



nº 8 • Revista de Auxiliares de Enfermería

- EPILEPTICOS
- ALZHEIMER
- MEDICINA TRADICIONAL CHINA

實楮州明



實楮州徐



鈴瓿州信



SEPARATA: INFORMES PROFESIONALES ELABORADOS
POR AUXILIARES DE ENFERMERIA



*Arjo (Suecia)
Comercializa esta grúa
llamada Sara
Que levanta y desplaza al enfermo*





CONSEJO EDITORIAL
DE NOSOCOMIO

Directora

Elvira Vázquez

Redactora Jefe

Montse García

Asesores Laborales

Alfredo Pereira
Isabel Uribes

Colaboradores

Celia Dou Marcos
Carmen Cubero
Nieves Delgado
Carmen Luna
Soledad Belvis
Pilar Gutiérrez
Azucena Kundin
Miguel Angel Aristu
Pilar Lozano

M.^a Angeles Quiñero
Francisca Cabeza
Pilar Zafra
Carmen Padilla
Celia Mora

Comité Científico

Teresa Valerio
M.^a Angeles Román Gamo

Edita

FAE (Fundación para la
Formación de Auxiliares de
Enfermería)

**Administración,
redacción y**

servicios comerciales

Alcántara, 5, 6.^ª izqda.
28006 Madrid
Telfs. (91) 578 16 22/65/81/87
Fax 578 16 05

Publicidad

Pedro Martín Romero

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

EN ESTE NUMERO

8

DEBATES SANITARIOS

LA ASOCIACION NACIONAL DE INFORMADORES
SANITARIOS REUNIO DURANTE LA CAMPAÑA
ELECTORAL A LOS PORTAVOCES SANITARIOS DE
LOS PARTIDOS POLITICOS.



10



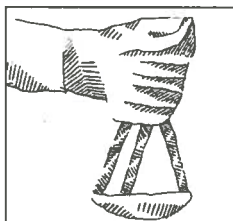
MEDICINA TRADICIONAL CHINA

4000 AÑOS DE ANTIGÜEDAD AVALAN LOS
RESULTADOS DE LA MEDICINA
TRADICIONAL CHINA.

15

HOSPITALES DIGITALES

LA TECNOLOGIA LLEGA HASTA EL ULTIMO
RINCON DE LOS CENTROS SANITARIOS Y
LOS CONVIERTE EN DIGITALES.



JURADO

LA LEY DEL JURADO SE INSTAURA EN
ESPAÑA Y OFRECE AL CIUDADANO UNA
PARTICIPACION MAS ACTIVA EN
LA JUSTICIA

38



42

EPILEPSIA

ASOCIADA A FENOMENOS
SOBRENATURALES LA EPILEPSIA NO ES
MAS QUE UNA DESCARGA CEBRAL.

46

COMUNICARSE CON EL PACIENTE

EL ESTABLECIMIENTO DE UNA BUENA
COMUNICACIÓN HA PASADO A SER
CONSIDERADO UN PARAMETRO DE
CALIDAD ASISTENCIAL.



48

ALZHEIMER

UNA ENFERMEDAD CADA VEZ MAS
FRECIENTE ENTRE LOS MAYORES QUE
NO SE PUEDE FRENAR NI PREVENIR.

N



osocomio. Del latín *nosocomium*, significa *hospital de enfermos* y será el nombre de la que hasta ahora era la Revista Nos.

Este cambio de nombre obedece a la necesidad de dotar a esta publicación de una denominación más relacionada con el ámbito sanitario en el que se distribuye y centro de su interés. Sin embargo, ello no supone ningún cambio en el objetivo fundamental con el que se creó: servir de cauce para la publicación de los trabajos de investigación y observación elaborados por los Auxiliares de Enfermería.

La separata central de la revista se ha convertido en un documento fundamental de consulta y archivo para los profesionales Auxiliares de Enfermería por el rigor y la calidad de los mismos. Estas cualidades han conseguido avalar con garantías el proyecto inicial en el que muchos no confiaron.

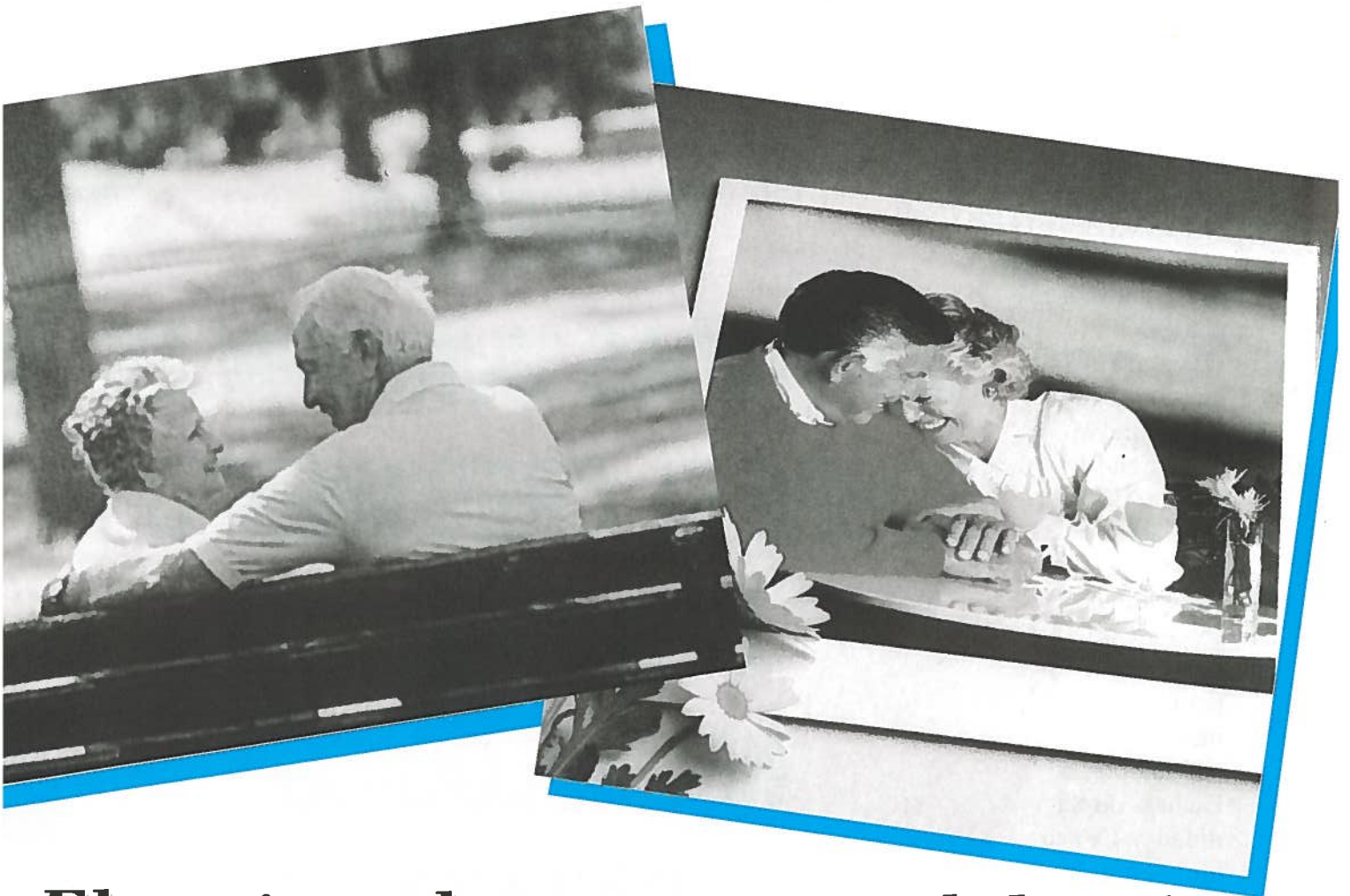
La octava edición no supone, en definitiva, la presentación de un nuevo proyecto sino el mismo producto mejorado y ofreciendo la calidad y el rigor científico e informativo que nuestros lectores exigen en cada número.

La separata central de nuestra publicación se nutre de los trabajos remitidos a esta redacción por los Auxiliares de Enfermería y deben ceñirse a unas mínimas normas en cuanto a la presentación y extensión de los trabajos presentados de forma que se agilice el proceso de selección y publicación de los mismos. El protocolo de redacción mencionado se publica en páginas centrales junto al boletín de suscripción a la revistas, que deberán cumplimentar quienes están interesados en recibir puntualmente en su domicilio *Nosocomio*.

PLAN DE JUBILACIÓN

SAE

SINDICATO DE AUXILIARES DE ENFERMERIA



El mejor plan para tu jubilación

- Un plan de futuro.
- Revalorizable.
- Seguro y rentable.
- Con liquidez.

*Para más información, Tel.: (91) 349 02 36
o en el sindicato de tu provincia o sede nacional.*

La atención a los niños con retraso psicomotor ha de abordarse desde un equipo multidisciplinar, compuesto por logopedas, psicólogos y terapeutas, en el que ha de tener un papel importante la utilización, por parte de los profesionales sanitarios implicados, de un lenguaje homogéneo que evite, en la medida de lo posible, la dispersión del mensaje o que éste llegue con lagunas a los padres.

Otra de las conclusiones a las que se ha llegado en esta primera jornada municipal sobre el crecimiento y desarrollo neurológico infantil, promovida por la Escuela de Sanidad y Consumo del Ayuntamiento de Madrid, es el hecho de la necesidad de implicar, en mayor medida, a los médicos especialistas en neurología para que participen más activamente en los equipos multidisciplinarios. Así, María Zapico, médico pediatra y promotora de estas jornadas, afirma: "tanto logopedas como psicólogos tienen la necesidad de contar con el soporte de neurólogos que han de

dar el contrapunto médico, necesario tanto en el diagnóstico como en el tratamiento de niños que presenten estas patologías". También se abordarían en estas jornadas municipales aspectos relacionados con el crecimiento infantil de vital importancia en todos los niños, no

Prevención : asignatura pendiente

La prevención de este tipo de patologías, fácilmente detectables en los casos más graves, pasa muchas veces desapercibida en niños con patologías de grado leve, lo que lleva, en opinión de María Zapico "a que en muchas ocasiones toda la asistencia sanitaria se

PRIMERAS JORNADAS MUNICIPALES SOBRE EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO NEUROLOGICO INFANTIL

sólo en los que padecen patologías de corte psicomotor, pero que en niños con problemas de desarrollo neurológico necesitan de una atención específica aunque no especial.

vuel- que sobre los pacientes más graves y no se preste la debida atención a los más leves o menos graves que son, paradójicamente, aquellos que una mayor integración escolar podrían tener de cara al futuro". De igual forma ésta "no priorización de la

atención sanitaria a estos casos leves provoca una alarma injustificada en los padres” que se ven inmersos, al no ser estas patologías habituales y frecuentes, en un círculo sanitario del que les es difícil salir ya que raramente son atendidos de forma multidisciplinar e integral. La importancia del tratamiento precoz de estas patologías es vital para María Zapico “ya que de ellos depende facilitar la plena integración escolar de estos niños”. Otro de los aspectos en los que se necesita

mas de retraso psicomotor”. Especial importancia para María Zapico es el papel que pueden desarrollar los profesionales de las guarderías infantiles en la detección precoz de patologías neurológicas “ya que son el personal que está en mayor contacto con los niños y también los que más acostumbrados están en detectar alteraciones neurológicas”. En estos casos la recomendación que hace esta médico pediatra es que se consulte “cuanto antes con un especia-



EL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR, BASICO PARA SU ATENCION

progresar es en la necesidad de contar, dentro de los equipos multidisciplinarios que ya existen y en aquellos que se creen, con médicos neurólogos que asesoren a estos equipos multidisciplinarios, así como potenciar una mayor presencia de rehabilitadores especializados en el tratamiento a niños “ya que no es lo mismo tratar a adultos que hacerlo con niños que además tienen proble-

lista para abordar lo antes posible un tratamiento corrector a pesar de que el principal problema al que se enfrentan los padres es la descoordinación existente entre los profesionales sanitarios lo que provoca en muchos casos que los padres acudan de consulta en consulta esperando una respuesta a sus preguntas que a veces tarda demasiado en llegar”.

VOLUNTARIOS EN



La figura del Voluntario de la Asociación Española Contra el Cáncer (A.E.C.C.) surge hace aproximadamente siete años "como consecuencia de las necesidades psicosociales del enfermo oncológico y de su familia que no pueden ser cubiertas por los profesionales con el único fin de mejorar su calidad de vida", afirma Isabel de Santiago, subdirectora general de la A.E.C.C.

Acciones voluntarias de forma individualizada han surgido siempre pero la eficacia de éstas es mayor cuando están estructuradas y coordinadas de forma concreta. Por ello, la Asociación Española contra el Cáncer crea la figura de la Coordinadora de Voluntarios que sirve de nexo de unión entre los voluntarios, la gerencia del hospital y la propia A.E.C.C. En cada uno de los hospitales en los que existen voluntarios, aproximadamente medio centenar, hay una coordinadora que distribuye y organiza el trabajo de éstos.

