

Documentos

ILUSTRE
COLEGIO
OFICIAL DE
ENFERMERÍA
DE HUELVA



enfermería

AÑO 4

nº 11

Junio 1999

V CERTAMEN DE INVESTIGACIÓN

“Ciudad de Huelva”



El Paciente encamado: La posición más adecuada

**EL DÍA 27 DE JUNIO, FECHA PARA EL
CONCURSO-OPOSICIÓN DE ENFERMERÍA**

Edita:

Ilustre Colegio Oficial de Enfermería
de Huelva

Consejo Editorial

Consejo de Redacción

Presidente:

Gonzalo García Domínguez

Director:

A. Alejandro Cordero Gómez

Jefa de redacción:

Josefa Lorenzo Martín

Consejo de Administración:

Junta de Gobierno del Ilustre Colegio
Oficial de Enfermería de Huelva

Equipo de redacción:

José Vadillo Carroza

Francisca Hernández Quintero

Enrique Aguiar Mojarro

Eduardo Rico González

Antonio Olid Torres

Fotografía:

Antonio J. Alcalde Pérez y Archivo del
Ilustre Colegio de Enfermería de Huelva

Redacción: Sede Colegial

Imprime: Tecnographic, S.L.

Depósito Legal: H-1996-43

I.S.S.N.: 1136-2243

Tirada: 2.500 ejemplares

Distribución gratuita



**Ilustre Colegio Oficial de
Enfermería de Huelva**

Domicilio de la sede colegial

C/ Berdigón, nº 35, pral. izq.

21003 Huelva

Telf. 95 924 63 15 - 95 928 12 86

Fax: 95 925 62 70

Horario de Oficina de Verano:

Del 15 de Junio al 15 de Septiembre

De 9 a 15 h. ininterrumpidamente

Horario de la Asesoría Jurídica

Martes y jueves de 17,30 a 19 horas

Entrevista con el presidente:

Concertar cita

SUMARIO

- 3 Editorial. Día, Concurso y Deseos
- 4 Día Internacional de Enfermería. Del Altruísmo a la Profesión
- 7 V Certamen de Investigación "Ciudad de Huelva"
- 16 Día de la Mujer Trabajadora
- 17 Concurso -Oposición
- 18 El Paciente encamado. La Posición más adecuada
- 23 VI Certamen de Investigación en Enfermería. Ciudad de Huelva
- 24 Caja Rural

NORMAS PARA LA PUBLICACIÓN EN DOCUMENTOS DE ENFERMERÍA

Documentos de enfermería publica en sus distintas secciones trabajos sobre las diversas actividades de la profesión: atención hospitalaria, atención primaria, docencia, investigación, epidemiología, gestión y administración, ética, relaciones laborales, la formación, historia de la profesión y recursos humanos en el campo de la enfermería y la salud en general.

La presentación de un trabajo no implica la obligación por parte del Consejo Editorial de su aceptación para su publicación, ni compromiso respecto a la fecha de la misma.

El Consejo Editorial establecerá comunicación con los autores de los trabajos para manifestarles su recepción y si es precisa alguna normalización del mismo.

Los trabajos se presentarán en folios DIN-A-4, numerados, mecanografiados por una sola cara a doble espacio, dejando unos márgenes inferior y superior e izquierdo de 4 cms. y derecho de 2 cms.

Los dibujos, gráficos y fotos, así como sus leyendas irán a parte bien identificados y numerados.

La bibliografía, si la hubiera, se acompañará en folio aparte.

Si se tratara de resúmenes de ponencias o comunicaciones a congresos, el autor deberá indicar el nombre del congreso, fecha y lugar de celebración, así como si ha obtenido alguna mención.

Los trabajos irán acompañados de una carta de presentación donde se indica el deseo de publicarlo en Documentos de Enfermería, así como el título del trabajo, lugar y año de realización, nombre completo del autor o autores, número de colegiado, D.N.I., dirección completa y teléfono para posterior comunicación.

Los trabajos podrán ser remitidos por correo o entregados personalmente en la sede del Colegio de Enfermería de Huelva.

Los trabajos aceptados quedan a disposición del Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Huelva para su posterior utilización.

Queda prohibida la reproducción total o parcial de esta publicación por cualquier medio sin citar la fuente.

Documentos de Enfermería no se hace responsable ni comparte necesariamente las opiniones manifestadas en los artículos, siendo responsabilidad exclusiva de sus autores.

Fiel a los compromisos anunciados en su momento, el Colegio Oficial en Enfermería de Huelva vuelve a comparecer ante sus colegiados con un número- el undécimo- de Documentos de Enfermería para despedir la primavera del 99 antes del paréntesis estival que a todos afecta casi por igual. Y si en el editorial de la última edición glosábamos el significado o trascendencia del Día del Patrón, San Juan de Dios, en cualesquiera de sus vertientes, para el número que nuestros lectores tiene entre manos se presentan alguna de las consecuencias y derivaciones extraídas de aquella fecha.

Básicamente, la presente Revista se configura con trabajos de expresión científica junto a la palpitante actualidad que gira alrededor del ansiado Concurso-Oposición. Sin olvidar algunas consideraciones al hilo de celebrarse el Día Internacional de la enfermería, hito al que esta publicación como no podía ser de otra forma da sitio casi prefe-

Día, Concurso y Deseos



rencial por el símbolo que entraña tal y como apunta una de las firmas colaboradoras que subrayan esta concreta la efemérides profesional.

Llegado a este punto, lógico y obligado resulta que el Colegio inste a todos y cuantos profesionales onubenses aguardan la inminencia de la Oposición para que perseveren en una preparación que, nos consta, ha sido concienzuda y tenaz pero a la que se va a exigir la dureza correspondiente a los miles y miles de aspirantes, tanto andaluces como del resto de España. Ojalá que nuestros aspirantes, colegiados y compañeros de Huelva, obtengan el objetivo que persiguen porque si se alcanza, estaríamos ante un nuevo paso hacia la consolidación de la Enfermería en la provincia con lo que representa de afianzamiento propio capaz de dar la mejor respuesta hacia los ciudadanos. Con estos deseos, aguardamos los acontecimientos. Que a la vuelta del verano, podamos darles confirmación.

“Día internacional de Enfermería”

Del Altruismo a la Profesión

La Dirección de Enfermería del Hospital Infanta Elena, celebró el día internacional de la Enfermería con un acto que conmemora el centenario de la fundación del Consejo Internacional de Enfermería. (CIE).

Es razonable mirar al pasado de nuestra profesión para ver cual es el futuro, que repercusiones se esperan en los próximos años, cuales serán las inquietudes profesionales de nuestro grupo.

Celebrar el día internacional de la enfermería fue recordar nuestro pasado y, como dice CIE, reivindicar nuestro futuro. Esta profesión, tan unida al nacimiento del hombre y a las primeras civilizaciones, desde la figura de la madre que precedió a los orígenes de la humanidad a los sacerdotes o curanderos hasta la actualidad en que ha superado con éxito las duras pruebas a las que ha estado sujeta, es cierto que no existe en sus anales históricos un desarrollo continuo como ocurrió con la Medicina, pero cabe preguntarse si realmente la Medicina estaba en esos orígenes de la humanidad o son los orígenes de la Medicina la propia enfermería.

Su carácter altruista basado en ese interés por los demás es una lectura de amor y dedicación que en la era cristiana se expandió con mayor intensidad y trajo como consecuencia el desprestigio de la propia enfermería, no comienza a entenderse como profesión hasta que se considera que el altruismo no bastaba para su ejercicio, por el contrario se reivindica que el cuidado al paciente debe tener una orientación formativa importante, que la enfermera debe estar capacitada para atender al enfermo, a un ser que también ha evolucionado desde el

principio de los tiempos y cuyas necesidades se hacen cada vez mayores, no sólo en su estado de salud original sino especialmente cuando enferma.

La Medicina fue reconocida y prohibido su ejercicio sin autorización en el año 1.140, para la enfermería su primera certificación no llega hasta el año 1.901, escasamente un siglo. Parece que el nacimiento de la enfermería como tal se atribuye a la fundación del instituto Kaiserswerth en Alemania en 1.836 y a Florence Nightingale cuyos ideales hacen posible cierto reconocimiento para la enfermera durante la guerra de Crimea, a pesar de entender que instaurar una profesión de mujeres sería una labor difícil. La enfermería se ha movido en un escenario de cambio a lo largo del siglo XX, avances tecnológicos importantes, mayores exigencias sociales, esto hace ver que los retos a los que se enfrenta hoy la enfermería nada tiene que ver con los que viviera Nightingale.

En España la carrera de auxiliares sanitarios no se documenta como profesión hasta la fundación del Promedicato que también regulaba las funciones de barbero y practicantes, estos solían ser hombres, en tanto las matronas eran mujeres, en el Plan de Estudios de 1.843 y en la Ley de Moyano de 1.857 se establecen los reglamentos para la enseñanza de practicantes y matronas, en 1.904 la Instrucción General de Sanidad delimita como profesiones la de Practicante y el Arte de los partos. Finalmente el Decreto 12/53 unifica los títulos bajo el nombre de Ayudante Técnico Sanitario, siendo en 1.955 cuando se establece el nuevo plan de estudios, entre las curiosidades cabe destacar que el acceso a estas escuelas debía ir precedido de la presen-

tación del alumno por dos personas de reconocida solvencia moral así como que las mujeres debían de cursar los estudios en régimen de internado.

