia latina (4 hombres frente a 3 mujeres)
- 5 procedieron de Europa del Este (2 hombres frente a 3 mujeres)
- 3 pacientes vinieron de otro país de la UE

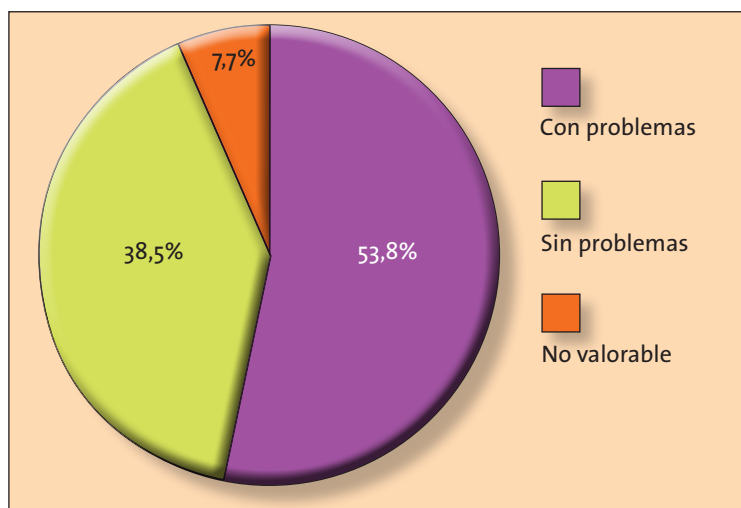


Figura 3. Problemas culturales

En cuanto a la población autóctona, las patologías causantes de ingreso no difieren demasiado, ya que el 65,4% representa las causas cardiológicas (un 64,8% en el año 2005, en el año 2006 un 63,5% y en el último año investigado 2007 un 68,1%). El 34,6% restante lo engloban diagnósticos de diverso tipo.

■ **Duración del ingreso.** La estancia media de ingreso está condicionada por la causa que lo origina.

- En las patologías cardiológicas se establece en 1'5 a 2 los días de ingreso.
- En enfermedades de otro tipo la estancia media varía en función del diagnóstico y evolución, estableciéndose en 7'8 días de estancia.

Los datos de la tabla 1. son idénticos a los obtenidos de pacientes oriundos; así, en el año 2005 la estancia media se cifró en 2,57; en el año 2006 en 2,70 y en 2,76 en el año 2007.

■ **Dificultades idiomáticas.** En el periodo analizado, y teniendo en cuenta la media de ingresos medios establecida en 13 pacientes inmigrantes por año, los resultados obtenidos son los siguientes: (figura 2).

- 9 de los pacientes atendidos (69,2%) presentan problemas de comunicación, tanto a nivel hablado como de comprensión, dificultades para entender y necesidad de intérprete, que normalmente suele ser un familiar o alguien cercano a su entorno y de su mismo grupo étnico.
- 3 pacientes (23,1%) no tuvieron problemas de comunicación por el idioma ya que lo dominaban sin dificultad. Eran pacientes procedentes de Latinoamérica, donde el problema con la lengua no existe aunque sí las dificultades de comprensión por expresiones o significados.

● 1 paciente (7,7%) no es valorable por su situación (estado vegetativo persistente, coma...).

■ **Diferencias culturales.** En cuanto a las diferencias culturales, de los 13 pacientes inmigrantes ingresados: (figura 3).

● 7 pacientes (53,8%) presentan alguna particularidad en función de su cultura (dietas, horario de visitas, aseo...) que interfieren con la comunicación.

● 5 pacientes (38,5%) no presentan ningún problema.

● 1 paciente (7,7%) no es valorable por su estado.

Cabe señalar que no hemos detectado problemas de comunicación debido a las diferentes creencias religiosas de los pacientes, aunque los de origen africano sí han manifestado sus inclinaciones o preferencias a este respecto.

■ **Otras particularidades**

● **Colaboración**

La mayoría de pacientes inmigrantes ingresados presentan un alto grado de colaboración, un 84,6%; del resto, un 7,7%, no lo hace, y el otro 7,7% no es valorable por su diagnóstico.

Con respecto a su estado de ánimo:

● Un 77% se muestra apático, triste, deprimido...

● Un 15,3% no hace referencias de este tipo

● Un 7,7% no es valorable por su situación

Discusión

Además de los resultados obtenidos en el estudio, para poder elaborar las conclusiones y en base a todo ello establecer una propuesta, hemos de tener en cuenta una

serie de consideraciones recogidas a través de la revisión bibliográfica llevada a cabo.

En España, la inmigración ha ido en aumento en las dos últimas décadas. Prueba de ello son los datos obtenidos de diversas fuentes: Instituto Nacional de Estadística (INE), CIS..., que cifran en cuatro millones y medio los inmigrantes que residen en España, lo que representa el 10% de la población total de este país. A día 1 de enero de 2007, de los residentes en este país, 40.630.000 tenían nacionalidad española y 4.480.000 eran extranjeros.