"Los voluntarios reciben un curso de formación por parte de la Asociación Española contra el Cáncer y posteriormente un periodo de prácticas en los hospitales tutelados por voluntarios con mayor experiencia. Saben perfectamente cuáles son sus actividades y que no pueden interferir en absoluto en el trabajo de los profesionales sanitarios", afirma la subdirectora general de la A.E.C.C.

LOS HOSPITALES



Desde el pasado mes de enero la figura del voluntariado de la A.E.C.C. está regulada gracias al convenio marco firmado por la presidenta de la Asociación Española contra el Cáncer, M^ª Fernanda Méndez Nuñez y Gómez Acebo, y la directora general del Insalud, Carmen Martínez Aguayo regulando la colaboración entre ambas entidades en la realización de actividades de voluntariado.

Para Isabel de Santiago "este convenio supone el reconocimiento por parte del Instituto Nacional de la Salud de la labor que los voluntarios de la A.E.C.C. desarrollaran en los hospitales, respaldando por tanto su actividad en estos".

Según este acuerdo se establece que "el voluntariado ejercerá sus funciones de colaboración en aquellos centros hospitalarios del Insalud en los que la Asociación Española contra el Cáncer (A.E.C.C.) y la correspondiente Dirección Gerencia lo considere necesario".

"Dichas funciones de colaboración serán las de acompañamiento y apoyo al enfermo oncológico, acompañamiento y apoyo a la familia, apoyo al personal sanitario mediante tareas complementarias a las de los profesionales del centro hospitalario, no interfiriendo en estas últimas, ni realizando jamás tareas correspondientes a los profesionales".

El acuerdo establece igualmente que el personal voluntario dependerá de la Asociación Española contra el Cáncer sin tener ninguna relación contractual con el hospital donde presta sus servicios ni derecho a percepción económica alguna por esta actividad.

Por otra parte, el voluntario no podrá facilitar su dirección ni teléfono a los enfermos o familiares y deberá establecer todos los contactos con aquellos a través de la A.E.C.C.

El Insalud, por su parte y a través de la Dirección Gerencia del centro hospitalario interesado en aplicar específicamente el presente Convenio Marco se compromete a: facilitar un espacio físico adecuado para realizar las funciones del voluntariado así como material fungible de oficina. Asimismo informará al personal sanitario acerca de las funciones y actividades a desarrollar por el voluntariado y establecerá los mecanismos de relación funcional y coordinación entre el responsable de la Unidad de Trabajo Social del hospital y el Coordinador del Voluntariado con el fin de lograr una ordenada potenciación de sus actuaciones.

La A.E.C.C. aportará batas, uniformes de identificación para los voluntarios, así como material de apoyo para las distintas actividades que se realicen.

La redacción de la revista Nosocomio ha realizado una encuesta sin valor estadístico entre cerca de 100 Auxiliares de Enfermería de centros sanitarios de todo el territorio nacional. Según ésta: el 90% de los encuestados considera que este es un buen acuerdo teniendo como objetivo básico la calidad asistencial del paciente.

Asimismo, el 97% considera que por parte de las gerencias, del Insalud e incluso de la misma A.E.C.C. deberán regularse igualmente mecanismos de control eficaces para evitar la realización de tareas asistenciales por parte del voluntariado y un cumplimiento estricto del convenio. El mismo porcentaje espera que este convenio no sirva para dotar a los centros sanitarios de mano de obra barata.

Tan sólo un porcentaje cercano al 5% de los Auxiliares de Enfermería encuestados ha coincidido en alguna ocasión con el trabajo del voluntariado sin que se hayan generado conflictos al respecto.

El 60% de los Auxiliares de Enfermería considera que debe fomentarse la preparación psicológica del voluntariado, no así la relacionada con la asistencia sanitaria al no ser éste su ámbito de actuación.

Por otra parte, los encuestados consideran que debería haberse informado al personal sanitario sobre la firma del acuerdo y el 98% afirma no haber recibido ninguna información en relación con la presencia o las actividades concretas que realizarán los voluntarios. Tampoco conocen como se desarrollarán sus relaciones y se plantean cuestiones al respecto del tipo de si el Auxiliar deberá pedir al voluntario que abandone la habitación para realizar sus funciones asistenciales, por citar sólo un ejemplo.

El 80% considera que si no hay un adecuado control podría suponer una paulatina reducción de las plazas de personal sanitario.

DEBATE ELECTORAL SANITARIO

Natalia Bajo



La Asociación Nacional de Informadores de la Salud (ANIS) convocó recientemente un debate electoral sobre política sanitaria en el que participaron representantes de los principales partidos. Allí estuvieron los representantes de CIU, PNV, IU y PP. Por parte del PSOE estaba anunciada la presencia de la ministra Angeles Amador, que en el último momento excusó su ausencia.

Aeste encuentro asistieron los siguientes representantes; por el PNV, el Viceconsejero de Sanidad del Gobierno Vasco, Javier Sáez de Buruaga; por CIU el portavoz, Jaime Cardona; por parte del PP, su presidente de la Comisión de Sanidad, Enrique Fernández Miranda y como portavoz de IU-IC Angeles Maestro.

El acto tenía como primer fin la exposición de las líneas generales de los programas electorales, en el ámbito de política sanitaria, de cada uno de los partidos. Como viene siendo frecuente en esta precampaña, la figura protagonista fue la del representante del PP, a quien fueron dirigidas la ma-

yor parte de las preguntas, ya que todas las encuestas prelectorales señalaban a este partido como vencedor en las elecciones del 3 de marzo. Cada portavoz hizo un avance esquemático y breve de los puntos mas importantes de la Sanidad Pública que necesitan de una revisión y modificación e incluyeron pocas novedades reales a lo que viene siendo la problemática sanitaria que se arrastra desde hace años.

Conservación del sistema público de salud

En este punto coincidieron todos los ponentes haciendo una valoración positiva del sistema sanitario público en sus supuestos básicos: gratuidad, pluralidad y universalidad. Estos aspectos fueron defendidos desde las diferentes políticas prometiendo la continuidad y mejoramiento de los mismos.

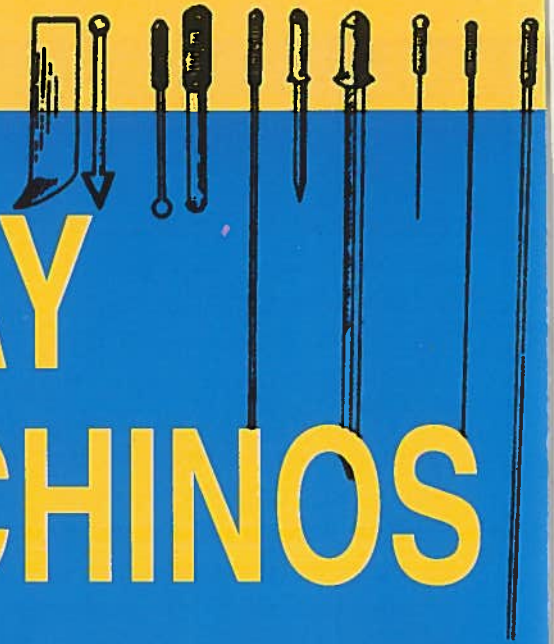
Sin embargo, se expusieron las deficiencias en materia de gestión y administración de los recursos que han llevado a que la Sanidad Pública soporte en estos momentos un déficit de casi un billón de pesetas. En este punto surgió el previsto debate entre una gestión de la sanidad pública o siguiendo criterios empresariales.

El representante de CIU, Jaume Cardona, abogó por una gestión empresarial a nivel estatal, que ya ha sido llevada a cabo en Cataluña y que ha dado lugar a una acogida mas individualizada del paciente y a una simplicación de los trámites administrativos, así como a una mayor rentabilidad de los recursos.

Por su parte IU se presentó a sí mismo como el único partido que presenta aternativas realmente de izquierdas.

Angeles Maestro planteó la necesidad de reformas estructurales globales, tales como una reforma de la política económica española. Señaló la dificultad de llevar a cabo los tratados de convergencia de Maastrich y mantener a la vez la cobertura y calidad del sistema público de salud, por lo que reivindicó un calendario diferente para España, a la que consideró *país de tercera fila* dentro de la UE. Rebatió al resto de los partidos afirmando que “si realmente el ser humano es el centro de la política sanitaria, esto sólo puede ser cierto si priman criterios de rentabilidad social sobre los de rentabilidad económica. Por lo tanto la gestión empresarial de los servicios sanitarios estaría basada en criterios económicos, como el ahorro y la rentabilidad, desplazando a la persona a un segundo plano”.





NO HAY CUENTOS CHINOS

En un mundo en el que la experiencia abre multitud de puertas, muchas son las que se cierran a la Medicina Tradicional China (M.T.C) a pesar de sus 4.000 años de existencia y de los miles de millones de casos que avalan su validez médica. La convivencia ideal que debería existir entre la M.T.C. y la medicina occidental está lejos de que se convierta en realidad.

A pesar de los más de 4.000 años de historia de la Medicina Tradicional China, en Occidente hace apenas 50 años que se introdujo y se debe a un grupo de monjes franceses tras su regreso de un viaje y sus experiencias en China.

La comunidad científica se muestra bastante reacia a aceptar algunas las técnicas de la M.T.C. sobre todo porque los fundamentos teóricos de ambas modalidades médicas son radicalmente distintos. Mientras la medicina occidental se basa en analíticas, radiografías y distintas pruebas para hacer un diagnóstico y considerarlo fiable, el médico tradicional chino diagnostica a partir de lo que le cuenta el paciente, a través de los doce pulsos y a través del estado de la lengua o de la cara.

Intervienen además otros factores para negar el reconocimiento de algunos mecanismos de acción en los que confluyen desde los intereses de la industria farmacéutica hasta los del estamento médi-

co cuyo desconocimiento de la situación en la mayoría de los casos les lleva a negar la validez de la M.T.C.

Sin embargo, esta situación no se da por igual en todos los países ya que, por ejemplo, en Alemania existe un hospital de 200 camas destinado a estas técnicas, en Francia se imparten clases de medicina china en el programa de la carrera médica y en Inglaterra sus tratamientos los cubre la Seguridad Social. En España, a pesar de que el título de Médico Tradicional Chino expedido por la Facultad de Pekín está reconocido por la Organización Mundial de la Salud, el Colegio de Médicos, no permite la colegiación de estos facultativos.

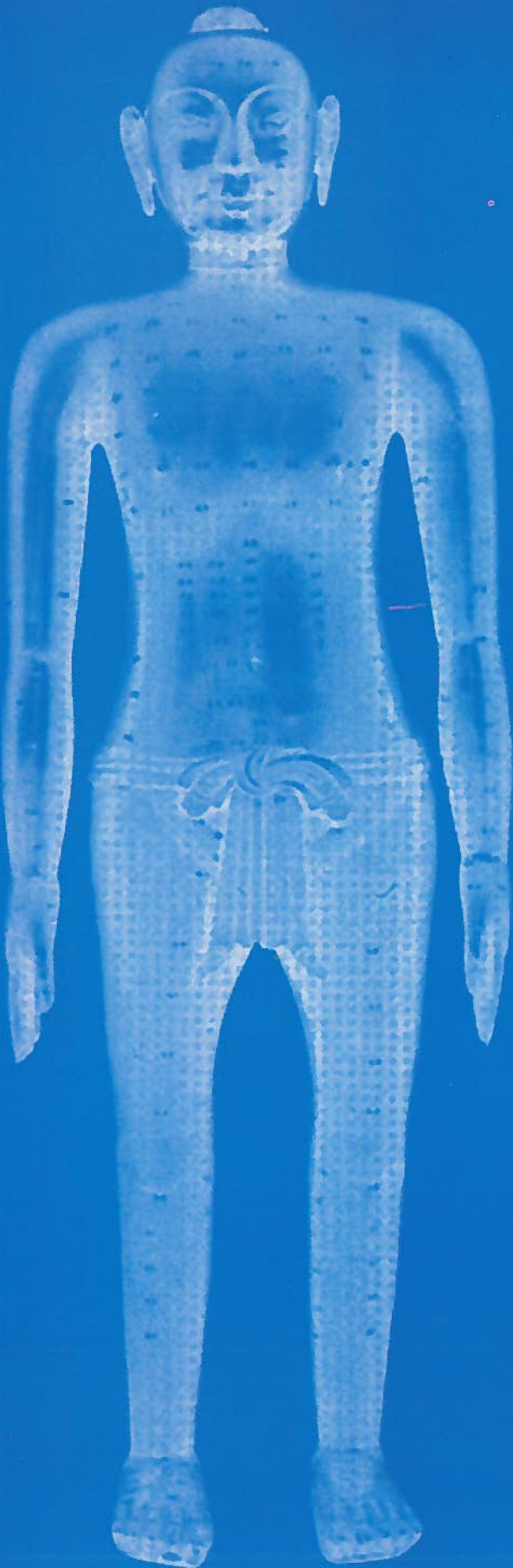
Frente a las reticencias mostradas por la comunidad científica los pacientes son unos fervientes defensores de la M.T.C. No sólo tiene tratamiento para las mismas enfermedades que la medicina occidental sino incluso para algu-

nas de las que la medicina occidental no encuentra curación. Francisco García Buendía, médico tradicional chino, es tajante con esta manifestación al afirmar que "la M.T.C. cura o previene de todo aquello con lo que no se haya nacido o sea degenerativo".