En 1.989 quedan homologados mediante Real Decreto los títulos de ATS por el Diplomado en Enfermería, estableciéndose un curso de nivelación de conocimientos para convalidar el título, éste es el último paso para llegar a la Universidad.

Nuestra profesión actualmente vuelve a sus orígenes, al cuidado por excelencia, durante mucho tiempo colaboró estrechamente con el médico siendo su desarrollo tremendamente técnico. Hoy sin abandonar este concepto entiende que



siendo sus inicios el cuidado al enfermo tiene que explorar e investigar en este campo porque es justamente donde encuentra su razón de ser, como diría Marie Françoise Collierie en una publicación que pretende "Encontrar el sentido original a los cuidados".

"Cuidar este arte que precede a todos los demás ha sido considerado como objeto banal y accesorio ante la emergencia de la medicina científica.

El objetivo de los cuidados no es la enfermedad sino todo lo que ayuda a vivir. Se podrá vivir sin tratamientos... pero no se podrá vivir sin cuidados".

Este Hospital colaboró con el CIE en dos mesas redondas para abordar lo cuidados desde la perspectiva actual, debatir los cuidados en áreas especiales como Urgencias o Radioterapia. El lema del CIE es un corazón blanco para decir la solicitud, dedicación y humanidad que caracteriza a la Enfermería, "Celebra el pasa-

do reivindicando el futuro". Nosotros celebramos esta I Jornada Onubense con el título "Del altruismo a la Profesión".

Fue razonable agradecer a los ponentes y asistentes al acto de conmemoración su presencia, pero especialmente a los que no estaban, a quienes celebraban el Día Internacional de la enfermería "cuidando enfermos" posiblemente ésta fuera la mejor de todas las celebraciones.

Jose Antonio Alfonso Maestre.
Colegiado nº 662

Un Monumento a la Enfermera

En uno de los muchos actos desarrollados para realizar el Día Internacional de la Enfermería -celebrado en 140 países de los cinco continentes- fue inaugurado el Hospital de Madrid-Montepíncipe, que se convirtió en un acto de homenaje y reconocimiento a la enfermería española. El centro fue inaugurado por su alteza Real la Infanta Doña Margarita de Borbón, Duquesa de Soria, que descubrió el monumento a la enfermera, escultura en bronce, a tamaño real, realizada por Gonzalo de Salas, que ya preside la entrada del Hospital.

Máximo González Jurado, presidente de la Organización Colegial de Enfermería destacó en la inauguración el valor de este homenaje: *"Aunque nuestra profesión ha sido siempre reconocida como uno de los pilares en los que se asienta la atención sanitaria, es la primera vez que en España se le hace un reconocimiento simbólico de estas características que perdurará en el tiempo, formando parte de la ya larga trayectoria de la enfermería al servicio de la sociedad."*

"Reiteramos -afirmó González Jurado- el compromiso Colegial de Enfermería con el sistema de salud de la población a través de una atención basada en los tres valores éticos que fundamentan la práctica: la salud como un derecho humano fundamental; la equidad en la salud y solidaridad en la acción e interacción con las personas y la comunidad y la participación y responsabilidad de individuos, grupos, instituciones y comunidades que orientan su actividad hacia el continuo desarrollo de la salud".

El consejero delegado del nuevo hospital y promotor de este homenaje, Juan Alarca, elogió la labor de la enfermería a tra-



S.A.R. Margarita de Borbón y el Presidente del Consejo General, González Jurado, ante el Monumento.

vés de unas palabras escritas para la ocasión por José Luis Sampedro, que narró su experiencia personal en el trato con las enfermeras:

"Cuando se está aislado en una habitación horas y horas, viendo cambiar la hora en la ventana, el abrirse la puerta ofrecía sorpresas muy distintas. Si era la enfermera su aportación era siempre positiva: la hora de la medicación, o de la tensión, o la temperatura, el alimento o la bebida, el comentario animador... El mero hecho de verla moverse por la habitación era una garantía de seguridad, de amparo (...). Y es que la enfermera aportaba un gran ramo de valores humanos, de los que ahora tanto se mencionan y tan poco se aplican: ternura, comprensión, compañía para la soledad, sosiego para la inquietud, tranquilidad". Para Sampedro la enfermeras "no eran meras técnicas ni colaboradoras, sino

compañía, esperanza, alivio, seguridad y confianza".

El presidente de la Organización Colegial de Enfermería, González Jurado correspondió al gesto de la dirección del Hospital Madrid-Montepíncipe obsequiando al centro con una placa conmemorativa de la inauguración, descubierta en el vestíbulo del Hospital.

En el acto estuvo presente una nutrida representación de presidentes de Colegios de Enfermería de toda España y, entre otras personalidades, Alberto Núñez Feijoo, presidente ejecutivo del Insalud; Ignacio Sánchez Nicolay, presidente de la Organización Médica Colegial; Alberto Navarro director del Insalud Madrid; J. Zamarriego, presidente del Colegio de Médicos de Madrid; y Cristina Almeida, candidata socialista a la presidencia de la Comunidad de Madrid.

Seguro de Automóviles exclusivo

para Profesionales de Enfermería

Tú, a quien exigen que seas el mejor profesional, ¿qué esperas de tu seguro?



para que estés en buenas manos

Capacidad

CAUDAL es el único **especialista** del mercado en el seguro de automóviles para colectivos, lo que permite una mayor **efectividad** a la hora de resolver las situaciones de emergencia.

Experiencia

Dedicación

Seguridad

CAUDAL cuenta con el respaldo de pertenecer al **Grupo Zurich**, líder asegurador mundial, con más de **125 años de experiencia** en el sector asegurador y de **indiscutible solvencia**.

Agilidad

Porque, como tú, Caudal entiende la importancia de un trabajo bien hecho.

Podrás realizar cualquier gestión sobre tu seguro a través del teléfono de llamada gratuita

900-13 14 15



Horario ininterrumpido de 8 a 18 horas

V Certamen de Investigación en Enfermería "Ciudad de Huelva"
Primer Premio 1999

ANÁLISIS NUTRICIONAL DEL MENÚ SEMANAL DE CUATRO COMEDORES ESCOLARES EN LA CIUDAD DE HUELVA

Juan Manuel Martín Cruz.- Colegiado 2727.- Hospital Juan Ramón Jiménez.
María del Rocío Guisado Morán.- Colegiado 1247.- Hospital Juan Ramón Jiménez.
María del Carmen Zoido Ramos.- Colegiado 1730.- Hospital Infanta Elena.
Esperanza Llanes Montero.- Colegiado 1776.- Hospital Infanta Elena.
Antonio Alejandro Cordero Gómez .- Colegiado 1332.- Hospital Juan Ramón Jiménez.
(Enfermeros, Expertos en Nutrición y Dietética por la Universidad de Huelva.)

RESUMEN

En este trabajo de investigación se recoge el estudio realizado en cuatro comedores escolares de la ciudad de Huelva, mediante la recogida de datos de los menús ofrecidos, estandarización de los platos que los componen, análisis nutricional de los mismos y de los menús en su conjunto

INTRODUCCIÓN

Alimentarse es mucho más que ingerir comida para satisfacer la necesidad fisiológica de hambre o apetito de una forma agradable al paladar y lo mas rápidamente posible, sin pensar en la importancia de los nutrientes ni en su calidad, equilibrio, etc. Esta «moda» se está imponiendo cuanto más desarrollado es un país, dando paso a desórdenes dietéticos. Entre ellos se puede destacar que en la infancia ya se están adquiriendo malos hábitos alimentarios, como son el excesivo consumo de grasas saturadas y azúcares refinados, que persistirán en la edad adulta favoreciendo la aparición de ciertos síntomas o enfermedades.

Cotidianamente los niños van a los colegios para su desarrollo, forma-

ción y aprendizaje, tanto intelectual como personal y colectivo. De ellos, alrededor de un 50% en grandes ciudades y un 20% en pequeñas⁽¹⁾ se quedan en sus comedores para realizar la comida más importante del día, puesto que el almuerzo representa alrededor del 35% de las necesidades diarias, según edades.

¿Se le da la debida importancia a esto igual que a sus calificaciones? ¿Estamos concienciados de que gran parte de la salud presente y futura depende de los hábitos alimenticios, siendo a estas edades tempranas cuando deben crear los correctos que formen su futuro comportamiento alimentario?.

Las preferencias alimentarias no son totalmente innatas. En este sentido, el comedor escolar funciona para el niño como método de aprendizaje para la incorporación y aceptación

de gran variedad de alimentos. Estudios experimentales de tipo antropológico han puesto de manifiesto que la exposición repetida de un alimento lleva a su creciente aceptación⁽²⁾. El desarrollo de habilidades para la alimentación, hábitos alimenticios y el conocimiento de la nutrición es paralelo al desarrollo cognitivo, que se lleva a cabo en varias etapas, preparando cada una de ellas las bases para la siguiente. Piaget⁽³⁾, en su teoría del desarrollo cognitivo, considera que el niño va adquiriendo durante su crecimiento y maduración una serie de características cognitivas, desarrollando a la misma vez las que se relacionan con la alimentación y la nutrición; concretamente, Piaget establece que entre los 7 y 11 años las características cognitivas serían las que se muestran en la *tabla A*

TABLA A

Características cognitivas

- Puede enfocarse en varios aspectos de una situación simultáneamente.
- El razonamiento de causa-efecto se toma más racional y sistemático.
- Surge la capacidad para clasificar, reclasificar y generalizar.
- La disminución del egocentrismo permite que el niño tome otros conceptos.