Según el INE, España superó los 45.000.000 habitantes debido, sobre todo a la oleada de inmigrantes recibida desde la década de los 90. Cabe señalar, además, que España es el segundo país, después de EE.UU., que acoge un mayor número de inmigrantes.

■ **Procedencia de los inmigrantes**

Los inmigrantes proceden de diversos países, extracomunitarios y comunitarios:

● **Procedencia extracomunitaria**

- 12,89% procede de Marruecos
- 9,45% procede de Ecuador
- 5,78% procede de Colombia
- 4,43% procede de Bolivia
- 3,12% procede de Argentina

● **Procedencia comunitaria**

- 11,66% procede de Rumanía
- 6,96% procede de Reino Unido
- 3,63% procede de Alemania
- 2,98% procede de Italia
- 2,70% procede de Bulgaria

● **Las comunidades autónomas que acogen más inmigrantes** (extracomunitarios y comunitarios) son:

- Levante
- Andalucía
- Baleares
- Canarias

La opinión de los especialistas

► **Las anotaciones realizadas en la historia clínica**, tanto por los facultativos como por el personal de enfermería plasman esa realidad: “Dificultad de comunicación”, “problemas para entendernos”, “importante barrera lingüística”, “no conseguimos valorar, parte por el idioma parte por la incomprensión de la situación”..., etc.

► **El 69,2% de las historias clínicas valoradas** contienen este tipo de anotaciones que hablan de casos en los que la comunicación no se ha establecido o ha contado con limitaciones. Este dato también es un reflejo de la mayor inversión de tiempo y esfuerzo que el personal sanitario emplea en la asistencia de este tipo de pacientes.

● **Y las ciudades a las que mayor número de inmigrantes comunitarios** acuden son:

- Madrid
- Barcelona
- Alicante
- Cádiz

● **Por el contrario, las comunidades autónomas con menor número de inmigrantes** son:

- Cantabria
- Extremadura
- Asturias

Respecto a la forma de entrada, y a pesar de lo que habitualmente se piensa, tan sólo el 8% de los inmigrantes irregulares que llegan a España lo hacen en patera o cayuco. Un 34% utiliza los medios terrestres, y el 58% llega en avión (en 2006, se interceptó a 17.408 sin papeles en Barajas) con visado de turista.

■ **Perfil del inmigrante y su forma de vida en nuestra sociedad**

- Más de la mitad son hombres (53,4%) frente al 46,6% de mujeres.
- El 80% no supera los 45 años.
- El 57% tienen estudios secundarios y un 20% superiores.
- Los magrebíes y subsaharianos no vienen con sus familias, los latinoamericanos, en cambio, sí.

- Los trabajos que desempeñan habitualmente son: empleadas del hogar, agricultura, construcción y hostelería.
- Más de 200.000 son autónomos: el 68,7% varones y el 31,3% mujeres; empleados en reparación de vehículos, comercios (chinos), hostelería, actividades inmobiliarias, construcción y servicios sanitarios (argentinos). La Inspección de Trabajo detectó en septiembre de 2007 casi 8.500 infracciones de extranjeros sin permiso de trabajo.
- En marzo de 2008, 2.073.658 estaban afiliados a la Seguridad Social.
- Compran el 35% de las viviendas.
- Son padres del 17% de los recién nacidos.

■ **Las previsiones.** En los próximos 50 años se calcula que recibiremos 14.600.000 inmigrantes, y se llegará a los 59.7010.000 de habitantes en el año 2050.

■ La situación en el País Vasco

En la comunidad autónoma del País Vasco, el fenómeno migratorio tiene características diferentes que hay que tener en cuenta a la hora de realizar estudios sobre cuestiones de salud en relación al colectivo inmigrante.

La población de extranjeros es, según datos obtenidos por el Observatorio Vasco de Inmigración (OVI), inferior a otras comunidades: en 2007 la cifra de inmigrantes empadronados ascendía a 98.108 personas, lo que supone un 4,6% del total de la población, con un incremento del 48% desde el año 2004.

• Procedencia

- 49% de Latinoamérica
- 17% de África
- 11% de Europa no comunitaria
- 5% de Asia

• Sexo

La distribución por sexos varía según el origen:

- La inmigración africana presenta un claro predominio masculino con porcentaje superior al 70%, llegando al 90% para los nacidos en Senegal, Ghana y Malí.
- La inmigración procedente de Latinoamérica presenta un perfil femenino.
- En el resto de orígenes la proporción es equilibrada.

■ **Problemáticas principales.** Tras el estudio observacional y la revisión bibliográfica podemos establecer que existen dos tipos de problemas principales a los que nos enfrentamos y que inciden directamente en el fracaso de la comunicación: los de tipo lingüístico y los culturales. Entre estos habría que diferenciar los problemas o prejuicios nuestros y los problemas de la gente que llega.