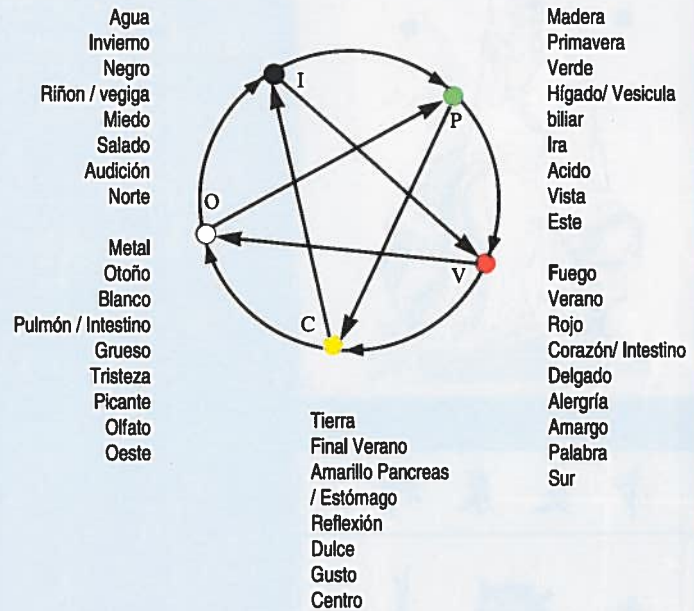
La tradición china

Hablando en términos matemáticos la M.T.C. está "En base 5", basado en lo que se denomina *La Ley de los cinco movimientos o cinco elementos* y en la que confluyen en un ciclo generativo y uno degenerativo todas los aspectos en número de cinco: elemento, estaciones, colores, órganos y vísceras (ambos unidos energéticamente), sentimientos, sabores, orificios por los que desemboca el órgano y puntos cardinales.

Forman un ciclo generativo de padres a hijos y así la madera engendra al fuego, el fuego a la



LEY DE LOS CINCO ELEMENTOS O CINCO MOVIMIENTOS



ELEMENTO, ESTACION, COLOR, ORGANOS/ VISCERAS, SENTIMIENTO, SABOR, QUE RIGE PUNTO CARDINAL.

CLASIFICACION DE LAS TECNICAS DE LA MEDICINA TRADICIONAL CHINA

1 XIAN o SHAN. taoísmo

- a. YI ZHEN acupuntura
- aguja
 - digitopuntura
 - láser
 - cronoterapia
 - rayos ultravioletas
 - infrarrojos

b. ER JIU moxibustión.

2. YI o JING: medicina

c. SAN FU YAU farmacopea con plantas animales o minerales

- Por su naturaleza: frías, fresca, tibias, calientes, neutras.
- Por su sabor: picantes dulces, agrias, asperas, amargas, saladas, sin sabor.
- Por su tendencia : ascendente, descendiente, flotante, penetrante.

d. TUI NA masaje

- e. QI QONG
- Tai Chi
 - Baduan Jing
 - Liu Zi Jue

3. MING: Se basa en el horóscopo. Cada persona tiene un punto específico para cada día del año dependiendo del día del nacimiento.

4. PU o I JING: Trigramas de rayas continuas y discontinuas (unas yin ☵☵ y otras yang ☳☳) y las diferentes combinaciones de unas y otras.

5. XIANG: Diagnósticos utilizando la fisonomía.

帝 黃 軒 軒



Huang-ti, Pien Chio y Shen Nung, figuras legendarias de la China Antigua en relación con la medicina. Ilustraciones del Tu-hsiang pen-ts'ao meng-ch'üan.

帝 炎 農 神



tierra, ésta al metal, éste al agua y el agua a la madera. El ciclo degenerativo va de abuelos a nietos: la madera destruye a la tierra porque las raíces se meten dentro, la tierra destruye al agua porque llega a absorberla totalmente, el agua destruye el fuego porque lo apaga, el fuego al metal porque lo derrite y el metal a la madera porque lo corta.

“Está demostrado en la medicina occidental y siguiendo los grupos y los ciclos se comprueba su veracidad, que las úlceras de estómago tienen mayor actividad en primavera y al final del verano; que la diabetes es una enfermedad del páncreas, por lo que hay que suprimir el azúcar, y que tonificando el riñón se tratan los problemas de audición”, afirma García Buendía.

Asimismo explica que “toda la M.T.C. se asienta en dos aspectos básicos en los que se basa para hacer el diagnóstico y aplicar el posterior tratamiento: el concepto global del cuerpo y del universo y diferenciación de síndromes”.

“El concepto global del cuerpo y del universo es la más conocida teoría del Yin Yang. Según ésta,



El Gin-seng. Grabado alemán del siglo XVIII

el hombre es un microcosmos que está inmerso en un macrocosmos: el Universo. Yin y Yang son manifestaciones de lo visible y de lo invisible y están en constante movimiento, no están enfrentados u opuestos sino que están en equilibrio. La enfermedad se produce como consecuencia de un desequilibrio entre ambos y cuando hay una preminencia del otro. En función de las aportaciones de cada uno de ellos y del que predomina así serán los síndromes”.

La acupuntura

Probablemente es la técnica más conocida en Occidente y consiste en insertar una serie de agujas en determinados puntos del cuerpo con el objeto de estimular (tonificar) sedar (dispersar) la energía. En su mayor desarrollo sobre el resto de técnicas en Occidente ha influido también la mayor dificultad para importar ciertos elementos de la farmacopea y a la mentalidad occidental para la práctica de otras prácticas.

La acupuntura forma parte del Yi o medicina, y a su vez se divi-

鵲 扁 王 應 神



PROPIEDADES DEL YIN Y EL YANG

YIN	YANG
Frio	Calor
Agua	Fuego
Noche	Día
Luna	Sol
Interno	Externo
Abajo	Arriba
Hacia detrás tierra	Hacia delante Cielo

Yin y Yang forman el Universo en el que está inmerso el hombre.

Cada uno tiene sus propiedades y depende de cual predomine la situación es una u otra.

Sin embargo, no están enfrentados, ni opuestos, son complementarios y para que exista la salud se ha de dar el equilibrio perfecto entre Yin y Yang.

El licenciado en M.T.C. por la Facultad de Pekín, Francisco García, relata multitud de casos en los que se confirma la eficacia de la Medicina Tradicional China. Confirma igualmente que aunque algunos de sus resultados no se pueden demostrar científicamente o en un laboratorio, cada vez son más los médicos occidentales que comprueban en sus propios pacientes cómo la aplicación de ciertas técnicas chinas consigue resultados que no habían conseguido con los tratamientos considerados válidos o adecuados por la medicina occidental.

de en una serie de procedimientos, pero todos basados en la actuación directa sobre los puntos concretos.

Farmacopea

Es junto a la acupuntura uno de los componentes del Yi y consiste básicamente en la aplicación del tratamiento adecuado a cada síndrome a través de plantas, minerales o animales. Las plantas se utilizan para contrarrestar el efecto de los síndromes, esto es, una planta de naturaleza fría se aplica para contrarrestar un síndrome caliente. Se clasifican en función de su naturaleza, su sabor y su tendencia. De esta forma, plantas con sabor picante que tiene una función dispersante, por ejemplo el *xi hong hua* (azafrán), que se emplea para problemas de circulación, los sabores dulces tonifican el estómago y tienen efecto hidratante.

Lámina en color del Pen-ts'ao p'in-hui ching yao, 1050.



MEDICION DEL ALCOHOLISMO CRONICO

Los investigadores médicos están realizando un nuevo intento de desarrollar un medio para evaluar de forma precisa el alcohol que ha ingerido una persona en un periodo de varios días o semanas. Actualmente, sólo es posible detectar el alcohol que se ha consumido en las horas anteriores.

Los doctores de los departamentos de Medicina y Pediatría de la Universidad de Southampton, al sur de Inglaterra, están tratando de diseñar una prueba sencilla que les permita valorar los efectos del consumo crónico de alcohol. Con el respaldo financiero de las autoridades sanitarias regionales, están desarrollando una nueva técnica basada en la identificación de grasas anormales en la sangre que pueden servir como elemen-

tos de medida del consumo de alcohol a largo plazo. El director del proyecto Dr. Tony Postle, afirmó: "tengo la esperanza de que esta técnica mejorará la asistencia clínica y jugará un papel destacado en la investigación de las enfermedades causadas por el alcohol".

"La hepatitis alcohólica y la cirrosis del hígado son dos de las enfermedades más frecuentes entre las diversas dolencias que suelen aparecer como consecuencia del consumo de grandes cantidades de alcohol. Por otra parte, los hijos de mujeres que continúan bebiendo grandes cantidades de alcohol durante el embarazo pueden presentar grandes trastornos en el desarrollo cerebral. Se ha sugerido que incluso la ingestión moderada de alcohol durante el embarazo



puede estar asociada con la inteligencia limitada de los hijos"

"Sin embargo, en ausencia de afecciones hepáticas graves, seguimos careciendo de una forma de valorar con precisión la cantidad de alcohol que ingiere una persona". El doctor Postle y sus colegas, los doctores Graham Burdge y Nicolas Sheron, afirman que esta situación cambiará pronto.

MANO BIONICA CON MOVIMIENTOS HUMANOS



Un equipo de científicos ha perfeccionado una mano artificial cuyos dedos pueden moverse como los de una mano verdadera. El proyecto, que tiene por objeto crear una mano artificial inteligente capaz de interpretar las señales cerebrales que rigen

el movimiento de los dedos y de reaccionar en consecuencia, está a cargo de los Doctores Homer Rahnejat y Russell Speight, del Departamento de Ingeniería Mecánica y Producción de la Universidad de Bradford.

En la primera fase de investigación y desarrollo se ha producido un prototipo de mano con 16 grados de libertad, que le permiten realizar los movimientos de la mano humana. El Dr. Rahnejat señala "es toda una proeza, considerando que la articulación del dedo pulgar realiza el movimiento más complejo de todo el cuerpo humano".

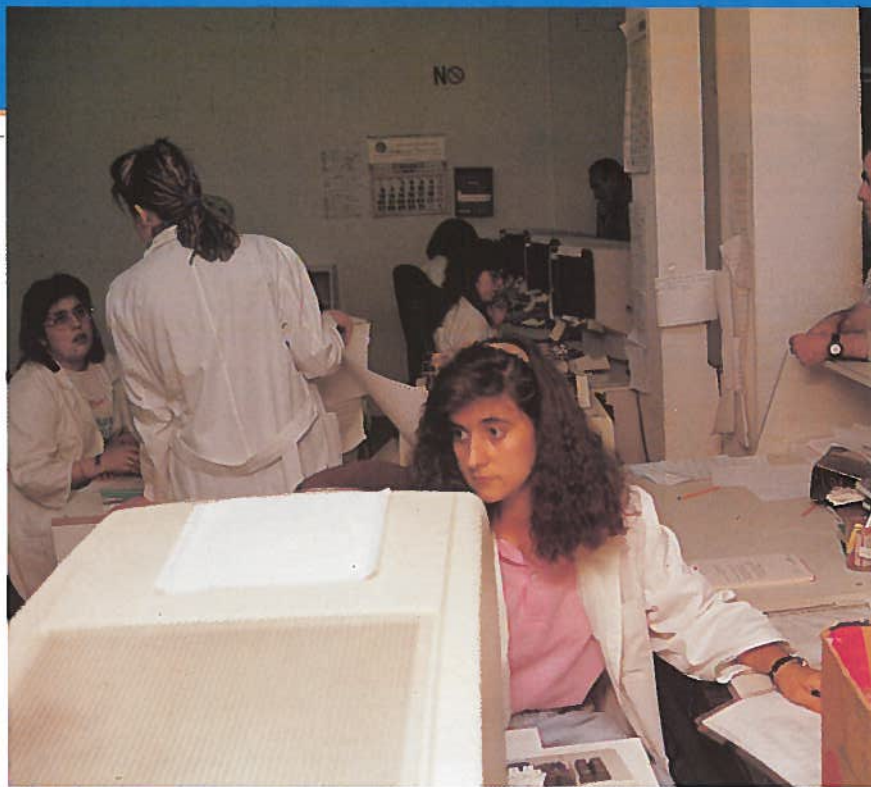
Los investigadores están trabajando también con un sensor táctil que se utilizará como piel artificial de la mano. Se hace con un polímero flexible relleno rico en carbono y se puede estirar alrededor de los dedos mecánicos. Gracias a una minúscula placa de circuitos impresos, el sensor cuenta con numerosos puntos de evaluación o lugares de percepción.

En la actualidad, los amputados tienen que recibir fisioterapia para aprender a controlar el brazo mecánico mediante la flexión de sus músculos. Si esta mano artificial tiene éxito, este proceso ya no será en absoluto necesario según consideran los investigadores ingleses.

EL PRIMER HOSPITAL DIGITAL DEL MUNDO

El Hospital Hammersmith, situado en el oeste de Londres y sede de la Facultad Nacional de Medicina para Posgraduados ha sido el escenario de muchas innovaciones en medicina. En él se lleva a cabo ahora el proyecto de tecnología médica más caro y ambicioso jamás emprendido en Gran Bretaña, que lo convertirá en el primer hospital totalmente digital del mundo.