Relacionadas con la alimentación

- Comienza a comprenderse que el alimento nutritivo tiene un efecto positivo en el crecimiento y la salud, pero la comprensión de la forma o el porqué ocurre es limitado.
- La hora de las comidas toma una implantación social.
- El ambiente en expansión aumenta las oportunidades para la selección de alimentos e influye en ellos (aumenta la influencia de compañeros).

En cuanto al desarrollo físico, el niño, por encontrarse en un período de crecimiento, es vulnerable a las consecuencias derivadas de una mala alimentación. Así, si su alimentación no es correcta, el crecimiento se detiene y puede llegar a convertirse en un adulto de estatura inferior a la normal. También se podría ver limitado su desarrollo mental, pues la mala alimentación afecta a la composición bioquímica del cerebro⁽⁴⁾.

Todo esto ayuda a comprender la trascendencia de los comedores escolares en la educación nutricional y el desarrollo físico e intelectual del niño, así como la importancia de que los menús escolares sean tanto variados como nutricionalmente equilibrados, ya que pueden servir como punto de referencia para adquirir hábitos alimentarios saludables que permanezcan hasta la edad adulta.

OBJETIVO

Considerando lo dicho, el objetivo principal del presente trabajo es conocer si los menús de los comedores escolares analizados son equilibrados para los niños de esa edad.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Realizada una búsqueda bibliográfica en las bases de datos «Índice Médico Español» del Consejo Superior de Investigaciones Científicas

(Abril 1998) y en «Cuiden» de la Fundación Index de Enfermería, utilizando las palabras claves «comedor escolar, menú escolar y nutrición infantil», se han encontrado 18 artículos de los cuales hemos seleccionado los relacionados con comedores escolares, reduciendo su número a 9. De la búsqueda de estos artículos publicados se han podido estudiar solamente siete que desarrollan el tema del «Análisis Nutricional del Menú de los Comedores Escolares», aunque sus objetivos eran muy diversos: desde comprobar la «utilidad de la pesada directa para valorar el menú de un comedor escolar»⁽⁵⁾ hasta «proporcionar una información objetiva acerca de la cantidad y calidad de la alimentación y, por consiguiente, de la nutrición de los escolares que usan esos servicios», «movidos por el interés propio de la administración sanitaria de conocer las situaciones que afectan a los colectivos»⁽⁶⁾.

Otros presentan la necesidad de «mejorar nuestro conocimiento sobre los comedores de las escuelas, sus características y los tipos de menús que se ofertan, para preparar un proyecto de intervención»⁽²⁾. Estos estudios pueden presentarse solos o en el conjunto de unas jornadas de salud y de «la elaboración del diagnóstico de salud de la población»⁽⁷⁾.

También se han encontrado estudios donde el objetivo es ofrecer suficiente información a los padres, y al público en general, para que los menús escolares y domésticos se

complementen entre sí y cubran correctamente las necesidades diarias de los escolares que son usuarios de estos servicios⁽⁸⁾ y⁽⁹⁾.

Se observa que, junto al estudio nutricional, en varios artículos recopilados se aborda a su vez la «supervisión de las condiciones higiénico-sanitarias de los comedores escolares. Calidad sanitaria de los alimentos»⁽¹⁰⁾.

La mayoría pretenden utilizar el estudio con fines educacionales, realizando ofertas de intervención tanto a los padres como al profesorado y a la totalidad de la comunidad educativa.

CUADRO I

Guía para la valoración de los menús en comedores escolares

Se recogerán en la entrevista los siguientes datos:

- Menú, (al menos una semana).
- Número de alumnos que utilizan el comedor.
- Ingredientes de cada plato.
- Condimentación (aceite, sal, sofrito).
- Cantidad de pan.
- Cantidad aproximada por ración (medidas caseras) para niños de primaria.
- Bebidas, capacidad del vaso.
- Posibilidad de repetir platos.
- Justificación del menú.
- Problemas encontrados y otras observaciones.

El material y método utilizado por los diferentes autores es diverso entre sí. Observamos la utilización de la pesada directa⁽⁵⁾ y ⁽⁸⁾, recordatorio de 24 horas⁽⁹⁾, así como la utilización de las copias de la programación escrita de los menús escolares de un período concreto⁽²⁾ y el estudio de la composición alimentaria de las dietas⁽⁷⁾.

Respecto a la conversión de alimentos en nutrientes, es generalizada la utilización de tablas publicadas, como Varela y Cols.⁽⁹⁾, Vivanco y Palacios⁽⁶⁾ y ⁽⁷⁾, del C.S.I.C. y Laboratorios Alter⁽⁸⁾ etc., así como el posterior tratamiento de los datos por programas informáticos (STAT, BOALOX informática,⁽⁸⁾ ; SPSS/PC⁽²⁾).

En cuanto a las conclusiones, podemos citar que en la valoración nutricional del menú de los comedores escolares los distintos autores consultados presentan las siguientes opiniones:

CUADRO I I		
COLEGIO		
DIA	MENU	INGREDIENTES
LUNES		
MARTES		
MIERCOLES		
JUEVES		
VIERNES		
Bebida:		
Postre:		
Pan:		
Ración media por persona:		
Observaciones:		

- La inmensa mayoría de los menús estudiados en la totalidad de los artículos son hiperproteicos, fundamentalmente de origen animal, originado principalmente por un exceso de productos lácteos. Pero a pesar de la hiperproteinemia de origen animal existe un bajo consumo de pescado.
- El equilibrio entre nutrientes no es el correcto, según varios autores, aunque no todos presentan las mismas conclusiones en este

aspecto: uno manifiesta un defecto de grasas o incremento de hidratos de carbono⁽⁵⁾; otros expresan el exceso de lípidos^{(8),(9),(10),(2)} y una disminución de hidratos de carbono^{(2),(8),(10)}; por el contrario, dos artículos manifiestan encontrar un equilibrio aceptable entre los nutrientes⁽⁷⁾ o, lo que es igual, la no existencia de déficits notables⁽⁶⁾.

- Respecto a la valoración calórica, las manifestaciones halladas nos revelan un déficit energético del menú analizado en dos estudios⁽⁵⁾ y ⁽⁹⁾ y en otro caso es ligeramente elevada⁽¹⁰⁾.
- La valoración del aporte de verduras es defectuosa en todos los artículos excepto uno⁽¹⁰⁾, pero en éste se manifiesta una baja proporción de fibras en el menú, (igual que en⁽⁹⁾). Algunos autores manifiestan junto con este déficit de verduras el de frutas frescas⁽⁵⁾ y ⁽⁶⁾, así como el insuficiente aporte de legumbres⁽⁸⁾ y ⁽⁹⁾.
- Por último, se observa la incidencia en un artículo⁽²⁾ de un exceso de postres azucarados.

MATERIAL Y MÉTODO

En este trabajo se realiza un estudio descriptivo del menú semanal ofrecido a escolares de primaria (6 a 12 años) en cuatro comedores escolares.

Ante todo hay que puntualizar que el objeto de estudio es en realidad el menú y no la población escolar, por lo que no se ha utilizado ningún cálculo estadístico para hallar alguna muestra representativa del número de escolares que utilizan comedores.

Para llevar a cabo el estudio fueron elegidos inicialmente siete colegios, seis en la capital y uno en una localidad de la provincia. Entre esos centros, en dos de ellos el comedor había dejado de funcionar y en el de la provincia no fue posible obtener el consentimiento para desarrollar el análisis.

Se contactó con los directores de los centros y se les ofertó la entrega de un informe de valoración de sus menús una vez finalizara el estudio, así como un posible asesoramiento

nutricional en caso de que lo demandaran. En esa visita se les informó también tanto de la finalidad del estudio como de la total privacidad de los resultados; por tanto, por razones de confidencialidad, los colegios no serán citados en este trabajo por sus nombres sino como colegios A, B, C y D. Como característica diferencial podemos citar que B y D son concertados, mientras que A y C son públicos.

En todos los colegios la gestión del comedor no depende de éste, sino que se trata de particulares (empresa o familias) contratados por el centro para tal efecto. Las cocinas de los comedores se encuentran situadas en el propio colegio, no siendo preciso encargar alimentos elaborados en ninguno de ellos. Los menús son confeccionados en función del presupuesto asignado al comedor, que varía de 400 a 500 pesetas por alumno según el centro.

En principio se pensó estudiar el menú de una semana, elegida al azar, entre el listado mensual facilitado por los colegios, pero se encontró que en dos centros sólo funciona el comedor de lunes a jueves y en los otros dos la asistencia a los mismos el viernes es prácticamente nula. Por tanto se considerará la semana de comedor escolar como cuatro días.

Se valoró la utilización de la pesada directa, siendo descartada tras llegar a la conclusión de que sería difícilmente aplicable en este caso por parecer un método, por un lado, incompleto y poco orientativo respecto a la ración que se consume (pues valora sólo la oferta) y, por otro, lento y difícil de utilizar debido a la limitación de tiempo a que se ve sometido el personal de comedor (que debe realizar su trabajo). También depende demasiado de la actitud y colaboración, por no decir de la paciencia, de los responsables del comedor y, además, tras la primera entrevista con los colegios se descubrió que el comedor era utilizado habitualmente no sólo por niños de primaria, sino también por alumnos de edades superiores y adultos (profesores, padres...) y que, según la edad, servían una cantidad mayor o

menor. De este modo el resultado de dividir la cantidad de ingredientes (en pesada directa) entre el número de comensales resultaría inexacto en cuanto al cálculo de la ración media por alumno de primaria.