• **Problemas lingüísticos:** el fracaso de comunicación no sólo viene dado por el diferente idioma, sino también por los diferentes significados de las palabras, por los gestos, por el giro de las expresiones..., etc.

• **Problemas culturales:** nos enfrentamos a prejuicios adquiridos por nuestra parte, al etnocentrismo (tendemos a juzgar las creencias y las costumbres de otras culturas considerando que lo nuestro es superior y por lo tanto lo mejor). Además, pensamos que los inmigrantes han venido a quitarnos el trabajo, lo que provocará un incremento del paro de las personas autóctonas. Creemos que hacen un uso abusivo de nuestros recursos, sobre todo de los sanitarios y sociales, sin pensar que aceptan los trabajos que nosotros no queremos (hecho que aumenta la riqueza del país), y que el gasto de atención sanitaria que generan es inferior a los ingresos que aportan a las arcas públicas. No pensamos que han contribuido y que son

ellos los responsables directos del aumento de la natalidad, con la repercusión que esto conlleva en cuanto al rejuvenecimiento de la población activa de un país.

Cabe señalar, además, que alrededor de la persona que emigra pocas cosas permanecen inamovibles. La inmigración es una situación de cambio vital y como todo proceso de cambio comporta pérdidas y ganancias.

Hay que señalar, en primer lugar, **el Síndrome de Ulises** o síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple. Se caracteriza porque la persona padece unas determinadas pautas de estrés o duelos, acompañadas de un amplio conjunto de síntomas psíquicos y somáticos que se enmarcan en el área de la salud mental. Se caracteriza por los siguientes focos de tensión: la soledad, el sentimiento de fracaso, las vivencias de situaciones muy duras, y pasar por situaciones de terror.

■ **Otro problema es el duelo migratorio**, el proceso de reorganización de la personalidad que tiene lugar cuando la persona pierde algo significativo. En el caso de la emigración tendría que ver con la reelaboración de los vínculos que la persona ha establecido con el país de origen. Al marcharse, el inmigrante debe conjugar esos lazos afectivos que expresan su personalidad e identidad con los del país de acogida, para adaptarse.

El conjunto de duelos migratorios se pueden agrupar en siete duelos específicos:

1. Duelo por la familia y los amigos: comprende la separación de la familia sobre todo cuando el inmigrante atraviesa situaciones de necesidad

2. Duelo por la lengua materna: la adquisición de una nueva lengua comporta un gran esfuerzo por parte del inmigrante, tanto más

cuanto más radical sea el grado de exigencia de su conocimiento, y no todas las personas poseen grandes habilidades lingüísticas. Además, la pérdida del idioma o lengua materna, para el uso cotidiano en la mayoría de los contextos, hace difícil la expresión de los aspectos íntimos. El aprendizaje de la nueva lengua no conlleva la incorporación de claves y códigos que permitan la expresión de lo que cada cual lleva dentro,

3. Duelo por la cultura: la visión distinta de entender la vida, los aspectos como la alimentación, el vestir, el sentido del tiempo... dificultan los procesos de integración. Se siente una pérdida por aquellos hábitos, valores, formas de vida propios de la cultura de procedencia.

4. Duelo por la tierra, los paisajes: la carga emotiva ligada a la tierra comporta idealizaciones y sobrevaloraciones acerca de ella, esto conlleva negativa al dialogo.

5. Duelo por el estatus social: la migración comporta un proyecto de mejora y progreso social, personal o ambos, pero, sin embargo, la mayoría de los inmigrantes retroceden a nivel de estatus social respecto a su sociedad de origen.

6. Duelo por el contacto con el grupo étnico de origen: la identidad étnica no es sino un aspecto más del conjunto que conforman la identidad humana

7. Duelo por los riesgos físicos: con frecuencia son víctimas de violencia en los países de acogida, añadir el alto índice de accidentes laborales y enfermedades ligadas a las situaciones de irregularidad legal y explotación en la que trabajan.

A esto tendremos que añadir el choque cultural, que por lo que respecta a la salud también influye, ya que cada pueblo la percibe, al igual que la enfermedad, de diferente forma y tiene distintos

hábitos sanitarios. Los factores culturales y ambientales tienen mucha repercusión e implicación en determinadas enfermedades y las emociones se expresan de forma diferente según las culturas.

Por último, hay que decir que existe un desconocimiento del funcionamiento del sistema sanitario. Los inmigrantes, a menudo, carecen de información sobre los hospitales disponibles y sobre los servicios de cuidados ambulatorios o sobre asuntos de salud en general en el contexto específico de la sociedad a la que llegan. Ésta

Mención a parte merecen los “sin papeles”: la situación de irregularidad administrativa conlleva una serie de condiciones que convierten a este grupo en especialmente vulnerable, ya que se exponen a condiciones higiénico-sanitarias de riesgo; si enferman no acudirán al sistema sanitario, porque hacer público un problema de salud puede ser un obstáculo a la hora de encontrar trabajo.

suele ser una de las razones que los inmigrantes dan a menudo para no utilizar de manera eficaz los servicios sanitarios y para no actuar ellos mismos en la prevención de enfermedades.