Hoy día muchos oficinistas están familiarizados con la oficina sin papeles, realidad creada por la computerización y la moderna tecnología de la información, que se ha tardado más en aplicarlas a la formación de imágenes médicas a causa de la inmensa potencia de cálculo y el alto costo del equipo necesarios. Pero ahora, el Hospital de Hammersmith se está convirtiendo en el primer



hospital en el que los datos recogidos por técnicas de formación de imágenes obtenidas por rayos X, ultrasonido, CT y MRI ya no se guardan en voluminosas películas inflamables, sino en discos ópticos en forma de datos digitales.

Esto se debe a la visión del profesor David Allison, jefe del Departamento de Radiología de la Facultad y Director de los Servicios de Diagnóstico Radiológico y Formación de Imágenes Clínicas del Hospital. "Los rayos X aparecieron en 1895 pero no se produjeron grandes cambios durante los setenta y cinco años siguientes", manifestó Allison. Se produjeron después una serie de sorprendentes innovaciones, y fueron apareciendo, una tras otra, nuevas técnicas de formación de imágenes. Cada vez era más difícil almacenar y correlacionar todos los datos.

La primera consecuencia se puede apreciar en la sala de ordenadores del nuevo edificio del centro donde dos armarios

de la altura de una persona y 0,6 m de ancho, están preparados para almacenar en discos ópticos todas las imágenes que se hagan por rayos X y escáner en el hospital en los próximos dieciséis años. Tan sólo las radiografías convencionales del mismo periodo ocuparían doce salas grandes repletas de estanterías del suelo al techo.

El ahorro de espacio es la ventaja más evidente, aunque no la más importante del hospital digital. La nueva tecnología reduce considerablemente la exposición a la radiación ionizante necesaria para obtener las imágenes que precise el médico, disminuyendo por consiguiente los riesgos pequeños, pero inevitables, que comporta para la salud la exposición repetida a los rayos X. Estos graban las imágenes en placas fluorescentes, borrándolas después para volver a utilizarlas. Esto requiere menos radiación que las radiografías convencionales. La posibilidad de obtener también imágenes más nítidas reduce la necesidad de exposiciones adicionales.





PROTOCOLO DE REDACCION

Los trabajos que se envíen para ser publicados en *NOSOCOMIO* deberán sujetarse a unas mínimas normas de presentación. De esta forma se agilizará el proceso de selección de los mismos y por tanto la edición de la revista, convirtiéndola así en una publicación con el máximo rigor.

- Los escritos deben ser inéditos y de tema libre.
- Los originales deberán presentarse en formato DIN A4 en una plana, mecanografiada a doble espacio, en castellano y con margen lateral, superior e inferior. Las páginas deben ir numeradas. No podrán exceder los diez folios.
- Irán precedidos de un resumen de no más de quince líneas en el que se expongan el planteamiento general del trabajo.
- La bibliografía debe incluir invariablemente el nombre del autor del libro, la editorial, fecha y lugar de publicación.
- Se añadirá junto al trabajo todo el material gráfico y fotográfico (papel o diapositiva) que se considere oportuno como complemento al texto. Se evitará enviar fotocopia de los gráficos.
- Los autores deben adjuntar los siguientes datos: nombre completo del autor o autores, titulación, empleo o cargo actual, dirección y teléfono de contacto.



BOLETIN DE SUSCRIPCION A *NOSOCOMIO*

DATOS PERSONALES

APELLIDOS Y NOMBRE
DIRECCION POBLACION
PROVINCIA C.P. TELEFONO D.N.I.

DATOS BANCARIO (*Cumplimentar sólo no afiliados*)

Muy Sres. míos:

Ruego a ustedes que en lo sucesivo y, hasta nueva orden, hagan efectivos los recibos que presente el Sindicato de Auxiliares de Enfermería en concepto de suscripción a *NOSOCOMIO*.

APELLIDOS Y NOMBRE DEL SUSCRIPTOR
TITULAR DE LA CUENTA
BANCO CAJA DE AHORROS

CODIGO CUENTA CLIENTE (C.C.C.)											
ENTIDAD			Sucursal			D.C.		N.º CUENTA			

DIRECCION
POBLACION PROVINCIA C.P.
..... a de 199 Firma

Tarifa suscripción, dos números, (Incluidos gastos de envío)

AFILIADOS 700 ptas., NO AFILIADOS 1.100 ptas.

* Indicar si es afiliado a S.A.E. y en su caso el n.º de afiliación

NOSOCOMIO C/ Alcántara, 5, 6º. Izda. 28006 Madrid

Tarifa de afiliados para Bibliotecas, empresas e instituciones podrán hacer efectiva la tarifa mediante

Talón bancario Domiciliación Cheque bancario (nominativo) adjunto n.º Banco/Caja

NOSOCOMIO C/ Alcántara, 5, 6º izda. 28006 Madrid

- NO AFILIADOS
 AFILIADOS

HIPERTENSION ARTERIAL

Luisa Adela Muñoz
Genicio

INTRODUCCION AL CONCEPTO DE HIPERTENSION ARTERIAL

Se considera hipertensión arterial a la elevación crónica de la tensión arterial sistólica y diastólica. La tensión normal de un individuo adulto es de una sistólica de 14/9. Esta presión aumentará con la edad.

Está plenamente demostrado que las cifras de presión arterial elevadas determinan en pocos años un incremento significativo de las enfermedades cardíacas (cardiopatías), insuficiencia renal y accidentes cerebrovasculares.

En las tomas de presión hay que tener en cuenta determinados factores, como son:

— En el sujeto normal la cifra de presión arterial varía considerablemente según las circunstancias (ejercicio, emociones).

— Se deben hacer tomas múltiples.

— Los estudios longitudinales realizados hasta el momento ponen de relieve las trascendencias de los incrementos, aun los muy discre-

tos, tanto de los valores diastólicos como los sistólicos. Los datos contradictorios de que se disponen desde hace unos años dependen probablemente de que las tomas por métodos indirectos dan valores sistólicos superiores a los reales cuando la esclerosis de la pared del vaso es suficiente para oponer resistencia al colapso por el manguito (comienzo de los tonos de Korotkoff) como los ha demostrado el uso de técnicas de registro directo.

Cifras tensionales superiores a 14/9 mmhg significan, según el estudio de Framminghan, un riesgo doble de desarrollar enfermedad cardiovascular.

La hipertensión sistólica (entendida como la que se acompaña de diastólica normal o baja) no supone elevación de la presión media y, por tanto, carece de significación.

Las consecuencias de la hipertensión moderada se expresan, como ya hemos indicado, en la aparición de lesiones vasculares. Éstas son visibles en el fondo de ojo (*fundus hipertonicus*) y acarrear un aumento de accidentes cerebrovasculares (trombosis y hemorragias), afectación cardíaca (signos de hipertensión y dilatación ventricu-

lar izquierda, insuficiencia cardíaca izquierda), disminución de la función renal por nefroangiosclerosis (descenso de la capacidad de concentración y del aclaramiento de creatinina seguidos de elevación de las cifras de creatinina y urea plasmática).

La hipertensión grave (diastólicas de 13/14 o superiores) condiciona la aparición de la fase acelerada cuya contrapartida morfológica es la necrosis fibrinoide de las paredes arteriales (arteriolonecrosis) con rápida afectación ocular y renal.

CLASIFICACION ETIOPATOGENICA

Obstáculo a la circulación sistémica: coartación de aorta.

Exceso de producción de catecolaminas: feocromocitoma.

Exceso de producción de fenina.

— Estenosis de la arteria renal.

— Unilateral.

— Bilateral.

— Hemangliopericitomas (reninomas).

Exceso de producción o administración de minaralcorticoides.

— Hiperaldosteronismo primario.

Tumor suprarrenal productor de DOCA.

— Defectos enzimáticos de la corteza suprarrenal.

— Beta-hidroxilosa (aumento de DOCA).

— Hidroxilasa (aumento de DOCA y corticosterona).

— Aumento de producción de 18-hidroxi-DOCA.

— Exceso de producción o administración de glucocorticoides.

Disminución de la filtración glomerular.

— Glomerulonefritis.

— Pielonefritis crónica uni o bilateral.

— Otras nefritis intersticiales.

— Analgésicos.

— Balcánica.

— Riñón poliquístico.

— Riñón hipogenético.

— Ask-Upmark.

— Lesiones urológicas obstructivas.

— Afectación arteriolar renal.

— Diabetes.

— Colagenosis.

— Toxemia de embarazo.

— Nefrectomía bilateral.

— Hipertensión esencial.

— Con renina baja.

— Con renina normal o elevada.

CLASIFICACION DE LA HTA POR SU GRADO

Por su grado se clasifica en maligna y benigna. Cualquier tipo de HTA, bien esencial o secundaria, puede seguir un curso estable y benigno o bien puede seguir un curso rápidamente progresivo. El correlato anatómico de la hipertensión maligna es la necrosis fibrinoide arterial. El correlato clínico más inmediato son las lesiones de neu-

rorretinopatía, característicamente el papiledema.

La fase maligna de la hipertensión tiene lugar, o puede desarrollarse, en cualquier forma de hipertensión, a cualquier edad y tanto en varones como en hembras. Las cifras de TA diastólicas suelen estar por encima de los 130 mmhg. Ya hemos mencionado los cambios que tienen lugar en el fondo de ojo. En este sentido, no es infrecuente que los primeros síntomas sean oculares, en relación con la afectación retiniana. En otras ocasiones, la fase maligna de la hipertensión arterial se anuncia por la aparición de hematuria o proteinuria. Al año del diagnóstico, el 90 por 100 de los casos no tratados han muerto en uremi, insuficiencia ventricular izquierda o hemorragia cerebral.

La fase benigna de la HTA es especialmente frecuente en personas de edad media o avanzada, y particularmente en aquellas que padecen hipertensión esencial. Las cifras de presión arterial son habitualmente más bajas que las de hipertensión maligna. Igualmente la repercusión parenquimatosa es menor, por lo que lo es también el pronóstico.

CLASIFICACION DE LA HIPERTENSION ARTERIAL

Hemos de distinguir aquellos tipos de HTA en los cuales únicamente la presión sistólica está elevada, permaneciendo normal la presión diastólica, de aquellos otros en que ambas presiones, sistólica, están elevadas.

Hipertensión sistólica

1. Disminución de la distensibilidad aórtica (arterioesclerosis).

2. Aumento del débito cardíaco.

— Fístula a-v.

— Tirotoxicosis.

— Fiebre.

— Insuficiencia aórtica.

— Enfermedad de Paget.

— Anemia.

— Ductus arterioso permeable.

Hipertensión sistólica y diastólica

1. Enfermedades renales como causa de HTA.

2. Enfermedades endocrinológicas como causa de HTA.

3. Miscelánea.

— Enfermedades neurológicas.

— Coartación de aorta.

— Hipercalcemia.

4. Etiología desconocida

— Hipertensión esencial.

— Toxemia del embarazo.

Enfermedad renal como causa de hipertensión

Hipertensión vaso-renal.

— Displasia fibromuscular.

— Estenosis ateromatosa.

Enfermedades parenquimatosas del riñón.

— Pielonefritis crónica.

— Glomerulonefritis aguda y crónica.

— Enfermedad renal poliquística.

— Nefropatía por analgésicos.

— Nefropatía diabética.

Tumores productores de renina.

Enfermedades endocrinológicas como causa de HTA

1. Anticonceptivos orales.

2. Hiperfunción corticosuprarrenal.

— Hiperaldosteronismo primario.

— Enfermedad y síndrome de Cushing.

- S. adrenogenital (déficit de 17 Alfa-hidroxiilasa y II Beta-hidroxiilasa).
- 3. Feocromocitoma.
- 4. Mixedema.
- 5. Acromegalia.

HIPERTENSION ESENCIAL

En la mayoría de los casos de HTA no podemos encontrar una causa responsable de la misma, por lo que se habla de hipertensión arterial primaria o esencial. En este tipo de hipertensión, sin duda, juega un gran papel influenciado el ambiente y la genética.

Las variables que se han encontrado más asociadas a la HTA son las siguientes:

— **Peso/estatura:** existe correlación entre el peso del cuerpo y el nivel de la tensión arterial, a medida que se aumenta el peso sobre lo normal se produce también un aumento de la presión arterial.

— **Sexo/edad:** las mujeres presentan una presión arterial más baja que los hombres, pero a medida que aumenta la edad en ambos sexos se observa un aumento de la tensión arterial y este aumento es más rápido en las mujeres que en los hombres.

— **Estado civil y familiar:** se ha observado que la tensión arterial es más alta en las mujeres solteras de 15 a 45 años, existiendo una correlación inversa entre el número de hijos y la tensión arterial de la mujer. Tanto los hombres como las mujeres solteras presentan tensiones arteriales más altas que los casados.

— **Profesión/actividad:** el trabajo liviano y sedentario aparece con más frecuencia asociado con niveles elevados de tensión arterial.

— **Alcohol:** se ha demostrado una correlación entre el consumo elevado de alcohol y la elevación de la HTAE.