En su lugar se utilizó como herramienta de trabajo la **entrevista personal** con los responsables del comedor y/o cocineros, por considerar que es un método más fiable,

orientativo y completo, permitiendo conocer a su vez datos que, si bien no se pueden medir en términos matemáticos, sí que pueden servir de gran ayuda para calcular más fiablemente la ración por persona. No obstante, presenta la dificultad de depender en gran medida de la profesionalidad, colaboración y sinceridad del entrevistado y también tiene el inconveniente de que

sus observaciones podrían influir en el resultado del estudio adelantando las conclusiones. Para evitar este sesgo se ha procurado tratar los datos con la mayor objetividad posible.

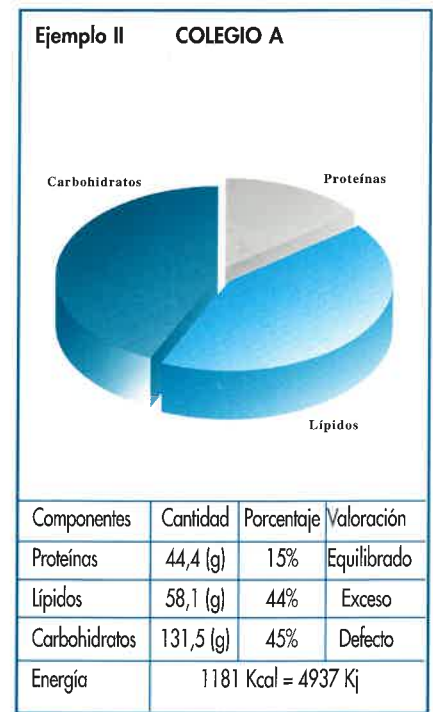
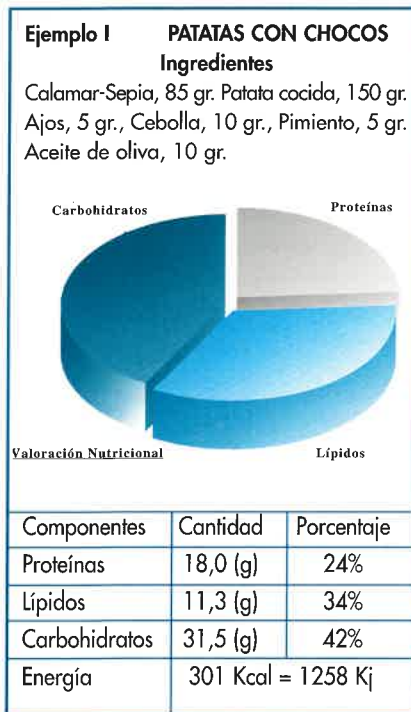
Previamente a la entrevista se elaboró un cuestionario o guía para la recopilación de información (*Cuadro II*), obteniéndose con el mismo los siguientes datos:

CUADRO III

	COLEGIO A	COLEGIO B	COLEGIO C	COLEGIO D
Lunes	Estofado de Lentejas con arroz Tortillita de bacalao 1 Naranja	Espaguetis Cerdo asado 1 Naranja	Albóndigas, Patatas Fritas Calamares a la romana Ensalada de lechuga 1 Manzana	Cocido de calabaza Albóndigas 1 Naranja
Martes	Arroz a la cubana con huevo Croquetas Ensalada de lechuga 1 Manzana	Ensalada de patata Huevo frito con jamón Bacon (2 lonchas) 1 Pera	Puchero con fideos Croquetas Ensalada de lechuga 1 Naranja	Espaguetis Pescado frito Ensalada mixta 1 Yogur sabor
Miércoles	Puchero con estrellas Lomo de cerdo empanado Ensalada de lechuga 1 Pera	Potaje de garbanzos Palitos de merluza 1 Manzana	Macarrones con tomate Filete de pollo empanado Ensalada de lechuga 1 Pera	Patatas con choco Chuleta de cerdo a la plancha Ensalada mixta 1 Plátano
Jueves	Espaguetis con chorizo Pescado frito Ensalada de lechuga 1 Plátano	Arroz tres delicias Pollo en salsa Yogur natural	Estofado de patatas con carne Huevo duro con mayonesa 1 Yogur sabor	Estofado de lentejas Pollo al horno Patatas fritas 1 Yogur sabores
Pan	65 gramos por persona	50 gramos por persona	50 gramos por persona	50 gramos por persona
Bebida	Agua	Agua	Agua	Agua
Ración Media	1 cazo y medio con opción a repetir	1 cazo o cazo y medio (cazo de servir grande)	2 cazos	2 cazos
Colegio	Observaciones			
A	Postre: 1 Pieza de fruta, a veces arroz con leche, flan, yogur o helado. La verdura no se hacen en puré, sino que procura añadirla camufladas en las comidas. Se les enseña a comer a los niños. Algunos niños sólo quieren bocadillos. No se modifica la dieta en función de los gustos o preferencias. La cocinera pone un menú similar al que haría en casa.			
B	Postre: A veces melocotón en almíbar o yogur natural azucarado, en ocasiones natillas o chokolatinas (1 vez al mes). Adaptación del menú a los gustos de los niños y a la cocina andaluza. La fruta la comen muy mal y las verduras "nada" aunque en puré la comen mejor. No ponen más ingredientes porque no se lo comen y lo dejan al lado.			
C	No suelen utilizar especias. A los más pequeños no se les llena tanto el primer plato, para dar opción a que se coman el segundo. Los mayores pueden repetir platos (generalmente piden repetir el primero). Toman poca verdura porque no les gusta. En los cocidos las verduras se machacan en las ollas grandes para permitir que se puedan comer fácilmente y se aproveche su jugo. Con la experiencia de otros años, se han ido eliminado platos que nos les gusta a los niños. Justificación: Los menús se elaboran con recetas caseras aunque se han añadido platos que son más apetecible.			
D	Se da yogur dos veces por semana porque les gusta más a los niños. Apenas utilizan especias. A los más pequeños se le llena menos el cazo. No les gusta la verdura. No se suele poner pescado en el almuerzo, pues al no ser habitual cenar carne, suponen que el niño tomará pescado.			

- El menú mensual, del que se escogió una semana al azar que es la misma para los 4 colegios.
- El número de usuarios del comedor.
- Los ingredientes y recetas de cada plato, incluyendo la condimentación.
- La cantidad servida para niños de primaria (cazos, cucharones, tamaño de los platos, unidades de fruta, etc.)
- La bebida servida y capacidad del vaso.
- Posibilidades de variación de la cantidad/calidad del menú por parte del niño (repetir plato, elegir postre, etc.)
- Las razones por las que se había elaborado un menú y no otro (justificación).
- Los problemas encontrados por los responsables del comedor y algunas otras observaciones pertinentes.

De estos detalles, algunos se obtuvieron mediante la propia entrevista y otros, como la capacidad de vasos y platos, mediante la observación directa. Posteriormente fueron reunidos en el formato presentado en el Cuadro II para su posterior valoración. Para simplificar la presentación de los datos, los menús de cada colegio, junto con las observaciones de los responsables del comedor, se detallan en el Cuadro III.



Conocidos los menús e ingredientes, se procedió a la elaboración de los platos estandarizando las raciones medias por alumno. Para ello se utilizaron las raciones medias establecidas en dos estudios anteriores (11) y (12) realizados sobre escolares de la Comunidad de Madrid, obteniéndose así las cantidades en gramo de cada ingrediente y plato correspondientes a la ración media, que fue estimada en dos cazos por niño.

Como se descubrió al observar los ingredientes y condimentos, gran parte de los platos e esos estudios seguían recetas de la cocina castellana, por lo que fue preciso adaptar algunos platos a la cocina andaluza. Para ello se utilizaron las «Raciones estándar del menú de 2º infancia» del Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva, logrando así una aproximación más exacta en cuanto a los gramos de cada ingrediente.

Los resultados de la estandarización de cada plato, junto con la valoración dietética de los mismos, se recogieron en un anexo del que se extrae el *Ejemplo I*

Posteriormente, para la conversión de los alimentos de dichos platos en nutrientes se utilizó el programa DIET-SOURCE facilitado por NOVARTIS NUTRITIÓN, siendo preciso confeccionar los almuerzos semanales de cada colegio para, finalmente, pedir al programa la valoración dietética de los menús tanto diaria como semanalmente por cada centro, que se recoge en el apartado de resultados.

Resultados Colegio A

Principios inmediatos:

Exceso de lípidos
 Defecto de H. C.
 Leve aumento de Proteínas.

Vitaminas y minerales

Defecto de Yodo.
 Defecto de Ac. Fólico
 Defecto de Vit. D, resto elevadas

Energía total (Kcal.):

Exceso de energía .

Porcentaje de A.G.:

Saturados superior al 10%.

Resultados Colegio B

Principios inmediatos:

Exceso de Lípidos.
 Defecto de H. C.
 Leve aumento de Proteínas.

Vitaminas y minerales

Defecto de Yodo y Calcio.
 Defecto de Ac. Fólico.
 Defecto de Vit. B12.
 Resto elevadas.

Energía total (Kcal.):

Exceso de energía .

Porcentaje de A.G.:

Saturados superior al 10%.