Todas estas circunstancias hacen que somaticen la situación, con la repercusión que esto supone para su salud, lo que puede derivar en una enfermedad, y debido a la mala comunicación, no salimos del problema, no avanzamos, y se genera un círculo cerrado.

● **Mención a parte merecen los sin papeles:** la situación de irregularidad administrativa conlleva una serie de condiciones que convierten a este grupo en especialmente vulnerable, ya que se exponen a condiciones higiénico-sanitarias de riesgo; si enferman no acudirán al sistema sanitario, porque hacer público un problema de salud puede ser un obstáculo a la hora de encontrar trabajo. Su condición administrativa irregular, condiciona tanto el acceso como

la utilización de los servicios de salud. En los inmigrantes irregulares, los problemas se incrementan y las barreras se agudizan.

Conclusiones

■ **Nuestra comunidad no es una de las de mayor afluencia de inmigrantes,** por lo tanto el hospital y la unidad objeto de estudio no son un referente en este tipo de cuestiones. Pero los conflictos que se nos han presentado pueden aparecer en cualquier unidad de cualquier hospital, con el matiz de

que se intensificarán allí donde haya un número más elevado de pacientes inmigrantes, y en función del país de origen o comunidad a la que pertenezcan.

■ **Este estudio tiene una serie de limitaciones que obligan a interpretar los resultados con precaución,** ya que el muestreo obtenido no garantiza la representatividad de las tres muestras de colectivos inmigrantes y la naturaleza retrospectiva de algunas variables plantea la posibilidad de que se produzca algún sesgo.

■ **Además, hay que especificar que existe una característica añadida en los pacientes ingresados en una UCI,** y es que muchos de ellos pasan días intubados. Esta situación dificulta notablemente la comunicación. Con los pacientes inmigrantes es doblemente difícil, por un lado está su incapacidad para expresarse, que es obvia, y por otro lado la comprensión, ya que muchas veces no conocen bien el idioma del país de acogida.

■ **También se puede establecer, una vez contrastados los datos,** que durante el periodo estudiado, ha habido un mayor número de ingresos de sexo masculino, aunque la diferencia no sea notable. Que los pacientes procedentes de Europa del Este han sido los más numerosos, y entre ellos el porcentaje femenino ha sido superior, si bien los hombres de origen africano son los que más ingresan por causas cardiológicas.

■ **Los pacientes inmigrantes ingresados en esta UCI poseen una edad media notablemente inferior a los pacientes autóctonos,** aunque los motivos de ingreso no difieren entre unos y otros siendo las causas cardiológicas las más frecuentes. Igualmente, y en cuanto a la estancia media en el servicio tampoco hay diferencias.

■ **Estos resultados nos permiten apoyar la teoría del “inmigrante sano”,** que señala el buen estado de salud de estos grupos a su llegada al país de acogida, que empeora a partir de los 10 años de estancia. Y nos permite desmitificar, en nuestro

servicio de UCI, la percepción que la sociedad tiene adquirida sobre los inmigrantes y su estado de salud.

■ **Asimismo, podemos establecer que el desconocimiento del idioma dificulta notablemente la comunicación.** Hacemos uso de los signos, las señas, y tratamos de buscar un intermediario/traductor que facilite nuestra labor asistencial. Normalmente esta figura la ocupa un familiar del paciente o algún amigo de su círculo.

■ **Por eso son necesarios los intermediarios sanitarios,** entendidos como mediadores lingüístico-cultural-sanitarios, formados en inmigración, interculturalidad y mediación. Porque son importantes las expresiones no verbales, los giros, los significados de las palabras y la concepción de la salud que esa persona inmigrante tenga, los hábitos sanitarios adquiridos en su país de origen. Un mediador intercultural que elimine obstáculos que impiden o molestan la comunicación. Que realice una comunicación a tres bandas: de escucha a las partes, que

los que estén en minoría puedan expresar su visión, de transmisión de confianza (escucha activa, conocimiento, comprensión tanto de lingüística como de sentimientos), de actitud de apertura.

■ **Si bien puede parecer que la comunicación, o la falta de ella, no interfiere en la evolución de la enfermedad,** sí que lo hace en el estado emocional y anímico del paciente inmigrante ingresado. Además, la comunicación defectuosa condiciona la forma de relacionarnos con él ya que nos requiere mayor esfuerzo y emplear más tiempo. Al aumentar el tiempo de estancia del paciente en la unidad hay un incremento de la confianza y de trato por ambas partes, y el personal sanitario se involucra en mayor medida.

■ **El idioma es necesario** pero tenemos que ir más allá porque un mismo idioma no garantiza el entendimiento. Tenemos que establecer lazos de confianza, de igualdad, y de autonomía, entendida como libertad, porque estos son los que definen y generan la relación asistencial de colaboración que estamos obligados a encontrar.