— **Agua dulce:** ciertas observaciones han provocado el estudio de la relación entre la HTAE y el consumo habitual de agua dulce desmineralizada; es posible que esto pueda tener base en el hecho de que este tipo de agua contiene bastante sodio y cadmio.

— **Anticonceptivos orales:** el uso de anticonceptivos orales en las mujeres se asocia con la elevación arterial.

— **Sedentarismo:** la falta de actividad física, de ejercicios musculares, aparece siempre asociada a las enfermedades cardiovasculares, y también en el caso de la HTAE.

— **Tabaquismo:** es otro factor que aparece asociado con varias enfermedades cardiovasculares, particularmente con las coronarias; pero su rol en la HTAE no está demostrado.

— **Factores psicosociales:** se han observado asociaciones estadísticas de la enfermedad HTAE con la emigración, con el cambio cultural, con la personalidad, con las tensiones psicosociales.

— **Factores genéticos:** la existencia de un factor familiar genético predisponente, parece cierta actualmente, después de las experiencias del profesor Meyer. Se piensa que es un factor poligenético porque existe una correlación significativa con la tensión arterial de los padres, hermanos o hermanas.

LA HTAE COMO FACTOR DE RIESGO EN OTRAS ENFERMEDADES

La HTAE representa un factor de riesgo fundamental y muy grave en la mortalidad general de una población y en el acortamiento o en la

detención de la prolongación de la esperanza de vida. En las cardiopatías isquémicas este riesgo es fundamental: un individuo cuya presión sistólica es superior a 170 mmhg tiene tres o cuatro veces más probabilidades de hacer una cardiopatía isquémica, en los cuatro años a venir, que otros cuya presión sistólica es normal; asimismo, el riesgo de tener accidentes vasculares cerebrales es proporcional a la elevación de las cifras tensionales en todas las edades y en los dos sexos.

La aparición de la enfermedad coronaria está asociada, en los individuos afectados, a cinco factores más importantes:

— La tasa de colesterol.

— La presión arterial sistólica.

— El consumo diario de cierta cantidad de cigarrillos.

— La existencia y la gravedad de una diabetes.

— La existencia de una anomalía en el electrocardiograma.

En estas condiciones, es posible calcular el riesgo relativo de aparición de la enfermedad coronaria en función de cada uno de estos cinco factores o de diferentes combinaciones de estos cinco factores.

HIPERTENSION EN EL EMBARAZO Y EN LA VEJEZ

Hipertensión en el embarazo

La tensión arterial superior a 14/9 durante el embarazo está asociada a un aumento en la mortalidad y morbilidad fetal y maternal. Hay mayor frecuencia de hipertensión en los embarazos múltiples, pacientes con diabetes, inmunización Rhus, hipertensión preexistente y madres de menos de veinte años. Estos factores indican un subgrupo que exige particular cuidado en las revisiones clínicas antenatales. La pre-eclampsia raramente se produ-

ce antes de las 22 semanas del embarazo y la hipertensión debida a otras causas con frecuencia se trata con mayor facilidad durante el segundo trimestre, por lo que las complicaciones en el tratamiento son raras hasta el último tiempo del embarazo. El tratamiento trata de mantener la tensión arterial por debajo de 14/9 mmhg, al mismo tiempo que evita los medicamentos que puedan reducir el flujo sanguíneo de la placenta.

Tratamiento ambulatorio

Si en la primera revisión antenatal de la paciente se descubre una tensión superior a 14/9, pero inferior a 15/10, el tratamiento inicial debe ser ambulatorio. La metildopa es el medicamento de primera elección y debe administrarse en dosis de más de 3g/día para un control seguro. Si no se logra reducir la presión por debajo de 14/9 mmhg o aparecen complicaciones como proteinuria, edema o un aumento súbito de tensión, existe indicación para el ingreso en un hospital. La paciente debe ser vista semanal o quincenalmente, ya que las necesidades de medicación cambian cuando el embarazo progresa. Los efectos secundarios, como la depresión, pueden ser un problema.

Tratamiento hospitalario

Cuando no se logra controlar a la paciente de forma ambulatoria debe procederse a su ingreso en un hospital. El simple descanso en cama, con la posible adición de un ansiolítico suave si la paciente está agitada, puede ser suficiente para reducir la tensión arterial. Si no se logra, se aumentará la metildopa hasta 1 g, tres veces al día. No existe acuerdo acerca de otra preparación tan efectiva como inocua. Los diuréticos, como las tiacidas, no mejoran el pronóstico de la hipertensión en el embarazo y no deben utilizarse. Los medicamentos simpaticoslíticos como la gua-

netidina y la debrisoquina tienen sus defensores.

También se han probado los beta-bloqueantes, pero su utilización crea controversias. Si el feto es viable debe considerarse el parto como alternativa.

La hipertensión severa descontrolada, particularmente durante el parto, con tensiones por encima de 16/105 mmhg, a pesar de la utilización de agentes hipotensores de primera línea, con frecuencia va unida con importantes convulsiones, muerte fetal y morbilidad materna. Está justificado administrar diazóxido en un bolo. Debe utilizarse sólo dos veces y la dosis inicial debe ser pequeña, 100-150 mg. Por desgracia interfiere en la actividad de la musculatura uterina. Su administración puede acompañarse de un tratamiento diurético para superar la retención hídrica. Otra alternativa es el labetalol por infusión. En pacientes no gestantes, el labetalol reduce gradualmente la tensión en contraste con la brusca caída que puede acompañar a grandes inyecciones de diazóxido. La ergometría no debe utilizarse durante o después del parto y debe monitorizarse la función renal si existe alguna evidencia de que los riñones están expuestos a sufrir alteraciones renales hipertensivas.

Hipertensión en la vejez

No existen ensayos publicados sobre la reducción de la tensión arterial en pacientes de más de 65 años. Hay estudios europeos en curso de realización, pero un estudio reciente llevado a cabo en Australia no halla beneficio alguno en reducir la tensión con diuréticos tiacídicos.

Tensiones arteriales de 200/100 mmhg probablemente pueden dejarse sin tratamiento en personas de 70 años, pero por encima de este nivel el médico debe considerar un tratamiento.

Los beta-bloqueantes son menos efectivos en pacientes de edad y las

tiacidas relativamente más eficientes. Por esta razón los medicamentos de primera línea deben ser las tiacidas, con la adición de beta-bloqueantes si es preciso. La hidralacina no presenta riesgos, pero su utilización casi nunca se considera necesaria. Los productos que producen depresión o hipotensión postural, como la reserpina, guanetidina y posiblemente la metildopa, deben ser revisados.

La hipopotasemia se presenta con frecuencia en pacientes que reciben tiacidas y deben monitorizarse cuidadosamente las concentraciones de potasio. Si la concentración desciende por debajo de 3,2 mmol/l probablemente deban administrarse suplementos de potasio, pero quizá sea suficiente la adición de amiloride que produce pocos efectos secundarios.

PROBLEMAS ESPECIALES

Se consideran problemas especiales:

- la diabetes mellitus
- la hipertensión tras un accidente vascular cerebral
- la hipertensión e insuficiencia cardíaca
- la hipertensión y angor
- hipertensión en patología obstructiva de vías aéreas
- hipertensión y depresión
- hipertensión e insuficiencia renal.

DIABETES MELLITUS

La hipertensión es frecuente en la diabetes y se asocia con una microangiopatía severa y es, así-

mismo, un factor de riesgo añadido para la patología cardiovascular.

Los diuréticos tiacídicos pueden utilizarse en diabéticos insulino-dependientes, ya que el empeoramiento de la tolerancia a la glucosa puede ser rápidamente compensado por medio de un aumento en la dosis de insulina. Sin embargo, no se recomienda en pacientes tratados con dieta o hipoglucemia y porales. Los beta-bloqueantes también afectan a la concentración de glucosa sanguínea e interfieren con la respuesta metabólica a la hipoglucemia y por ello deben evitarse en diabéticos inestables, a pesar de que el atenolol y el metoprolol pueden utilizarse. La metildopa y los vasodilatadores pueden utilizarse sin riesgo en ambos grupos de diabéticos. Probablemente sean los fármacos más seguros para los diabéticos.

Los beta-bloqueantes deben evitarse, siempre que sea posible.

HIPERTENSION TRAS UN ACCIDENTE VASCULAR CEREBRAL

En pacientes menores de 65 años que han sufrido un accidente vascular cerebral, y cuya presión diastólica es mayor de 150, el tratamiento anti hipertensivo es definitivamente una ayuda para prevenir un segundo accidente. Sin embargo, debido a que la autorregulación cerebral del flujo sanguíneo se halla alterada inmediatamente después de un accidente vascular, sólo debe iniciarse tratamiento durante la fase de recuperación, cuando el paciente está a la espera de un control ambulatorio. Deben evitarse las caídas bruscas de la tensión arterial y los medicamentos que produzcan hipotensión postural (betanidina, debrisoquina y guanetidina).

HIPERTENSION E INSUFICIENCIA CARDIACA

La insuficiencia cardíaca puede ser directamente producida por la hipertensión, bien sea consecuencia de una patología isquémica o reumática. Los beta-bloqueantes, al reducir el débito cardíaco, pueden provocar o agravar una insuficiencia cardíaca. Por este motivo el tratamiento de primera línea debe ser con diuréticos; ocasionalmente pueden ser precisos diuréticos más potentes, como la furosemida. Si se precisa una posterior reducción de la tensión arterial, la droga de elección es la metildopa. Los vasodilatadores, hihidralacina y prazosin, presentan especiales ventajas, ya que reducen la sobrecarga.

Si la insuficiencia cardíaca es directamente debida a la hipertensión, se precisa una reducción rápida y efectiva de la tensión arterial y la cantidad de diuréticos se reduce cuando se ha controlado la tensión. Cuando ha desaparecido la evidencia clínica de insuficiencia cardíaca, si se precisa la administración de beta-bloqueantes, pueden darse junto con diuréticos.

HIPERTENSION Y ANGOR

Los pacientes con hipertensión y angor pueden lograr una mejoría de sus síntomas si se reduce la tensión arterial con cualquier producto. Sin embargo, los beta-bloqueantes, con su especial efecto antianginoso comportan ventajas añadidas y son las drogas de primera elección.

Es peligroso abandonar los beta-bloqueantes de golpe en pacientes con patología cardíaca isquémica,

ya que ello produce un angor grave. La utilización rutinaria de beta-bloqueantes orales inmediatamente después de un infarto de miocardio comporta pocas ventajas y puede incrementar el riesgo de bradiarritmias.

HIPERTENSION EN PATOLOGIA OBSTRUCTIVA DE VIAS AEREAS

Los beta-bloqueantes no se utilizan en el tratamiento de la hipertensión en pacientes con insuficiencia respiratoria obstructiva. Cuando un diurético tiacídico solo no resulta efectivo, deben añadirse un agente que actúe a nivel central. Cuando una tiacida y un agente activo a nivel central juntos no resulten efectivos, será razonable utilizar atenolol. La aversión a utilizar beta-bloqueantes se basa en el empeoramiento del volumen espiratorio forzado por segundo (FEV) tras el uso de estas drogas. No obstante, los beta-bloqueantes relativamente cardiosselectivos, como el atenolol, producen un descenso del FEV mucho menos acentuado y la respuesta terapéutica a los broncodilatadores inhalados, como el salbutamol, no se bloquea, de forma que es mejor administrar estos medicamentos juntos. Todos los pacientes que toman atenolol deben ser estrechamente monitorizados y se les deben instruir sobre la utilización de los aerosoles beta-estimuladores.

HIPERTENSION Y DEPRESION

Mientras que no existe ninguna asociación entre hipertensión y ansiedad o depresión, el tratamien-

to de la hipertensión en pacientes que sufren depresión se ve complicado por tres factores:

- a) los agentes hipotensores con frecuencia producen depresión,
- b) la medicación antidepressiva puede interaccionar significativamente con los agentes hipotensores,
- c) la neurosis y la ansiedad pueden ser debidas a las frecuentes esperas en las clínicas.

Fármacos hipotensores que producen depresión.—Los alcaloides de la rauwolfia y la reserpina son los arquetipos de drogas inductoras de depresión y por ello raramente se utilizan. La metildopa probablemente produce depresión a través de su efecto central deplector de catecolaminas. Con menos frecuencia la clonidina y el propranolol también pueden producir depresión. La depresión inducida por fármacos es más frecuente en los pacientes que tienen una historia previa de depresión por lo que deben evitarse estos agentes hipotensores, así como la combinación con otros medicamentos tranquilizantes, como los barbitúricos.

HIPERTENSION E INSUFICIENCIA RENAL

En los pacientes con insuficiencia renal crónica debe controlarse la tensión arterial, ya que ello puede mejorar el funcionamiento renal. La primera línea del tratamiento es la reducción de la ingesta de sal a 100 mmol/día. Los diuréticos que actúan en el asa —por ejemplo la furosemida—, pueden ser necesarios a dosis muy altas, 500 mg/día. Es esencial llevar a cabo una cuidadosa monitorización de las concentraciones de electrolitos y urea séricos. Si existe hipopotasemia se precisan suplementos de potasio.