RESULTADOS

El resultado del análisis de los menús semanales de cada colegio propor-

cionado por el programa informático, consta de un grafico donde aparecen las proporciones de los principios inmediatos, *Ejemplo II* y, de una tabla con las cantidades de minerales y vitaminas, junto con el acido-grama, ami-nograma y cantidad de fibra, *Ejemplo III*.

Hay que decir que tras comparar el

análisis de los menús diarios con el de los menús semanales se pudo comprobar que existía muy poca diferencia entre ellos; por tanto, para evitar la reiteración de los resultados se ofrecerá la media del menú semanal.

Matizar también que algunos de los datos que aparecen, tales como el

aminograma o algunos minerales, no serán tenidos en cuenta en el análisis de los resultados por carecer de referencias. Por el contrario, sí resulta útil considerar el acido-grama con el propósito de conocer las proporciones entre ácidos grasos saturados, monoinsaturados y poliinsaturados.

EJEMPLO III		COLEGIO C			
MINERALES					
Fósforo (mg)	579,0	Sodio (mg)	619,0	Flúor (mg)	428,4
Magnesio (mg)	116,0	Potasio (mg)	1395,8	Cloro (mg)	0,0
Calcio (mg)	274,2	Yodo (g)	15,0	Manganeso (mg)	0,0
Hierro (mg)	7,8	Selenio (g)	42,5	Cromo (g)	0,0
Zinc (mg)	0,1	Cobre (g)	1071,3	Molibdeno (g)	0,0
VITAMINAS					
Ácido Ascórbico (mg)	53,6	Piridoxina (mg)	0,9	Ácido Fólico total (g)	110,1
Tiarrina (mg)	0,8	Vitamina A (g)	571,4	Clanocobalarrina (g)	1,4
Riboflavina (mg)	0,8	Vitamina D (g)	1,0	Biofina (g)	6,0
Ácido Nicotínico (mg)	12,7	Vitamina E (mg)	8,4		
ACIDOGRAMA					
Saturados (g)	10,1	Monoinsaturados (g)	29,4	Poliinsaturados (g)	13,8
C 14:0 (g)	0,4	C 16:1 (g)	1,0	C 18:2 (g)	13,5
C 16:0 (g)	6,7	C 18:1 (g)	28	C 18:3 (g)	0,3
C 18:0 (g)	2,4				
EPA (g)	0,0	DHA (g)	0,1	Coolesterol (mg)	248,9
AMINOGRAMA					
Triptófano (mg)	707,9	Cistina (mg)	313,8	Serina (mg)	0,0
Treonina (mg)	2354,0	Fenilalanina (mg)	2403,5	Prolina (mg)	0,0
Insoleudina (mg)	3573,3	Tirosina (mg)	812,6	Glicina (mg)	0,0
Leucina (mg)	4143,1	Valina (mg)	2887,2	Alanina (mg)	0,0
Lisina (mg)	4133,6	Arginina (mg)	1540,4	Ácido Aspártico (mg)	0,0
Metionina (mg)	1252,2	Histidina (mg)	600,7	Ácido Glutámico (mg)	0,0
OTROS					
Fibra alimentaria (g)	9,8	Etanol (g)	0,2	SE HA REALIZADO LA MEDIA DE LOS 4 DÍAS.	

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Para el análisis de los resultados fue preciso consultar las tablas de ingestas recomendadas que aparecen en las referencias bibliográficas (13), (14), (15) y (16). Al dar todas ellas las recomendaciones diarias fue preciso estimar las cantidades correspondientes al almuerzo; por tanto, hallamos el 35% a cada una obteniendo una tabla de recomendaciones dietéticas para el almuerzo con la que comparar los resultados proporcionados por el programa.

De la comparación obtuvimos los resultados descritos en las tablas adjuntas de los colegios .

En cuanto a los principios inmediatos se puede observar en todos los comedores un claro aumento de los lípidos en detrimento de los hidratos de carbono, siendo además el porcentaje de grasas saturadas superior al de poliinsaturadas. Respecto a las proteínas, el programa las considera aumentadas en todos los menús, pero sólo un 1% respecto al porcentaje normal, excepto un centro; por

Resultados Colegio C
Principios inmediatos: Exceso de lípidos. Defecto de H. C. Leve aumento de Proteínas.
Vitaminas y minerales: Ligero defecto de Yodo. Defecto de Vit. D. Resto elevadas.
Energía total (Kcal.): Exceso de energía.
Porcentaje de A.G.: Saturados superior al 10%.

tanto, no se pueden considerar los menús como hiperpro-teicos, salvo en el colegio D.

Por el contrario, sí se puede decir que todos los menús son hipercalóricos, pues sobrepasan las 840 Kcal. correspondientes al almuerzo (35% del aporte diario).

En el apartado de minerales se observa que el Yodo es deficitario

Resultados Colegio D
Principios inmediatos: Exceso de lípidos. Defecto de H. C. Aumento de Proteínas (17%).
Vitaminas y minerales: Defecto de Magnesio. Defecto de Ac. Fólico. Defecto de Vit. D.
Energía total (Kcal.): Exceso de energía.
Porcentaje de A.G.: Saturados superior al 10%.

en todos los colegios, salvo el D. Sólo en un centro se detectó disminución del Calcio, y en otro de Magnesio.

El aporte de vitaminas es, en general, superior a los valores de referencia. Como excepción, el Ac. Fólico es deficitario en 3 centros, igual que la vit. D. Sólo en un colegio se detectó disminuida la vit. B₁₂

AGRADECIMIENTOS

Expresamos nuestro agradecimiento a:

- Los colegios estudiados, tanto al personal de cocina como a directores y A.P.A.s de los centros.
- Unidad de Nutrición Clínica y Dietética del Hospital "Juan Ramón Jiménez" de Huelva, con especial mención a la Dra. D^a Isabel Rebollo Pérez, como médico responsable de la misma.
- Laboratorios NOVARTIS NUTRITION.
- Bibliotecario del Hospital "Juan Ramón Jiménez" de Huelva.
- Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Huelva.

CONCLUSIONES

En cuanto a los grupos de alimentos se observa que se cumple el aporte recomendado de pan y fruta. El aporte de fibra es también adecuado, posiblemente debido a las frutas y legumbres y no por las verduras, pues se observa un déficit en el menú.

Teniendo en cuenta que la ración de pan está cubierta, se puede considerar que el déficit de hidratos de carbono observado podría estar condicionado por el escaso aporte de verduras, citado anteriormente. Las proteínas están cubiertas con las raciones recomendadas de carnes/pescados y de legumbres.

En cuanto a las grasas hay que decir que el aumento de la proporción de saturadas y disminución de poliinsaturadas se puede relacionar con un deficiente aporte de pescado (siendo prácticamente nula la oferta de pescado azul), ya que la proporción de mono-insaturados es normal gracias al uso del aceite de oliva.

El poco aporte de Calcio observado en un centro puede ser equilibrado con los lácteos del desayuno y la merienda o cena. Por eso nos parece muy importante que los colegios informen a los padres de los menús que se van a servir, para que éstos compensen las carencias en las otras comidas.

Esta observación se cumple en todos los centros, pues se les facilita a los padres una copia de los menús mensuales. A este respecto, podemos decir que como proyecto de futuro sería importante desarrollar un estudio en el que se investiguen los menús ofertados en casa a los escolares para comprobar si están compensados con el menú escolar.

Por último, queremos decir que en los datos reflejados en el apartado «Observaciones» del Anexo II se encuentran recogidos los motivos por los que se emplean esos menús, así como otras apreciaciones que pueden servir como punto de partida para la elaboración de un proyecto de educación nutricional tanto a los cocineros como a los padres y escolares. Ese proyecto sería la consecuencia directa del estudio realizado, pues sin la posterior corrección de las deficiencias detectadas todo el trabajo sería en vano. A ese empeño nos ofrecemos si el tiempo y los medios lo permiten.

BIBLIOGRAFÍA

(1) THOULON-PAGE

La alimentación de las personas sanas. Cuadernos de dietética. Editorial Masson .

(2) MALDONADO, R. VILLALVÍ, J.R.

Educación nutricional y comedor escolar, ¿concordancia o discrepancia?.

ANALES ESPAÑOLES DE PEDIATRÍA, 1995 42 (2) :113

(3) MAHAN, K. ; ARLIN, M.T.; KRAHUSE,

Nutrición y dietoterapia.

ED. INTERAMERICANA MCGRAW-HILL. MEXICO D.F. 1995

(4) Dieta andaluza, come sano.

JUNTA DE ANDALUCÍA, Consejería de salud, 1993

(5) SUAREZ DÍAZ, M.C. ; LÓPEZ GONZALEZ, M. L. ; LÓPEZ NOMDEDEU, C. ; CRESPO HERNANDEZ, M ; CUETO ESPINA, A.

Utilidad de la pesada directa para valorar el menú de un comedor escolar.

ANALES ESPAÑOLES DE PEDIATRÍA, 1994, 40 (4) :268-272

(6) PABLO, N. DE ; MORAL ALDAZ, A. DEL

Estudio sobre alimentación y nutrición en 46 centros escolares de Pamplona en el curso de 1984-1982.

REVISTA DE SANIDAD E HIGIENE PÚBLICA, 1984,58 (7-8) :739-751

(7) MALDONADO CHIARRI, P. ;TÓRTOLA CANO, V. ;MARTINEZ MORENILLA, J.; MARTINEZ RUIZ, S.; MÁS BENLLOCH, C ; MUÑOZ MOYANO, P. Proyecto de intervención comunitaria a partir de un análisis de dietas escolares.