Propuestas

■ **La cultura puede observarse desde dos perspectivas:** la del que la vive (emic) y la del observador (etic). No podemos evaluar al inmigrante únicamente de acuerdo con los patrones dominantes en la sociedad de acogida, ya que interpretar su realidad de esa manera es sesgar su peculiaridad. Cuando se entra en relación con personas de culturas muy distintas, se puede producir lo que se denomina un choque cultural. En éste no sólo se produce una incomprensión del comportamiento ajeno, sino que también afloran una serie de emociones negativas: desconfianza,



Figura 4.
Comprensión mutua

incomodidad, ansiedad, preocupación, etc. Para superar este choque cultural hay que comunicarse.

■ **Para la buena comunicación es necesario que las sociedades que acogen sean suficientemente flexibles** para comprender algunas de sus costumbres. Porque la comprensión de esas otras culturas nos garantiza el éxito de nuestra tarea sanitaria. Deberíamos reconocer que, sin duda, podríamos aprender muchas cosas de otras culturas. Nunca debemos caer en la creencia de que nuestra cultura tiene todas las respuestas, ninguna cultura tiene el monopolio completo de la verdad.

■ **Nuestra propuesta final:** en la comunicación intercultural hay dos aspectos fundamentales que deben conjugarse:

- El reconocimiento del otro
- El acercamiento de las partes (inmigrantes y autóctonos).

■ **De este reconocimiento y acercamiento, surge la comprensión mutua.** Si hay comprensión admitimos la otra cultura y solvemos los problemas con mayor facilidad los problemas lingüísticos; si esto se produce estamos en el camino de la **comunicación efectiva y eficaz.**

■ **Comunicación intercultural = Comunicación efectiva y eficaz**

El personal sanitario debe asumir su cuota de responsabilidad como parte integrante del sistema de salud al que pertenece; además, un mayor conocimiento favorecería una mayor comprensión y a su vez abriría las puertas de acceso a la integración. Si estamos informados seremos capaces de llevar a cabo una asistencia sanitaria acorde con lo que las circunstancias y la situación del paciente inmigrante nos demande y necesite.

■ **Ser inmigrante es una condición no una patología,** y por eso el personal sanitario debe superar las dificultades lingüísticas y culturales para transmitir sus conocimientos, cuidados y consejos a los recién llegados, si bien éstos también tendrán que realizar un esfuerzo para adaptarse a la realidad sanitaria de la que empiezan a formar parte.

La comunicación no sólo nos sirve para el hecho explícito, para esa consulta o una actuación concreta, sino que nos permite actuar en materia de prevención y para la construcción de la convivencia.

■ **La comunicación no es un simple intercambio de información,** implica también ser capaz de compartir emociones. Es decir, hay que ser capaz de crear una relación de empatía, ésta es necesaria para la comprensión mejor de “el otro”.

■ **En las comunicaciones interculturales hay que asumir que el malentendido puede ser la norma y no la excepción.** Por ello es necesario desarrollar la capacidad de metacomunicarse, tener la capacidad de decir lo que se pretende, cuando se dice algo.

■ **Debemos unir fuerzas para realizar iniciativas** que faciliten la adaptación del inmigrante.

■ **Debemos conocer la realidad de este colectivo,** y analizar sus problemas para crear programas específicos que favorezcan la integración, que ha de ser progresiva y adecuada, que ayuden a solventar todos los escalones sanitarios que presentan.

■ **Tenemos que ser coherentes con los estándares de nuestro sistema de salud:** universalidad, igualdad y equidad, sino caeríamos en una contradicción: hay que atender a los inmigrantes

en igualdad de condiciones, de lo contrario estaríamos haciendo demagogia. ●

Bibliografía recomendada

Jones-Correa M. Different paths: gender, immigration and political participation. *It Migration Rev.*1988;32:326-49.

Jiménez Romero, C. (1997), La naturaleza de la mediación intercultural, *Revista de Migraciones*, nº 2(pp.125-159).

Leininger, M (1999), Cultura de los cuidados, *Revista de Enfermería y Humanidades*, nº6 (pp.5-12). Asociación de Historia y Antropología de los Cuidados de Alicante.

Goytisolo, J., Sami Nair (2000). El peaje de la vida. Integración o rechazo de la emigración en España. Madrid: El País-Aguilar.

Sanz B, Torres AM, Schumacher R. Características sociodemográficas y utilización de servicios sanitarios por la población inmigrante residente en un área de la Comunidad de Madrid. *Atención Primaria* 2000;26:314-8

Mayberry RM, Mili F, Ofili E. Racial and ethnic differences in access to medical care. *Med Care Res Rev* 2000; 57(Suppl 1):108-45.

López-Vélez, R. (2002), Inmigración y salud, Yamanouchi. Madrid.