Los beta-bloqueantes son muy apreciados en la insuficiencia renal y pueden administrarse con seguridad, a pesar de que se han descrito casos de deterioro ocasional de la función renal tras la administración de propanolol.

En las fases terminales de la insuficiencia renal en ocasiones es preciso llevar a cabo una restricción de sal y proteínas. Cuando se ha empezado a tratar al paciente con hemodiálisis, se controla con mayor facilidad la tensión arterial eliminando la sal y el agua durante la diálisis. A veces, la diálisis eleva más que controla la tensión arterial y la eliminación de la sal produce un aumento exagerado en las concentraciones plasmáticas de renina y angiotensina. Los beta-bloqueantes pueden ayudar a superar la renina, pero generalmente es preciso realizar una nefrectomía bilateral y posteriormente la hipertensión es simplemente sal-dependiente y puede ser controlada con diálisis.

TRATAMIENTOS DE LA HIPERTENSION

Tratamientos no medicamentosos, con dietas.

Tratamientos medicamentosos:

- Diuréticos tiacídicos.
- Beta-bloqueantes.
- Metildopa.

Medicamentos vasodilatadores:

- Hidralacina.
- Prazosin.

Fármacos para la hipertensión resistente:

- Clonidina.
- Reserpina.
- Espironolactona

- Guanetidina, betanidina y debrisoquina.
- Amilorida y triamterene.
- Fenoxibenzamina.
- Labetalol.

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA HIPERTENSION ARTERIAL

Dentro del grupo extenso de enfermos hipertensos existe un pequeño número de pacientes cuya hipertensión arterial puede ser curada o aliviada por la cirugía.

Hipertensiones suprarrenales

Feocromocitomas: Los feocromocitomas son tumores, generalmente benignos, que afectan a la médula suprarrenal y que son causa de hipertensión.

La mayoría de los enfermos tienen una hipertensión mantenida y un tercio de los enfermos presenta hipertensión paroxística. Dolores de cabeza, palpitaciones, sudoración y palidez son frecuentes durante los ataques hipertensivos. Ocasionalmente se sobreañaden síntomas neurovegetativos, como náuseas, vómitos, enrojecimiento y ansiedad.

Tratamiento: el tratamiento es siempre quirúrgico.

Hiperaldosteronismo primario (Enfermedad de Crohn)

Tiene lugar cuando existe una secreción excesiva de aldosterona la cual produce una retención de sodio, deplección de potasio y supresión de la actividad de renina. Todo ello da lugar a una hipertensión arterial.

Anatomopatológicamente es debido a la presencia de un adeno-

ma suprarrenal. Los adenomas suelen ser tumores pequeños.

La hipertensión es el signo clínico más frecuente; suele ser moderada. Se asocia a dolores de cabeza, debilidad muscular, polidipsia, poliuria. La hipopotasemia es muy marcada.

Tratamiento

La extirpación del adenoma cura en la gran mayoría de los casos el trastorno bioquímico y la hipertensión arterial.

Enfermedad de Cushing

Se debe a una hiperplasia bilateral de las glándulas suprarrenales. La causa de la hiperplasia es secundaria a tumores no pituitarios ectópicos, productores de ACTH (pulmón, timo, mama, ovario, riñón, tracto gastrointestinal). Los carcinomas bronquiales de células de grano de avena se asocian con cierta frecuencia a producción ectópica de ACTH. Los signos de la enfermedad de Cushing son muy conocidos. La obesidad, característicamente troncular, de cara y cuello (cara

de luna llena). Atrofia de la piel, estrías abdominales, fragilidad capilar, hirsutismo, amenorrea, ginecomastia, atrofia muscular de las extremidades, osteoporosis e hipertensión.

Tratamiento

El tratamiento de los adenomas suprarrenales es quirúrgico.

Hipertensión vascularrenal

Es prácticamente imposible diferenciar clínicamente la hipertensión esencial de la vascularrenal; es necesario identificar a estos enfermos mediante estudios especiales, ya que es posible la corrección de su hipertensión arterial mediante la cirugía.

Tratamiento quirúrgico

Existen diversas técnicas quirúrgicas analizándolas brevemente, de la cirugía de la arteria renal.

a) Endarterectomía transaórtica: técnica descrita por Wiley. Se utiliza en aquellos enfermos arterioescleróticos con lesiones bilate-

rales segmentarias y muy cerca del origen de la arteria renal.

b) Injertos aortorrenales: es la técnica más usada en la actualidad. Podemos utilizar tres tipos de injertos: venoso; de Dacron, y arteria hipogástrica autóloga. Consideramos el injerto venoso la primera elección. El injerto de Dacron es aconsejable cuando se realiza cirugía combinada de la aorta con interposición de injerto protésico, o cuando el tamaño o calidad de la vena safena interna a utilizar no es buena.

Otras técnicas menos utilizadas son: anastomosis esplenorrenal, cuando la lesión renal es en el lado izquierdo; el autotrasplante de la arteria renal, previa resección segmentaria de la zona estenosada, técnica que prácticamente se emplea excepcionalmente en la actualidad; la endoarterectomía renal, con cierre de la arteriotomía con parche (venoso o protésico); la angioplastia con parche.

La nefrectomía temporal con perfusión renal *ex vivo* y reparación microvascular de las lesiones arteriales y autotrasplante renal.

Los resultados de la cirugía renal han sido bastante satisfactorios.



ENFERMEDAD

Gloria Albendea
y Carmen Barrio

PSIQUIATRICA

Orígenes de la psiquiatría

La ciencia de la psiquiatría se origina desde las antiguas observaciones sobre trastornos de la conducta y del pensamiento.

Hipócrates escribía sobre la locura, el delirio y los temores que nos acosan. Algunos ocurren durante la noche y otros durante el día. Todas estas cosas las padecemos cuando el cerebro está saludable. Este primer enfoque fue precursor del modelo médico de los conceptos de psiquiatría predominantes en la actualidad; la demencia y la enfermedad psiquiátrica son similares a otros tipos de enfermedades. Las condiciones psiquiátricas se pueden evaluar racionalmente definiéndolas según sus características clínicas y es posible tratarlas con la terapia indicada para un diagnóstico determinado.

La disciplina clínica apareció en los siglos XVIII y XIX; recibió influencias intermitentes en una dirección y otra de las teorías individuales, terminologías y métodos terapéuticos.

Por ejemplo el impacto de Freud, el cual influyó profundamente en psiquiatría a finales del siglo XIX y principios del siglo XX.

Las diversas teorías freudianas explicaban el pensamiento y la conducta anormales sobre la base de la etapa de satisfacción oral retrasada o del desarrollo inadecuado del yo. Al establecer, en 1934, el American Board of Psychiatry and Neurology, finalmente se reconoció a la psiquiatría como una especialidad en EE UU.

Desde entonces la psiquiatría ha avanzado hacia el dominio médico.

Este dominio nos interesa a todos, ya que casi todos tenemos algún tipo de afección psiquiátrica como puede ser ansiedad, miedo, vergüenza, etc. Dependiendo de la patología tienen más o menos aceptación en la sociedad.

Enfermedades psiquiátricas

¿Qué es la psiquiatría? La psiquiatría es una especialidad médica dedicada al estudio y tratamiento de las enfermedades mentales.

Lo que tenemos que considerar y aclarar es la definición de enfermedad mental, ya que en un principio y por su complejidad, ésta era igual a la locura. Ésta se enfocaba bajo dos puntos; por un lado, era la persona que tenía una conducta irracional y absurda y también la que tenía la capacidad sobrenatural y mágica de enunciar verdades profundas —en el fondo hoy se sigue viendo también bajo ese enfoque.

La psiquiatría no ha podido constituirse como tal más que en la medida en que la noción de enfermedad mental se ha ido precisando y se ha dejado de considerar enfermedad sobrenatural, para pasar a ser una enfermedad orgánica en su etiología y psíquica en su patogenia.

Actualmente se considera enfermedad psiquiátrica al problema que suponen las relaciones entre el cerebro y el cuerpo o lo corporal y lo psíquico.

Las causas de las enfermedades mentales son las alteraciones del desarrollo normal de la personalidad y de los factores de su propio equilibrio. Estos factores son:

— Factores genéticos: se supone la existencia de genes patológicos en un cierto número de afecciones mentales, tales como la esquizofrenia y las psicosis maníaco depresivas.

— Factores orgánicos: los principales factores que pueden intervenir son las intoxicaciones, infecciones, problemas endocrinos, accidentes cerebrales, etc.

— Factores psicológicos: son los factores que se entrecruzan en el desarrollo afectivo del individuo, sobre todo las dificultades y conflictos de su infancia. Estos factores son, por ejemplo, la carencia afectiva, las relaciones ambientales. Las dificultades de identificación son posteriormente revividas y reactivadas, cuando el sujeto está en un estado de tensión extrema, por imposibilidad de adaptación.

— Factores sociales: son los acontecimientos o las situaciones afectivas experimentadas por el individuo.

Estas causas siempre van unidas a la enfermedad mental.

Clasificación de las enfermedades psiquiátricas

Se dividen en dos: neurosis y psicosis.

ENFERMEDAD NEUROTICA

Comprende un grupo de afecciones, relativamente benignas, cuyos síntomas se deben total o parcialmente a fuerzas psíquicas. Se diferencia de la psicosis porque en aquélla la personalidad permanece socialmente organizada, no existen alteraciones en la apreciación de la realidad, permaneciendo sin cambio el medio ambiente del enfermo, aunque algunos elementos de él pueden ser invertidos con valores afectivos normales. El neurótico mantiene su interés por el mundo externo, conserva sus asociaciones mentales y no sufre alucinaciones ni ilusiones. Siente agudamente sus sufrimientos y busca conscientemente los medios para eliminarlos.

Presenta alteraciones parciales de la personalidad. Dentro de la sintomatología se distingue:

1. La astenia o fatiga, que no se corresponde con la actividad que realiza el enfermo. Ésta es mayor al despertar y mejora en el transcurso del día; está normalmente asociado con el sentimiento de enojo y de ansiedad.

2. Los problemas hipocondríacos. Es la inquietud exagerada y sin ningún soporte orgánico, que el enfer-

mo presenta a propósito de su salud psíquica y/o física. Estos enfermos tratan de buscar y obtener más atención por parte de los otros gracias a los síntomas.

3. Los problemas sexuales. En los neuróticos hay una inhibición sexual más o menos importante traducida en la disminución de deseo sexual y en la disminución o imposibilidad de realizar la actividad sexual, que se manifiesta en el hombre como impotencia o eyaculación precoz y en la mujer como frigidez (no toda impotencia ni frigidez se debe a problemas neuróticos).

4. Problemas del sueño. Están ligadas a la angustia. En ocasiones el enfermo tiene miedo a dormirse y a soñar, parece como si temiera abandonarse a la actividad inconsciente del sueño.

5. Problemas de la conducta alimentaria. Presentan éstas una anorexia global, una bulimia o una alteración de las dos. Estos síntomas pueden estar ligados a una regresión del individuo al estadio oral (la fase de desarrollo afectivo de las personas).

6. Problemas de la conducta y del carácter. Es difícil la convivencia con el neurótico; tiene mal carácter en su relación con los demás. Tiene una inmadurez afectiva, su actitud es parecida a la del niño, exige mucho pero no da nada a cambio.

7. La relación terapéutica. A pesar de su actitud tiránica, el neurótico tiene un buen comportamiento con el personal sanitario. Tiene plena conciencia de los problemas que presenta y solicita una ayuda terapéutica. Tiene una relación de dependencia con el interlocutor médico y tiene un modo de relación variable, según quién es su interlocutor, con arreglo a su edad, sexo, personalidad, etc.

Clasificación de la neurosis

NEUROSIS DE ANGUSTIA O ANSIEDAD

Esta neurosis entra a formar parte de todas las enfermedades neuróticas. Pero se convierte en neurosis cuando la ansiedad es desproporcionada a la causa. La neurosis de ansiedad se presenta también en el sueño, donde el paciente se despierta de repente con intensos síntomas de ansiedad.

La crisis de la neurosis de angustia conlleva dos síntomas:

1. La inhibición, donde el paciente está postrado, no hace ningún tipo de gesto ni palabra. Estos síntomas

son iguales que los que se observan tras grandes catástrofes colectivas.

2. La excitación, donde parecen estar locos y solicitan la ayuda de sus familiares, vecinos, etc.

Van a existir dos tipos de problemas, uno somático y otro psíquico. Los problemas somáticos van a aparecer como síntomas neurovegetativos (temblores, sudores, etc.), problemas del sueño, hipertrofia muscular, problemas sexuales.

El problema psíquico, va a tener una sensación de permanente peligro, y lleva al enfermo a estar en un continuo estado de alerta.

Tratamiento

El tratamiento médico está basado en la psicoterapia, haciéndose en consultas periódicas. El tratamiento medicamentoso se basa en una cura tranquilizante a dosis moderada para no llegar a un estado sedante que le enfermo tolera muy mal, ya que reduce su estado de alerta.

Papel de la enfermería

Se debe evitar todo aquello que produzca la angustia del enfermo. En caso de crisis, llamar al médico y aislar al enfermo para que se calme y se le pueda escuchar tranquilamente.