ENFERMERÍA CIENTÍFICA, 1996, 172-173 : 39-41

(8) FARRE ROVIRA, R. ; PEREZ SALVADOR, A. ; RODRIGO RAMON,S.; FRASQUET PONS, M. ; FRASQUET PONS, I.

Encuesta dietética en el parvulario de la Universidad Politécnica de Valencia.

ANALES ESPAÑOLES DE PEDIATRÍA, 1990, 32(2) :122-126

(9) ARANCETA, J. ; SANTOLAYA, J. ; GONDRA, J. ; DELGADO, A.

ARCHIVOS DE PEDIATRÍA, 1986, 37(6) : 523-534 Evaluación del consumo y de hábitos alimentarios en los comedores escolares de colegios públicos de la villa de Bilbao.

(10) HERNANDEZ VILLAPLANA, A. ; DURA TORTOSA, A. ; MAESTRE AMER.

Estudio de los comedores escolares de Elda. TÉCNICAS DE LABORATORIO, 1988, 11(145) :384-388

(11) COS, A.I. ;GÓMEZ, C. ;VAZQUEZ, C. ; SOLA, D. ; LARRAÑAGA, J. ; RAMOS, V. ; ALCORIZA, J. ; ENTRALA, A. ; ESTEBAN, J. ; GARGALLO, M. ; JAUNSOLO, M. A. ; LÓPEZ-NOMDEDEU, C.

Propuesta de estandarización de raciones de alimentos y menús para la evaluación del consumo alimentario de poblaciones.

(12) ALCORIZA, J. y Cols.

Raciones estándar de materias primas y recetas culinarias para uso en encuestas alimentarias.

(13) Tablas de composición de alimentos.

LABORATORIOS ALTER

(14) VARELA, G.

Ingestas recomendadas de energía y nutrientes para la población española.

CSIC, Instituto de nutrición, Universidad Complutense de Madrid.

(15) GALLEGO GOMEZ, E.

Alimentación del preescolar y escolar.

MONOGRAFÍAS DE PEDIATRÍA, Sep.-Oct. 1990, 66 : 29-30

(16) SARRIÁ, A. y BUENO, M.

Manual de alimentación para niños y adolescentes.

EDITORIAL COMARES, COLECCIÓN ABEZOAR, GRANADA 1995

(17)TORRES AURET, de

Dietética, dietoterapia y nutrición artificial para enfermeras.

LABORATORIOS NUTRICIA, ZARAGOZA 1997

(18) CERVERA, P. Et al.

Alimentación y dietoterapia.

INTERAMERICANA MCGRAW-HILL, MADRID 1991

SEGURO

DE RESPONSABILIDAD CIVIL

TU COLEGIO TE PROTEGE

CON 200 MILLONES DE PESETAS

*¡No te olvides!
tu seguridad, ante todo*



ORGANIZACIÓN
COLEGIAL DE ENFERMERÍA
HUELVA

Día de la mujer trabajadora:

Reflexiones

Con el señalamiento, imagino, que de las autoridades competentes, del día de exaltación a la mujer trabajadora, con referencia a aquel trabajo que realizamos fuera del hogar, ha causado en mí, la necesidad de reflexionar, acerca del hecho.

Lo primero que pasó por mi mente, fue preguntarme ¿por qué el día de la mujer trabajadora? ¿Es que no va a ser posible, ponernos de acuerdo, hombres y mujeres, ni en la celebración de algo que hacemos comúnmente? Pido disculpas por mi suspicacia, pero me pareció que el día no es más que una estratagema político-social, para reconocimiento público de nuestro esfuerzo, como seres que comienzan en la difícil tarea del trabajo fuera de casa, con las propias insuficiencias, y aún así su insistencia en realizarlo, encontrando así en este día una manera de reconocimiento y de ánimo, me parece oír con ello una voz en off que dice risueña, ¡Adelante, mujer, tu puedes!

Pues bien dije, no me siento perro de Pawlov, y no necesito de este tipo de estímulos, para seguir desarrollándome laboralmente.

Sin embargo, esto me llevó a pensar, en el trabajo que desde el comienzo de nuestra andadura, allá por las cavernas, nos ha costado cualquier reconocimiento o derecho de ser humano. Me pregunto, si no hubiéramos sido lo suficientemente inteligentes como para adoptar el rol de débiles y hubiéramos salido a cazar mamuts, dudan los humanos masculinos en que seríamos jefes de tribus. Quizás no nos hubiéramos dejado la piel y la vida en conseguir el respeto y la igualdad de derechos.

Recordar, que no hace mucho tiempo, no teníamos derecho a votar, y que hace aún menos, no podíamos vender ni comprar nada si no era con el permiso de los hombres.

Ahora, ya es distinto, la mujer del 2000, como presentaba una conocida revista, es el perfil que da la modelo Inés Sastre, una mujer independiente, profesionalmente competente, que cuida su cuerpo y su mente, madre de familia ejemplar y amante y compañera ideal. Y me vuelvo a preguntar, si todo eso me exigen para ser una mujer actual, ¿cómo tendrá que ser el perfil del hombre del 2000, capaz de dar la talla ante tal heroína? Que perfil podría tener ese hombre, podríamos pedirle que fuera también profesionalmente competente, claro, y también padre de familia ejemplar y amante y compañero ideal, sin pedirle más; porque esto ya me parece tan excesivo que nos llevaría a la extinción total de la opción heterosexual.

Este estereotipo falso y manido que realizamos en la actualidad con todos los temas, presentando la moda con chicas escuálidas y al tiempo diciendo a la juventud que coman que la anorexia mata, hacen igual con las relaciones hombre-mujer llevándonos a la insatisfacción.

Maslow decía que si las personas satisfacen sus necesidades, alcanzarán el máximo nivel de autoestima. Y autorrealización,

- 5 Necesidad de autorrealización.
- 4 Necesidad de autoestima.
- 3 Necesidad de pertenencia-amor.
- 2 Necesidad de Seguridad.
- 1 Necesidad Fisiológica.

Que significado tiene ahora la necesidad de autoestima y autorrealización, significa reconocimiento y/o prestigio social, posición económica elevada, no tendría que establecer



un "feedback" con la necesidad de pertenencia amor tan deteriorada en estos días, no nos llevaría a solventar de alguna manera el que las enfermedades de la mente sean al presente y el futuro de la humanidad.

A mí me gustaría reflexionar como poder ser más feliz, sin necesidad de "prozac". Y decir en voz alta que no podemos ser maravillosas en todo, porque esto implica, ser también más exigentes y sabemos que si a nuestra pareja le pedimos lo mismo, provocaremos ansiedades que nos harán sentirnos insatisfechas y terminaremos practicando ese nuevo término moderno de soledad que se llama internauta.

Francisca Hernández Quintero.
Colegiada nº 2882

EL CONCURSO-OPOSICIÓN, fijado para el 27 de Junio

Huelva/Redacción

El Concurso-Oposición para cubrir plazas en la Sanidad Pública de Andalucía ya tiene día: será el 27 de Junio en horario que, al cierre de esta edición, todavía no se ha hecho público. Las expectativas están en todo lo alto y contra reloj. La suerte de las 1.352 plazas en el Servicio Andaluz de Salud (SAS) estará echada cuando el domingo 27 los casi 25.000 aspirantes afronten la definitiva prueba. Los aspirantes de nuestra provincia deberán desplazarse hasta Sevilla.

A falta de que el Boletín Oficial de la Junta (BOJA) concrete lugar y hora, los exámenes para la enfermería de la región han llegado a su punto final. Han tenido que pasar casi diez años de espera y un elevadísimo número de personal interino padeciendo la precariedad en el empleo.

El desencadenante fue la publicación el pasado 6 de mayo, de una Resolución del SAS en el BOJA con la primera lista "provisional de admitidos y excluidos de Diplomados Universitarios de Enfermería, Ayudantes Técnicos Sanitarios (DUE/ATS) de Atención Primaria y Área Hospitalaria dependientes del Organismo así como la composición del Tribunal que debe evaluar dicho concurso-oposición". A partir de ahí, la Administración concretó la fecha escogida y la certeza de que llega la hora de la verdad.

Los aspirantes deberán conocer que la prueba se realiza de forma descentralizada en las provincias de Almería, Cádiz, Córdoba, Málaga y Sevilla. La prueba consistirá en un examen tipo "test" con 160 preguntas y cinco posibles respuestas. Para los candidatos de la provincia de Granada tendrá que hacer un desplazamiento a Málaga. Igual suceden los de nuestra provincia onubense que deberán acudir a Sevilla, mientras los de Jaén a Córdoba. Han sido 25 000 solicitudes y no solamente han sido profesionales



Están en juego puestos en la Sanidad Pública.

residentes en la región sino muchos otros más que viven fuera de nuestros límites geográficos y que desean concursar. La provincia de Sevilla, con casi 8.000 opositores potenciales, figura a la cabeza seguida por la de Málaga (unos 6.000)

y Córdoba (4.000). A considerable distancia, el resto entre ellas Huelva. En juego está una prueba que tardó diez años en hacerse realidad y casi 2.000 plazas de trabajo fijadas en el SAS para los 24.000 mil candidatos.

¿UN HOSPITAL PARA LEPE?