VVAA (2002) Mediación Cultural. Una propuesta para la formación. Madrid: Ed. Popular

Bueno G. (2002), Etnocentrismo cultural, Relativismo cultural y Pluralismo Cultural, *Revista del Crítico del presente*, nº 2 Abril

Cots F, Castells X, Ollé C, Manzanera R, Varela J, Vall O. Perfil de la casuística hospitalaria de la población inmigrante en Barcelona. *Gac Sanit.* 2002;16:376-84.

Dummett, M. (2004), Sobre inmigración y refugiados. Ed. Cátedra Madrid.

Boletín Ikuspegi. Observatorio Vasco de la Inmigración: Panorámica de la inmigración nº12, 2006. Disponible en: <http://www.ikuspegi.org>

II Plan Vasco de Inmigración, (2006-2009), Departamento de Vivienda y Asuntos Sociales, Viceconsejería de Asuntos Sociales, Dirección de Inmigración.

Achotegui J. (2007) El Síndrome de Ulises, El síndrome del inmigrante con estrés crónico múltiple. (Hika,186zka.2007ko martxoa).

Comellas J. Mª, y Bernal M. (2007) El hecho migratorio y la vulnerabilidad del sistema sanitario en España. *Humanidades médicas*, nº 13 Marzo 2007.

Malmusi D, Jansá JM, Del Vallado L.Recomendaciones para la investigación e información en salud sobre definiciones y variables para el estudio de la población inmigrante de origen extranjero. *Rev. Esp Salud Pública.* 2007;81:399-409.

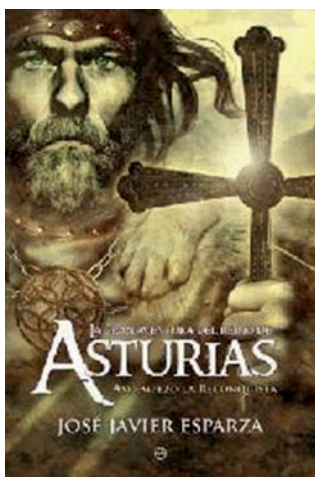
Rodríguez E, Lanborena N, Senhaji M, Pereda C, Aguirre C. Impacto en la utilización de los servicios sanitarios de las variables sociodemográficas estilos de vida y autovaloración de la salud por parte de los colectivos de inmigrantes del País Vasco. *Rev.Esp. Salud Pública* 2008; 82:209-220

➤ **Lectura**

La gran aventura del Reino de Asturias. Así empezó la reconquista

- **Autor:** José Javier Esparza
- **Editorial:** La esfera de los libros
- **Precio:** 24 €

Hay aventuras y aventuras que provocan otras aventuras y este libro trata precisamente de eso. La Historia de España, con mayúsculas, no puede entenderse si no se entiende bien la historia del Reino de Asturias. Ya lo dice el refrán “Asturias es España y el resto tierra conquistada”.



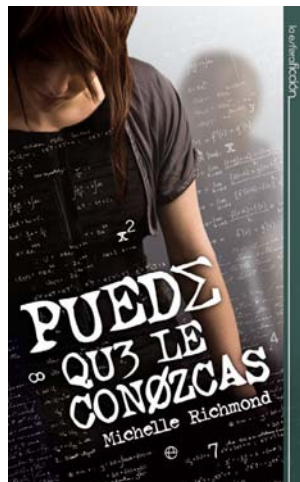
Este libro trata precisamente de eso, de la historia de Asturias, germen de lo que siglos después sería España (pero eso es otra historia). Poco a poco José Javier Esparza nos va introduciendo en la intrahistoria, esa que no se cuenta en los libros de texto al uso, y nos desgana los porqués y el cómo de lo que será el principal y primer reino de lo que hoy es España. Todos hemos oído hablar de Pelayo, el primer rey astur, pero casi ninguno sabemos lo que otros reyes hicieron para que Asturias se convirtiera en el azote de los distintos emires musulmanes que gobernaban la Península Ibérica.

Esparza nos sumerge, aunque no sea ésta la temática principal del libro, en las intrigas de poder (que también las hubo) de los distintos reyes astures, así como las de los otros reinos implicados (emirato de Córdoba o los francos), explicándonos de forma amena los amoríos, las rencillas y odios de familia y también, como no, las alianzas que fueron el germen de lo que hoy es nuestra patria. ●

Puede que le conozcas

- **Autor:** Michelle Richmond
- **Editorial:** La esfera de los libros
- **Precio:** 22 €

Las matemáticas y sus enrevesadas fórmulas se ensalzan como las protagonistas de la tercera novela de Michelle Richmond. Esta norteamericana narra de manera inteligente y original la búsqueda de respuestas de Ellie, una compradora de café, al asesinato, veinte años antes, de su hermana Lila, estudiante de matemáticas. Una pequeña aldea nicaragüense es el escenario en el que se desarrolla esta investigación a través de las matemáticas, en donde, junto con Ellie, está Peter, un académico con una carrera truncada y acusado del asesinato de Lila en un libro que convirtió su crimen en



relato, tras confiar Ellie sus sentimientos más íntimos a su autor.