NEUROSIS FOBICA

Hay tres tipos de fobia, según sean sus temas:

— Fobia a situaciones como la agorafobia o fobia a los espacios abiertos; la claustrofobia, o fobia a los espacios cerrados; la fobia a los transportes públicos, a la oscuridad, a la multitud, etc.

— Fobia a los animales. Se distinguen fobias a los animales grandes, frecuentemente en niños, y fobia a los animales pequeños, frecuentemente en adultos.

— Fobia a los objetos, sobre todo puntiagudos.

— Fobia de impulso. Existen las fobias de impulso suicida y las de impulso asesino. En estos casos no hay nunca miedo de pasar al acto, ya que aquel enfermo huye inmediatamente de la situación predicha.

— Fobia límite. Éstas se suelen observar en el transcurso de la evolución fóbica, llegando incluso a un estado delirante. Son, por ejemplo, la eretofobia o miedo a enrojecer en público, y la dismorfobia, que es el sentimiento de estar deforme.

La personalidad fóbica lleva dos trazos psicológicos:

1. El estado de alerta constante, donde el enfermo tiene que controlar todo su entorno con una vigilancia externa; y el segundo rasgo es la conducta de huida, el paciente se inhibe y se retrae de todo su entorno. Esta es la que llamaríamos huida por el retraimiento.

Otro tipo de huida es la huida hacia adelante. El enfermo tiende a compensar su angustia con una hiperactividad, una sobreocupación que ante el primer problema se vendrá abajo, pasando a una descompensación importante.

Tratamiento

El tratamiento médico es fundamentalmente psicoterapéutico. La hospitalización está aconsejada en caso de descompensación depresiva con riesgo de suicidio.

Papel de la enfermería

A) Tener en cuenta la angustia extrema.

B) No compartir el sentimiento de ridículo, aunque haciéndole comprender que se le entiende.

C) Estar atento a sus momentos más favorables para sugerirle afrontar las situaciones fóbicas.

NEUROSIS OBSESIVA

La neurosis obsesiva es la más grave de los estados neuróticos, ya que es la más organizada y la más sensible al tratamiento, pero se observa raramente.

La obsesión aparece en el enfermo en forma incoercible, repetitiva, y tiende a ser permanente. La obsesión no está dirigida al exterior como la fobia, sino sobre la actividad psíquica.

El enfermo se da perfecta cuenta de su estado anormal.

Clases de obsesiones:

a) La obsesión. Se trata de ideas, siendo un proceso puramente intelectual; se pueden desarrollar alrededor de conceptos simbólicos (palabras, cifras).

b) Las obsesiones impulsivas. Éstas son la piromanía, cifras, el exhibicionismo, la cleptomanía.

c) Estos enfermos se caracterizan por actos formales y precisos que el enfermo se siente empujado a ejecutar, tal como lavarse las manos repetidamente, los ritos del vestirse en los que el paciente se viste y desviste repetidas veces o se abotona y desabotona; o la aritmomanía, que consiste en la obligación en que se encuentra el paciente de efectuar una preparación mental antes de toda actividad.

La personalidad obsesiva es la organización patológica de la personalidad; esta personalidad se puede observar también en las psicosis paranoicas o esquizofrénicas.

La personalidad de estos enfermos se caracteriza por la obstinación, la testarudez, el coleccionismo, la dificultad de acumular dinero (avaricia), la suciedad, la rebelión contra la autoridad, las fantasías sexuales agresivas, etc. Estas personas elaboran unas tendencias exteriores opuestas a las que acabamos de citar, la llamada formación reactiva, como es la tendencia al regalo, una educación sexual excesiva, un acúmulo de limpieza y un respeto excesivo a la autoridad.

Tratamiento

A) Psicoterapéutico. Es largo y difícil, ya que los mecanismos de defensa del enfermo están muy desarrollados y organizados.

B) Quimioterapia, a base de antidepresivos estimulantes y neuróticos sedantes.

Papel de la enfermería

- Admitir su obsesión, no ridiculizarlo.
- Tratar de reducir progresivamente las actividades compulsivas del enfermo.
- No insistir sobre su estado de astenia y sobre sus problemas de sueño.
- Incitarle sobre todo a participar en las actividades del grupo.

NEUROSIS HISTERICA

El histérico se caracteriza por la libertad de sus efectos emocionales y la intensidad y teatralización con que son expresados.

Los síntomas pueden aparecer en la última etapa de la infancia, son propios los dolores de cabeza, coccigodinia (dolor en la región del coxis), glosodinia, mutismo, etc.

Se manifiestan los síntomas con caídas, gemidos, contorsiones que siempre requieren la presencia de testigos. La duración de la crisis es, aproximadamente, de 15 minutos.

El histérico duda siempre de su propia personalidad y necesita constantemente que se le reafirme sobre sí mismo por los demás.

La personalidad del histérico se caracteriza por:

- La sugestibilidad, pues se deja influir mucho y es muy versátil, según las circunstancias y su interlocutor.

— La teatralidad es otra característica de este enfermo, articula mucho e intenta interpretar personajes y vivir escenas imaginarias.

— La mitomanía. Tiene una tendencia a falsificar su historia personal, esto se puede traducir en la búsqueda de su propia personalidad.

— Problemas sexuales. Están enmarcados por dos actitudes contradictorias, por un lado la actitud de seducción que contrasta con la insatisfacción sexual; se expresa en la búsqueda permanente de nuevos acompañantes y experiencias sexuales (ninfomanía en la mujer y donjuanismo en el hombre), que se traduce en la imposibilidad de una auténtica relación sexual y afectiva.

La evolución de la neurosis se puede complicar con la aparición de estados depresivos, acompañados de tentativas de suicidio.

Tratamiento

A) La psicoterapia.

B) La quimioterapia, para reducir los síntomas.

Papel de la enfermera

— No se debe jamás dar la impresión de que no se cree en la autenticidad de los síntomas del paciente.

— Se le debe escuchar y tomar nota de las quejas del paciente.

En casos críticos la enfermera debe observar los factores desencadenantes e iniciar el diálogo rápidamente sobre otro tema.

ENFERMEDAD PSICOTICA

Se divide en dos tipos: delirio y alucinaciones.

1. Delirio. Ideas contrarias a la realidad común, basadas en emociones subyacentes del individuo.
2. Alucinaciones. Percepciones sensoriales sin ningún tipo de estrés.

Tipos de psicosis:

— Esquizofrenia. Falta de correlación entre pensamientos, sentimientos y acciones del individuo.

— Paranoia. Es la psicosis crónica, sistema delirante, lógica estructura. No alucinación ni pensamientos desorganizados.

— Psicosis bipolar o Pmd. Causa tanto hiperactividad como depresión en las psicosis; por un lado tendremos la manía y por otro el estado depresivo.

Papel de la enfermería

Objetivos:

- Establecer una relación de confianza con el paciente.
 - Disminuir la ansiedad y eliminar el miedo.
 - Ayudar al paciente a identificarse y a exteriorizar sus sentimientos.
 - Disminuir o eliminar la ansiedad, hostilidad y la agresividad.
 - Motivar al paciente para que se integre al medio y desarrolle relaciones con otros pacientes y miembros del equipo.
 - Disminuir el aislamiento.
- Acciones:
- Presentarse al paciente en un primer encuentro con él y después, si es necesario, recordárselo.
 - No intentar intimidar al paciente en los contactos con él.
 - No ser reservado con el paciente.
 - Informar al paciente con claridad sobre su seguridad personal en la unidad, confidencial.
 - Si el paciente presenta alucinaciones, intentar hablar con él en una habitación donde existan pocos estímulos.
 - Inducir al paciente en la formulación de su plan de cuidados cuando esto sea posible.
 - Con el paciente paranoico hay que dejar que él vea las notas que escribamos o no escribir en su presencia.
 - Observar, cuando el paciente se encuentra cerca del control de enfermería, no susurrar en presencia de éste.
 - Contestar a sus preguntas.
 - Vigilar constantemente nuestro lenguaje no verbal.
 - Motivar al paciente para exteriorizar sus sentimientos.
 - Buscar en las pertenencias del paciente si tuviese algún arma.
 - Actuar con calma y no intentar intimidar al paciente en los momentos que estemos con él, acercándonos a él en voz baja.
 - Observar las interrelaciones del paciente con sus visitas.
 - Empezar ayudando al paciente, y luego dirigirle hacia pequeños grupos informales, hasta que el paciente vaya tolerando todo tipo de relación.

LA PARANOIA

Significa desorden del espíritu, delirios de persecución, ideas de grandeza.

Hoy entendemos como paranoia una psicosis crónica que se caracteriza por su sistematización y por su expresión muy pasional.

Se divide en:

- Delirio de celos, llamado también celotipia paranoica. Consiste en la firme creencia por parte del sujeto de que su pareja le es infiel. El sufrimiento que tiene el sujeto es tan horroroso que puede llevarlo al suicidio.
- Delirio erotomaníaco. Creencia por parte del sujeto de ser amado y deseado por alguien que suele ser de nivel sociocultural o económico superior a él. Suelen existir tres fases: esperanza, rencor y venganza. Esta última puede llevar al sujeto a la agresión e incluso al homicidio y al suicidio.
- Delirio querulante, querellante o pletista. Consiste en la creencia por parte del sujeto de haber sido atropellado en sus derechos. El odio existente es tan grande que puede llevarle al suicidio. Existen interpretaciones cada vez más alejadas de la realidad, si bien no suelen haber alucinaciones.
- Delirio de los inventores. Creencia por parte del sujeto de ser el descubridor de algo portentoso susceptible de modificar el curso de la Humanidad.
- Delirio de los idealistas o reformadores. Creencia por parte del sujeto de poseer la clase de reforma social, política, científica o tecnológica, que ha de modificar el curso de la Humanidad. Estos ideales occultan, bajo el pretendido amor a la Humanidad, un odio en forma de crítica a todo lo existente.
- Delirio autorreferencial o persecutorio, consistente en la creencia por parte del sujeto de ser víctima de una persecución.

Síndrome psicótico sin evolución deteriorante

PARAFRENIA

Se entiende como tal un cuadro delirante psicótico crónico que como la paranoia no se acompaña de deterioro intelectual ni evoluciona hacia la demencia, pero que se asemeja a la esquizofrenia, por lo mal sistematizado de la construcción delirante, su carácter caótico, las alucinaciones y fabulaciones y lo desbordante de la fantasía e imaginación, que con verdadera exuberancia hacen realmente barroco el delirio.

El cuadro clínico tiene las siguientes características principales:

- Pensamiento mágico: la persona constituye una verdadera fábula delirante, fantasiosa, inverosímil, de aspecto entre mitológico y surrealista.

— La megalomanía o delirio de grandeza: entre los posibles argumentos de la narración delirante predominan los de influencia (espiritismo, maleficios), de persecución, envenenamiento, transformaciones corporales, embrujamientos.

— Predominio de la fabulación sobre alucinaciones.

— Sorprendente adaptación de la persona a la realidad.

PSICOSIS ALUCINATORIAS CRONICAS

Constituye un grupo de delirios intermedios entre los crónicos de persecución, englobados en el grupo paranoide y los que constituyen el mosaico de la esquizofrenia.

El cuadro clínico puede empezar de forma repentina o brusca aparición de alucinaciones, el sentirse espiado o vigilado o en comunicación con lo sobrenatural. Pero lo más frecuente es que haya un prólogo en que la persona va cambiando progresivamente de humor, separándose cada vez más del entorno o vivencias de extrañeza que van aumentando.

LA ANOREXIA MENTAL

La anorexia mental aparece en individuos jóvenes entre los 15 y 25 años. La anorexia mental exige un tratamiento específico, ya que perturba las conductas alimenticias.

La anorexia suele aparecer tras el fracaso escolar, una depresión sentimental, etc.

Se caracteriza por la restricción alimenticia que puede ser total o parcial. Otro síntoma es la amenorrea, el adelgazamiento, que puede ser de 4 ó 5 Kg por mes.

Tratamiento

— Debe ser precoz.

— Un aislamiento estricto que impone la hospitalización, con prohibición, durante bastantes días, de visitas.

Papel de la enfermería

Debe vigilar la actividad del paciente y evitar las conductas de disimulación, tales como tirar la comida, ir a vomitar, etc.

LA ESQUIZOFRENIA

Es una de las psicosis más frecuentes. Aparece en jóvenes de 15 a 30 años. Se presenta una ruptura en la

organización de su entorno, tanto intelectual como afectivo, familiar, etc.

No presentan patologías orgánicas, sin embargo, se da con más frecuencia en gemelos univitelinos. Se aprecia en el ámbito familiar una sobreprotección y autoridad excesiva en la actitud del padre.

Forma de la esquizofrenia:

a) Esquizofrenia hebefrénica. Se caracteriza por una disminución de la actividad intelectual y sus actividades también disminuyen; esto va acompañado por un estado de autismo, que se presenta en sujetos de unos 20 años.

b) Esquizofrenia catatónica. Predomina con signos psicomotores violentos.

c) Esquizofrenia paranoide. Predominan las ideas delirantes; son signos psicomotores muy discretos. Las características de los delirios van a variar según sea el nivel intelectual.