Al cierre de esta edición se ha conocido un proyecto para levantar un Hospital en Lepe. Sería de ámbito privado y a cargo del grupo Pascual con fuerte implantación en Andalucía, sobre todo en la provincia de Cádiz. La inversión calculada en este futuro centro lepero asciende a 2.300 millones de pesetas y la entidad responsable pretende que entre en funcionamiento a primeros del año 2.001.

El hospital tendría 120 camas y crearía 250 puestos de trabajo. Incluso ya ha sido bautizado: "Santa María de la Bella". Sólo falta que el tiempo confirme o eche por tierra lo que, por ahora, es únicamente un proyecto.

El Paciente Encamado:

LA POSICIÓN MÁS ADECUADA

Texto: Gonzalo Pérez Velo (Colegiado nº 3.197)

1. INTRODUCCIÓN

En nuestro trabajo hospitalario y al tratar con pacientes ancianos que han sufrido un accidente vascular cerebral suele ser frecuente el que nos encontremos con personas encamadas, esta situación les puede traer una serie de problemas como son la atrofia muscular, disminución de fuerza, anquilosis, contracturas, retracciones, posturas viciosas, úlceras por presión, etc., debidos en gran parte a patrones posturales anormales. Una correcta movilización de los pacientes y una posición adecuada y movimientos correctos son fundamentales para evitar las complicaciones relacionadas con el encamamiento, mantener y/o ampliar la función potencial del paciente proporcionarle mayor comodidad y evitar lesiones tanto al paciente como al profesional. Enfermería juega un papel fundamental en esto y para ello es necesario poseer una serie de conocimientos básicos sobre la movilización de pacientes encamados.

Aquí se presentan una serie de sugerencias para movilizar y posicionar a los pacientes encamados y

a los que sufren una hemiplejía, que si bien en líneas generales sirven para todos no debemos olvidar el individualizar la posición más adecuada para cada uno en función de sus necesidades y de la valoración global que se le haga.

2. CONSIDERACIONES AL MOVILIZAR PACIENTES ENCAMADOS

Antes de cualquier movilización la enfermera debe valorar cual es la postura más adecuada para el paciente en función de los problemas que éste presente y cual es la frecuencia con la que se deben hacer estas movilizaciones y los distintos cambios posturales.

Hay que buscar una posición en la que el peso del paciente esté lo más repartido posible para evitar zonas del cuerpo que reciban una presión muy elevada con el consiguiente riesgo de lesiones cutáneas.

Debemos motivar al paciente para que colabore al máximo, de manera que esté lo más activo posible cuando se le mueva. No le debemos hacer movilizaciones pasivas si el paciente puede moverse por sí mismo. Asimismo, nunca debemos escoger un movimiento que invalide al paciente, como por ejemplo ahorrarle algún movimiento para ganar tiempo.

El profesional se debe situar en cada movimiento, según el estado del enfermo, las circunstancias que lo rodean, los medios de que dispone, y adoptar las técnicas más convenientes de acuerdo a las características antropométricas de quien las realiza.

No debemos actuar con prisas. A veces, si le prestamos el tiempo y la ayuda necesarios descubrimos que el paciente realiza más de lo que esperábamos.

La movilización se ha de realizar de manera suave y lenta, tanto del cuerpo como de los brazos y piernas, sin prisas y sin movimientos

bruscos y rápidos. Las extremidades se sujetarán por encima y por debajo de la articulación.

La forma de hacer la movilización puede ser rotación, desplazamiento o levantamiento del paciente en la cama. Debemos evitar arrastrar al paciente sobre la cama para evitar fricciones; el uso de una sábana entremetida facilita mucho el trabajo y también evita fricciones.

Para los desplazamientos hacia la cabecera de la cama debemos poner ésta en posición horizontal, si el paciente no colabora se hará entre dos personas situando cada una su brazo por debajo del hombro del paciente y desplazándole ambos al mismo tiempo. Si el paciente colabora le puede ayudar una sola persona, para ello le pediremos que doble las rodillas y empujarán ambos hacia arriba al mismo tiempo. La cama la dejaremos en la posición inicial.

Para ponerlo de lado se desplazará al paciente hacia un lado de la cama, los brazos los tendrá cruzados encima del pecho, la pierna que va a quedar encima se la flexionaremos un poco y se le cruza por encima de la otra, posteriormente situaremos una mano sobre la cadera del paciente y la otra sobre el hombro y le haremos rodar cuarenta y cinco, noventa o ciento treinta y cinco grados respecto al decúbito supino, situando al paciente en la inclinación que más nos interese. Se le debe flexionar la cadera y la pierna que quedan en la parte de arriba para evitar la presión de las prominencias óseas y dar mayor estabilidad a la posición lateral.

Para el decúbito prono se procede igual que en el caso anterior pero sin flexionarle la rodilla y haciéndole girar ciento ochenta grados.



Posición en decúbito lateral

3. POSICIONES MÁS ADECUADAS EN EL ENCAMADO

Muchas veces en el enfermo encamado quizás nos deberíamos fijar, más que en buscar la posición más adecuada, en saber en que posición no lo debemos dejar para evitar algunos problemas como pueden ser el pie equino, la hiperflexión cervical, la cifosis lumbar, alteraciones en el retorno venoso, miembros atrapados por el propio peso, pinzamientos de sondas, etc. Para evitar estos problemas, la posición más indicada es la posición más fisiológica que suele ser a su vez la más tolerada y la más cómoda para el paciente.

A continuación se describe cómo debe situarse al paciente en las distintas posiciones.

• DECÚBITO SUPINO

- La cabeza quedará alineada con la columna y el tronco estará derecho.
- Las manos estarán junto al cuerpo o sobre el abdomen y los brazos ligeramente flexionados a nivel de los codos con los dedos ligeramente flexionados en una posición natural.
- Utilizar almohadillas por arriba y por debajo del sacro y por arriba de los talones para aliviar la presión, los talones no deben tocar la cama.
- Las piernas estarán estiradas. Debemos valorar muy bien la colocación de una almohadilla por debajo de las rodillas ya que aunque previene la hiperextensión, una contractura con

las rodillas flexionadas puede impedirle la deambulación. Si se le ha de colocar la almohadilla debajo de las rodillas, se la colocaremos algo más arriba del hueco poplíteo para favorecer el retorno venoso. Para evitar la rotación externa se pueden colocar una pequeña almohada en el lado externo de la pierna.

- El pie debe permanecer en ángulo recto respecto a la pierna, si fuera necesario podemos colocar un soporte o apoyo sobre los pies para evitar la flexión plantar. Debemos tener especial cuidado con el peso de la ropa de la cama, de manera que no ejerza una excesiva presión sobre los pies para evitar la flexión plantar y el pie equino, si fuera necesario utilizaremos unos soportes adecuados para la ropa y evitar la presión.

- El dejar a una persona encamada en decúbito supino o lateral durante largo espacio de tiempo acaba produciéndole deformidades en la cadera.

• DECÚBITO LATERAL

- La cabeza y cuello quedará apoyada en una almohada de manera que quede alineada con la columna.
- Situaremos una almohada en la espalda, entre el colchón y la sábana, o entre la sábana y la sábana entremetida para evitar la tendencia al decúbito supino.
- Se le pondrá una almohadilla entre las rodillas y otra entre los tobillos para evitar la presión y el roce.
- Colocar almohadillas por encima y por debajo del trocánter y



La entremetida facilita el trabajo y evita fricciones

maléolo para evitar la presión. No se debe colocar al paciente directamente sobre el trocánter y cresta ilíaca por ser prominencias óseas con poco almohadillado.

- Se puede colocar al paciente formando un ángulo de distintos grados con la horizontal dependiendo de la zona que interese que descanse.
- Debemos evitar que el brazo que quede debajo quede aprisionado por el cuerpo, lo situaremos en abducción y con el codo flexionado.

• DECÚBITO PRONO

- Posición que no todos los pacientes toleran bien y que debe favorecerse si es bien tolerada. La cabeza estará ladeada y alineada con el cuerpo, permaneciendo el cuerpo también alineado.

- Los brazos pueden quedar flexionados y apoyados en los almohadones o bien recostados a los lados del cuerpo.

- Debemos colocar almohadillas debajo de los muslos y abdomen.

- Las piernas estarán en extensión con una almohada bajo los pies para evitar la aducción, la abducción y la hiperextensión del pie. También se pueden colocar los pies de manera que queden por fuera del colchón en su posición natural.

4. POSICIONES MÁS ADECUADAS PARA PACIENTES HEMIPLÉJICOS

En el paciente hemipléjico o que ha sufrido un ictus y está en los primeros momentos (etapa flácida generalmente) enfermería juega un

papel muy importante en su recuperación, sobre todo si está en la cama o en el sillón. Errores a la hora de atenderlos puede ser negativo para su recuperación. Con unas posiciones correctas podemos contribuir de manera significativa a evitar patrones posturales anormales (posturas viciosas, retracciones) y a mejorar la calidad del movimiento del lado afectado del paciente. Es importante que exista una estrecha colaboración entre enfermería y fisioterapeutas.