Veinte años después, Peter le entrega a Ellie el cuaderno, lleno de fórmulas matemáticas, que Lila llevaba consigo a todas partes; la resolución de este revoltijo matemático conducirá a Ellie a la verdad del amor, la pérdida y el dolor. ●

➤ **Música**

Hijo de la luz y de la sombra

- **Autor:** Joan Manuel Serrat
- **Discográfica:** Sony BMG
- **Precio:** 13-15 euros
- **Lanzamiento:** 23 de febrero de 2010

Treinta y siete años después, Joan Manuel Serrat se viste de nuevo con los versos de Miguel Hernández y los abraza con su música en “Hijo de la luz y de la sombra”.

El centenario del nacimiento del poeta oriolano, que se conmemora el próximo 30 de octubre de 2010, y “la intemporalidad de su poesía,



la vigencia de sus versos más allá del lugar y el tiempo” han conducido la elección de los trece poemas a los que Serrat les ha puesto música y voz. El nuevo trabajo del catalán cuenta con la colaboración de Albert Amargós y Miguel Poveda, quien le acompaña en “El silbo del dale”. Además, poemas de juventud como “La palmera levantina”, “Ay del ay por el ay” o “Tus cartas son un

vino”; versos que recuerdan la guerra como los recogidos en “Canción del esposo soldado o “El hambre”; o un homenaje a los brigadistas internacionales en “Canción”, son sólo algunas de las composiciones seleccionadas por Serrat. ●

➤ **Viajes Itinerarios**

El Sindicato de Auxiliares de Enfermería ofrece a sus afiliados la oportunidad de viajar con la Asociación de Veteranos de Iberia. Una calidad excelente y destinos con grandes atractivos son las bazas que hacen de estos



circuitos la oportunidad ideal para que los afiliados y su familiares de primer grado disfruten de unos días de descanso y aventura. China, Madeira, Turquía, Austria, Armenia, la Selva Negra y Alsacia, Francia o Escocia, son algunos de los destinos internacionales para los próximos meses de marzo, abril, mayo, junio y julio. En casa, los afiliados podrán disfrutar de la cultura que ofrece el Camino de Santiago, de la fiesta Tiempo de Flores de Girona o de todo el encanto que se respira en la marina lucense. Aquellas personas interesadas en ampliar información pueden hacerlo en la dirección www.sindicatosae.com, a través del correo electrónico saetiempolibre@sindicatosae.com o llamando al teléfono 91 401 00 50. ●



XXI CONGRESO NACIONAL DE AUXILIARES DE ENFERMERÍA

2, 3 y 4 Junio 2010 Jerez de la Frontera

“EL AE/TCE EN SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA”

Miércoles **2** Junio

- 9.00 h. Entrega de documentación
- 9.45 h. Acto inaugural
- 9.55 h. Ponencia. "El estigma de la enfermedad mental".
D. Eulalia Valmisa Gómez de Lara. Director UGC Salud Mental. H.U. de Puerto Real. Cádiz
- 10.25 h. Ponencia. "Trastornos de ideas delirantes".
D. Antonio Arenas Lopera. Técnico en Cuidados de Enfermería. Salud Mental. H. Virgen de la Victoria. Málaga
- 10.55 h. Comunicación
- 11.10 h. Comunicación
- 11.25 h. Café
- 11.55 h. Ponencia. "La atención individualizada a las personas con trastorno mental grave".
D. Manuel Aken Fidalgo. Gerente de FAISEM
- 12.25 h. Comunicación
- 12.40 h. Comunicación
- 12.55 h. Comunicación
- 13.10 h. Ponencia. "La importancia del sueño".
D^a. M^a del Carmen Ordóñez González. Auxiliar de Enfermería/TCE. Lda. en Psicología; D^a Manuela Barral Ayala. Lda. en Psicología; D^a Sonia Ordóñez González. Monitora Residencial FAISEM. Educadora Social. El Puerto de Santa María (Cádiz)
- 13.35 h. Comunicación
- 13.50 h. Comunicación
- 14.05 h. Comida

Jueves **3** Junio

- 9.00 h. Ponencia. "El cuento como herramienta terapéutica para adultos".
D^a. Montserrat Parejo Espinar. Psicóloga. Psicocóloga. Coordinadora de Voluntariado de la Asociación Española contra el Cáncer (AECC)
- 9.30 h. Comunicación
- 9.45 h. Comunicación
- 10.00 h. Ponencia. "Karaoke como punto de partida".
D. Julio Guzmán Pérez. Técnico en Cuidados de Enfermería. Salud Mental. Málaga
- 10.30 h. Comunicación
- 10.45 h. Comunicación
- 11.00 h. Comunicación
- 11.15 h. Café
- 11.45 h. Ponencia. "Comunicación con el paciente psiquiátrico".
D. José Cabral García. Psicólogo. Unidad de Cuidados Paliativos. H. de Jerez. (Cádiz)
- 12.15 h. Comunicación
- 12.30 h. Ponencia. "Trastornos del comportamiento alimentario. Anorexia y Bulimia".
D. José Guerrero Velázquez. Médico Psiquiatra. Unidad de Agudos de Psiquiatría. H.U. "Virgen de las Nieves" de Granada. Tutor MIR Psiquiatría del Área de Salud Mental Granada Norte
- 13.00 h. Comunicación
- 13.15 h. Ponencia. "Desde los primeros síntomas: Psiquiatría infantil y del adolescente".
D^a. Inmaculada Escamilla Canales. Especialista en Psiquiatría Infantil y Adolescente. Clínica Universidad de Navarra en Madrid.

Viernes **4** Junio

- 9.00 h. Ponencia. "Ambiente terapéutico en la Unidad Psiquiátrica de Agudos".
D. José M^a Villagrán Moreno. Coordinador de la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica. Unidad de Hospitalización Psiquiátrica. Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental. H. de Jerez. (Cádiz)
- 9.30 h. Mesa Redonda
- 10.30 h. Comunicación
- 10.45 h. Café
- 11.15 h. Ponencia. "Actividad asistencial en una Unidad de Adolescencia de Psiquiatría: la importancia de la calidad".
D. Celso Arango López. Jefe de la Unidad de Psiquiatría del H.G.U. Gregorio Marañón. Madrid
- 11.45 h. Comunicación
- 12.00 h. Ponencia. "Trastornos psicológicos ante el duelo".
D. Virgilio Irujo Sender. FEA. Área de salud de Marratxó. Baleares
- 12.30 h. Comunicación
- 12.45 h. Ponencia. "Características psicológicas diferenciales cognitivas y de la personalidad de los alumnos/as superdotados/as (altas capacidades)".
D. Benito López Andradá. Doctor en Psicología. Premio Nacional de Investigación Educativa 1988
- 13.15 h. Comunicación
- 13.30 h. Acto de clausura
- 14.00 h. Comida libre
- 21.00 h. Cena de clausura y entrega de premios

BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN CONGRESO

(Cumplimentar con letra de imprenta)

AFILIADO SI NO

NOMBRE / APELLIDOS _____

NIF _____ TEL _____

FAX _____ EMAIL* _____

*Imprescindible facilitar, al menos, una dirección de e-mail, ya que todas las confirmaciones se harán por este vía

DIRECCIÓN _____

CP / LOCALIDAD / PROVINCIA _____

NOMBRE ACOMPAÑANTE _____

Presenta comunicación SI NO Presenta póster SI NO

Cuota de inscripción (IVA incluido)

Afiliados a SAE: 253 € • No afiliados: 289 € • Acompañantes: 150 € (La cuota para acompañantes incluye excursiones y cena de clausura)

Fecha límite de inscripciones: 14 de mayo de 2010

(A partir de esta fecha la cuota se incrementará en 19 €)

Cuota congresista Cuota acompañante TOTAL INSCRIPCIÓN

PROGRAMA LÚDICO

Excursión día 2 SI NO Excursión día 3 SI NO Cena de clausura SI NO

FORMA DE PAGO

Transferencia bancaria a favor de FAE, indicando la referencia: "XXI Congreso FAE" a Caja Madrid. C/C Nº: 2038-1170-34-6000369144. Enviar junto con justificante de transferencia a la Secretaría del Congreso por correo o fax a FAE. C/ Tomás López, 3-1^a Izda. 28009 Madrid
Tel: 91 521 52 24/33/95 Fax 91 521 53 83

POLÍTICA DE CANCELACIÓN (Inscripción Congreso)

- Hasta el 20 de abril. Sin gastos de cancelación
- Del 21 de abril al 8 de mayo. 60% de gastos de cancelación
- A partir del 9 de mayo. 100% de gastos de cancelación

INFORMACIÓN SOBRE HOTELES

Hoteles	D.I.I.	Doble	Triplo	Dirección	Teléfono
Jerez SPA**	65,00 €	75,00 €*	102,00 €	Av. Alcalá Guzmán Donato, 35	954 200 600
S&B Jerez	92,40 €	115,50 €*	-	Av. Cruz Baja, 7	954 151 300
Top Jerez	69,90 €	89,50 €*	96,30 €	Manzano de casa Donato, 13	954 227 820
AC**	64,20 €	83,60 €*	-	Av. Ochoa Rodríguez, s/n Estación Chapín	954 227 222
Prestige Palmira Plaza**	51,20 €	59,00 €*	-	Plazuela, 1	954 931 500
NH Jerez de Jerez**	90,00 €	100,00 €*	-	Av. Alcalá Guzmán Donato, 10	954 212 411
Barceló Jerez**	75,00 €*	89,00 €*	**	Diego Ibáñez, Barroca, 1 P. Las Angustias	954 236 442

* IB ** extra de 44 €

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