Generalmente en una persona hemipléjica tras la flaccidez inicial suele aparecer tarde o temprano espasticidad muscular que puede ser extensora o flexora. Etapa flácida y espástica se van superponiendo y conforme se va instaurando la etapa espástica hay que ir progresando hacia mayores logros en su tratamiento como el sentarse o incluso ponerse de pie. En el paciente encamado la tendencia flexora puede ser peligrosa para la rehabilitación, sobre todo si se producen contracturas flexoras de la cadera y rodilla que le impedirán levantarse y caminar. Este tipo de problemas se pueden evitar mediante unas medidas preventivas adecuadas. Estas medidas consisten en colocar al enfermo o una parte de su cuerpo en una posición determinada en función de la tendencia flexora o extensora que tenga de manera que se contrarreste el patrón espástico. Por todo esto debemos prestar especial atención a la postura en la etapa flácida, ya que una posición adecuada y movimiento correcto evita un aumento indebido de la espasticidad, contracturas y retracciones.

• DECÚBITO SUPINO

En esta posición, el brazo afectado se debe colocar extendido a lo

largo del cuerpo sobre una almohada un poco más alta que el tronco, en una posición cómoda para el paciente, se evitará así la abducción del húmero respecto a la escápula y la predisposición a una subluxación de la cabeza humeral o retracción del hombro. La mano permanecerá extendida para evitar la mano en garra.

El hombro debe permanecer lo más hacia adelante que se pueda, para ello nos podemos servir de la misma almohada que sostiene el brazo colocándola debajo. La cabeza debe estar vuelta hacia el lado sano para evitar la espasticidad de sus músculos del cuello hacia el lado enfermo.

El decúbito supino tiende a producir la máxima espasticidad extensora de la extremidad inferior. Si el paciente tiene tendencia a la flexión se debe procurar una ligera extensión de la cadera y de la rodilla, para ello colocamos una pequeña almohada debajo de la cadera del lado enfermo para evitar la retracción de la pelvis, y a la vez un soporte lateral de la rodilla (la misma almohada u otra almohada) para prevenir la abducción y la rotación externa de la cadera, esto inhibe la acción de los músculos flexores de la rodilla y el tobillo con lo que se previene la rotación externa de la pierna y la tendencia flexora. La rodilla debe mantenerse extendida y a su vez hemos de procurar no causarle una rotación interna. Si el paciente tiene tendencia a la extensión se procede igual que el caso anterior manteniendo la cadera un poco elevada pero la rodilla debe estar un poco flexionada, para ello se coloca una almohada debajo de la rodilla, un poco más arriba del hueso poplíteo.

• DECÚBITO LATERAL

El paciente no siempre debe estar de espaldas, sino que debe

aprender a estar de costado sobre el lado sano y también sobre el lado enfermo, aún más cuando el decúbito supino tiende a provocar retracción del brazo a nivel del hombro y espasticidad extensora en la extremidad inferior.

Acostado sobre el lado sano el hombro del lado afectado tiene que quedar bien adelante, con el brazo afectado sostenido en una almohada y extendido a nivel del codo, para que pueda "abrazar" la almohada con los dos brazos. La pierna afectada debe quedar en una posición natural de semiflexión.

Acostado sobre el lado afectado su hombro enfermo tiene que quedar lo más adelante posible para contrarrestar la retracción de la escápula; el brazo estará, entonces, en rotación externa y extendido a nivel del codo.

• DECÚBITO PRONO

En el caso de que la toleren les viene bien ya que disminuye las lesiones cutáneas y favorece la extensión de las caderas y rodillas por la gravedad. Debemos tener los mismos cuidados que vimos con el paciente encamado en decúbito prono: colocar una almohada bajo el abdomen y muslos y situar los pies fuera del colchón para evitar la extensión de éstos.

AGRADECIMIENTO

El autor desea manifestar su agradecimiento a Felicitiana Quirós Valle, Fisioterapeuta del Hospital Blanca Paloma, por su lectura crítica.

BIBLIOGRAFÍA

- CARNEVALI-PATRICK. *Enfermería geriátrica*. Interamericana. McGraw-Hill. Madrid. 1996.
- L.J. CARPENITO. *Diagnóstico de Enfermería*. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1991.
- SINFORIANO RODRÍGUEZ MORENO y ANTONIO CASTELLANO SUÁREZ. *Intervención Clínica y Psicosocial en el Anciano*. I.C.E.P.S.S. Las Palmas de Gran Canaria. 1.995.
- B. GIL. *Enfermería Geriátrica: Clínica y Práctica Paradigma*. Madrid, 1994.
- BETH W. JACOBS. *Coloque al enfermo en la mejor posición*. Junio-julio 1995
- WECK-KING-DIER. *Técnicas de Enfermería*. Interamericana McGraw-Hill, Madrid. 1993.
- BOBATH B. *Anomalices des réflexes de posture*. Maloine. París 1.993 (Edición en castellano).
- BOBATH B. *Hemiplégie de l'adulte, bilans et traitements*. Maloine. París 2ª Edición. 1984 (Edición en castellano).

CONSTITUIDA LA ASOCIACIÓN ONUBENSE DE ENFERMERÍA EN SALUD LABORAL

Acaba de crearse una nueva entidad en el campo de la enfermería de Huelva. Se trata, en concreto, de la "Asociación Onubense de Enfermería en Salud Laboral" que busca agrupar a todos aquellos colegiados que desarrollen su quehacer en el mundo de la Salud Laboral (Empresa) sea en la capital o en cualquier punto de la provincia.

Ya se ha celebrado la Asamblea General constituyente de donde surgió la primera junta directiva que tiene como primer presidente a Casto Pino Romero. Una de las primeras gestiones ha sido remitir a la Consejería de Gobernación la documentación pertinente para lograr la inscripción de esta Asociación en el registro oficial. La Asociación Onubense informa que todo aquel profesional interesado en pertenecer a ella, aunque no disponga del título de Empresa, puede contactar con el Colegio de Enfermería, que es también, la sede de la recién creada Asociación. La Inscripción es gratuita.

VI Certamen de Investigación en Enfermería "CIUDAD DE HUELVA"

BASES

- DENOMINACIÓN:** Certamen Provincial de Investigación en Enfermería "CIUDAD DE HUELVA".
- OBJETO:** Los premios se concederán a trabajos de investigación o monográficos de Enfermería, inéditos, que se presenten a este certamen de acuerdo a las bases del mismo y hayan sido realizados por profesionales de Enfermería.
- DOTACIÓN:** La dotación económica será de **250.000 ptas. y trofeo** para el trabajo premiado en primer lugar, y de **75.000 ptas. y trofeo** para accésit (la dotación económica de los premios está sujeta a retención fiscal según lo estipula la ley).
El jurado podrá declarar desierto los premios si considera que los trabajos presentados no reúnen la calidad científica suficiente.
- PRESENTACIÓN:** Los trabajos se presentarán en la sede del Colegio antes de las 18 horas del día 17 de diciembre de 1999. No tendrán límite de espacio y acompañará bibliografía si la hubiese, así como documentación gráfica. Se presentarán cinco copias, en tamaño DIN A-4, mecanografiados a doble espacio por una sola cara y encuadernados.
Los trabajos se presentarán en sobre donde deberá indicar "Premio de Investigación. Ciudad de Huelva". No llevará remite ni dato identificativo alguno. Irán firmados con seudónimo.
Se acompañará un sobre cerrado donde se indique el seudónimo y en cuyo interior contendrá los datos del autor (nombre, D.N.I., dirección completa, teléfono y nº de colegiación).
- PARTICIPANTES:** Sólo podrán concurrir profesionales en posesión de título de A.T.S. o D.U.E., que se encuentren colegiados en Huelva y al día en sus obligaciones colegiales. Quedan excluidos los miembros que componen el jurado. El hecho de participar en este certamen implica la aceptación previa de las presentes bases.
- JURADO:** Estará compuesto por un mínimo de cinco miembros y será presidido por el Presidente del Colegio de Enfermería de Huelva. Todos los miembros del jurado serán profesionales de Enfermería, los cuales nombrarán un Secretario. Los concursantes por el hecho de participar en el concurso, renuncian a toda clase de acción judicial o extrajudicial sobre la decisión del jurado, que será inapelable.



- FALLO:** El fallo del jurado será hecho público por el secretario designado entre sus miembros, el Día Internacional de la Enfermería-San Juan de Dios del 2000.
- PROPIEDAD DE LOS TRABAJOS:** Los trabajos que opten al premio quedarán en propiedad del Colegio de Enfermería de Huelva, que podrá hacer de ellos el uso que estime oportuno, estando obligado únicamente, en caso de publicación a hacer mención del nombre del autor.
- TITULAR DEL PREMIO:** Será quien aparezca como único o primer firmante.

INFORMACIÓN:

Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Huelva. C/ Berdigón nº 35, 1º izq. - 21003 Huelva. - Tf. (959) 24 63 15 - 28 12 86

Con la colaboración de:





Nuevo Monedero Electrónico de *la fuerte*



El dinero está en el *chip*

DESDE AHORA PARA PAGAR
todas estas pequeñas compras diarias
no hará falta llevar encima monedas ni billetes.

Sólo con el nuevo **MONEDERO ELECTRÓNICO VISA CASH** que *la fuerte* incorpora desde ahora, podrás pagar cómodamente todo sin llevar encima dinero en metálico.

El dinero para el café en el bar de siempre, el pan, coger un taxi, el periódico, una revista, ir al cine, pagar en la pescadería... hasta para llamar por teléfono desde una cabina, lo llevarás en el *chip* de *la fuerte*

A chip de cómodo, práctico y limpio.

Infórmese en cualquiera de las oficinas de Caja Rural de Huelva.



**CAJA RURAL
DE HUELVA**

**VISA
Cash**

la fuerte tu tarjeta más *chip*.

SERVICIO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA

901 • 111 333