Tratamiento

La quimioterapia tiene una doble función; por una parte, reducir síntomas y, por otra, intentar establecer una relación objetiva con la realidad.

Las psicoterapia puede ser individual o grupal; ésta permite al individuo expresarse con otros enfermos.

Papel de la enfermería

Se debe tener en cuenta que, a pesar de su aparente indiferencia afectiva, este enfermo es extremadamente sensible a su entorno.

El contacto con la familia es muy importante, haciendo partícipe a ésta de su evolución y de los progresos del enfermo.

Se debe facilitar su participación en el entorno, por medio de actividades simples, como los paseos, el juego, el dibujo, etc.

LAS OLIGOFRENIAS

Son los llamados retrasados mentales; presentan una insuficiencia congénita o muy precoz en su desarrollo de la inteligencia y ciertos fallos en su desarrollo motor.

Se clasifican las oligofrenias según el grado de déficit intelectual, valorándose según el concepto intelectual igual a 100, hablando de debilidad mental u oligofrenia cuando el cociente intelectual es menor de 80.

Se clasifican en:

1. Debilidad ligera, donde el coeficiente intelectual está comprendido entre 70 y 80 y se presenta una insuficiente manipulación de las ideas abstractas.

2. Debilidad media. Su cociente intelectual está entre 50 y 70 y se caracteriza por su capacidad de adquisición del lenguaje, pero no para la escritura.

3. Debilidad profunda, cuyo cociente intelectual está por debajo de 50 y no hay lenguaje, siendo su desarrollo muy rudimentario.

Tratamiento

Las medidas médico-pedagógicas deben ser precoces, ya que las medidas reeducativas son capitales.

Las relaciones con su entorno familiar son muy importantes.

La calidad de las atenciones y actitudes educativas son más importantes que el pronóstico de grado de deficiencia intelectual.

Los cuidados se dividen en tres pasos según sea el diagnóstico y su tratamiento:

- A) Las consultas a centros médico-psicopedagógicos.
- B) Los externados e internados médicos profesionales con talleres de aprendizaje especializados.
- C) Los hospitales de día.

TRASTORNOS DEL HUMOR

Se dividen en:

A) Las manías y los estados de agitación
Se caracterizan por una exaltación del humor. Su comienzo es progresivo dura algunos días, estando marcado por el insomnio e hiperactividad creciente.

Las formas clínicas son:

- 1. Hipomanía. Es una forma del síndrome maníaco, donde el enfermo presenta una gran productividad artística, generalmente literaria.
- 2. Manía delirante y alucinatoria. Tiene ideas delirantes con los temas de grandeza y poder.
- 3. Manía furiosa. Es una agitación psicomotriz particularmente importante.
- 4. Estado mixto, donde se asocian síntomas de tipo maníaco de tipo melancólico (depresión).

Tratamiento

En la mayoría de los casos se necesita la hospitalización, donde el enfermo necesita una habitación protegida y aislada de otros enfermos.

El tratamiento medicamentoso se administrará por vía parenteral en una sola dosis, se usarán neurolépticos sedantes y especialmente butirofenomas.

Papel de la enfermería

— Vigilancia constante y trazar regularmente las curvas de pulso, tensión y temperatura.

— Después del tratamiento medicamentoso debe permanecer tumbado en la cama como mínimo dos horas.

— Debe cuidarse especialmente la alimentación y la hidratación.

Después de la salida del paciente del hospital, debe continuar el tratamiento ambulatorio.

- B) Estados de agitación no maníaco

Papel de la enfermería

En un estado de agitación:

— Llamar al médico de guardia.

— Observar los gestos, expresiones y propósitos.

PSICOSIS ESQUIZOFRENICAS

Esquizofrenia significa disociación o disgregación de espíritu. El aparato mental sufre un progresivo agrietamiento que va convirtiendo en foso o abismo, hasta abocar a la total destrucción del aparato mental.

A) Las formas de comienzo pueden ser las siguientes yendo de las menos a las más frecuentes:

- 1. Forma monosintomática.
- 2. Forma episodios delirantes de carácter cíclico repetitivo a intervalos.
- 3. Forma episodios agudos, crisis delirantes, depresiva, alucinatoria o maníaca.
- 4. Forma de apariencia neurótica; es la más frecuente.

B) El cuadro clínico ya instaurado se caracteriza por:

- 1. Disgregación o disolución de la vida psíquica, que origina los siguientes trastornos: del curso del pensamiento y del campo de la conciencia (pensamientos desordenados, rápidos, lentos, ideación caótica), de lenguaje (neologismos, invención de nuevos vocablos), neosemántico, conversaciones en estado de vigilia o se suman en un mutismo.
- 2. El tipo y modalidad del delirio del esquizofrénico suele ser de argumento y contenido persecutorios.
- 3. Autismo o posición autista, que consiste en una actitud de extrema introversión.

- C) Las formas clínicas de la esquizofrenia son tres:
— hebefrénica, forma juvenil del enfermo.
— catatónica
— paranoide.

D) Las formas terminales podemos agruparlas en tres modalidades distintas:

1. Aquellas en las que acaba predominando la inhibición psicomotriz, hasta el grado extremo de la inercia, con reducción de la vida del sujeto a un ámbito meramente vegetativo.
2. Aquellas en las que predomina la incoherencia en la forma verbal, en las que el lenguaje ha perdido para la persona toda capacidad de expresión y comunicación.
3. Aquella en la que predomina la expresión de delirio con su cortejo alucinatorio.

PSICOSIS DELIRANTE AGUDA

Consiste en la eclosión súbita de un delirio en una persona joven, predominantemente mujer, sin antecedentes psíquicos evidentes que tiene las siguientes características.

a) Polimorfismo. Los argumentos pueden ser variados y no únicos, tales como envenenamiento, transformación o posesión sexual, persecución, grandezas megalománicas o el redentismo mesiánico.

b) Oscilación retardada. A las pocas horas o dentro de las 24-72 horas de iniciarse el delirio puede experimentar fluctuaciones en su intensidad y el paciente puede preguntarse con cierta capacidad autocrítica, si aquello es producto de su temor más que de una realidad.

c) Alteración del humor o estado de ánimo. Puede ser aterradorante (indignación por la persecución de la que se cree objeto), ensimismamiento en los contenidos místicos, exaltación en los estados hipomaniacos.

d) Triple posibilidad de modalidad de expresión imaginativa (la narración delirante es del tipo de la fabulación fantasiosa o lujo de detalles, lo más llamativo es la inverosimilitud), interpretativa de un sueño, en la fase del despertar, ésta es la forma de terminación que es de una forma brusca.

En lo referente a la etiología, en su gran mayoría son de naturaleza psicogenética, desequilibrios del aparato mental en sujetos que no han logrado un equilibrio mental sólido. Otros casos se deben a factores distintos, hay un cierto grado de confusión mental, serían los casos de intoxicaciones (los más corrientes son las debidas a las drogas y al alcohol) y afecciones cerebrales (tumores, infecciones, inflamaciones, etc.).

Psicosis delirantes agudas

PSICOSIS MANIACO DEPRESIVA

Se trata de un cuadro psicótico delirante, caracterizado por una brusca crisis de manía, seguida de crisis de melancolía, ya sean maníacas únicamente o también las melancólicas tan sólo con intervalos, más o menos largos, asintomáticos o de lucidez.

A) Crisis maníaca. Es un estado de hiperexcitación de las funciones psíquicas caracterizadas por exaltación del humor e impulsos instintivo-afectivos o una liberación desordenada y excesiva de la vitalidad del sujeto.

Se caracteriza por su inicio entre los 20 y los 50 años, ya sea de una forma depresiva paranoica, presentándose:

- a) Exaltación del pensamiento.
- b) No hay confusión ni desorientación.
- c) Exaltación del humor.
- d) Somáticamente aparece adelgazamiento, insomnio, hambre, sed aumentada, anormal resistencia al frío o al calor, resistencia al frío y la fatiga.

B) Crisis melancólica, es un estado depresivo intenso, dolor moral y caracterizado por la lentificación o inhibición del psiquismo y psicomotricidad.

- a) Somáticamente la expresión facial es característica, estando ceñudo, con la mirada fría; una máscara de tristeza, palidez, gemidos, lloriqueo, semimutismo.
- b) Bloqueo de la atención que está fijada en ideas melancólicas que ilusionan al sujeto.
- c) Sentimiento de tristeza extrema y dolor moral, hay incluso una búsqueda de la muerte, con peligro importante de suicidio.

Comprensión psicodinámica de la depresión

El análisis de adultos depresivos demuestra cómo en su inconsciente anida un poderoso sentimiento de

necesidad de unión con la figura paterna o materna idealizados como omnipotentes, y resta así una autoestima excesivamente dañada en etapas muy precoces del desarrollo.

Para entender la definición de depresión diremos que el humor es un estado afectivo que da color agradable o desagradable a la vida, que oscila entre la euforia y la tristeza, según los acontecimientos que vivimos, por lo que la depresión será la tonalidad constante desagradable del humor, siendo imposible para el deprimido sentir euforia, alegría o bienestar.

Hay dos tipos de depresión: la psicótica o melancólica y la neurótica.

A) La melancólica es el estado depresivo más severo, constituye una urgencia psiquiátrica, por la que necesita tratamiento rápido, con vigilancia intensa, para evitar el suicidio.

Se considera indigno de vivir, incapaz de seguir su vida atacado por un mal incurable del que es responsable. Todos estos sentimientos provocan en el melancólico depresivo el deseo y la búsqueda de la muerte, ya que es la única solución a su sufrimiento y como un castigo merecido.

B) Depresión neurótica. Aparece como reacción a una situación o un hecho ocurrido al paciente, por lo que a la inversa de las melancólicas son más comprensibles. El estado depresivo aparece después de un traumatismo afectivo, convirtiéndose en patológico cuando sobrepasa en duración e intensidad la reacción normal a un hecho doloroso.

Trastornos mentales y problemas psíquicos en el curso de afecciones cerebrales

1. Afectación cerebral sifilítica, propia del período terciario. El primer período consiste en la afectación senil. El secundario en la difusión septicémica, en el curso de la cual la afectación meníngea puede dar lugar a algún cuadro confusional o incluso alucinatorio.

El terciario en la afectación del cerebro, médula espinal y el cuadro de la parálisis general progresiva.

2. Encefalitis; trastornos mentales a los que da lugar:

- Bradipsiquia o lentificación de las funciones psíquicas con bloqueos progresivos del rendimiento, capacidad intelectual y de trabajo.

— Trastornos de conducta de tipo perverso, sobre todo en lo sexual (exhibicionismo, ninfomanía, incesto, homosexualidad).

— Trastornos del comportamiento de tipo antisocial (robos, agresiones).

— Psicosis con cuadros delirantes.

3. Encefalopatías, dan lugar a cuadros confusionales y, menos frecuentes, cuadros delirantes.

4. Porfiria, enfermedad metabólica heredo-familiar, consistente en la eliminación de uroporfirina por la orina (orinas de color rojizo), dolores abdominales agudos, trastornos mentales, etc.

5. Traumatismos cerebrales.

6. Tumores cerebrales.

7. Epilepsia. Los epilépticos suelen ser personas muy narcisistas y están dominadas por tendencias o impulsos sádicos y destructivos, largamente reprimidos por temor al castigo.

El conocimiento de la personalidad del epiléptico es incompleto, pero podemos consignar unas características:

a) Su persecución, consistente en una pérdida de rapidez en la adaptación sensorial y motriz que tiende al estancamiento y al automatismo.

b) Sus explicaciones y discurso verbal premioso, parecido al somatismo.

c) Trastorno del lenguaje, lentitud, tartamudeo, seseo.

Se han clasificado dos tipos de personalidad epiléptica:

1. La llamada esencial, que tendría una persona coartada.

2. Epilepsia sintomática o consecutiva.

Trastornos mentales endocrinopatías

Los trastornos endocrinos no bastan por sí solos para explicar la existencia de trastornos mentales, debe invocarse el factor predisposición de la persona; sobre ella hay variaciones fisiológicas de la normalidad en las constantes normales, sin llegar a cifras patológicas de hipo o hipersecreción pueden ir seguidos de alteraciones mentales:

1. Afecciones tiroideas.

2. Afecciones hipofisarias.

3. Afecciones de la glándula suprarrenal.
4. Diabetes.
5. Afecciones de las parótidas.
6. Afecciones de las glándulas suprarrenales y sexuales.

Problemas de origen psíquico durante el embarazo

- A) Vómitos.
- B) Manifestaciones histéricas, que son relativamente frecuentes por la personalidad de la mujer, previas al embarazo.
- C) Problemas de la embarazada con la comida.
- D) Obsesiones y compulsiones.
- E) Síndromes fóbicos.
- F) Cuadros depresivos. Son frecuentes y ligados a la ambivalencia en torno al embarazo; oscila entre una moderada depresividad y una situación que abate a la mujer en una postura adinámica que puede llegar a ser de deficiente intensidad como para impedirle la vida normal.

Trabajo del equipo del hospital psiquiátrico

Los pacientes ingresan en el hospital psiquiátrico porque necesitan un tratamiento y no pueden continuar viviendo en la sociedad de una manera satisfactoria. El objetivo del hospital consiste en integrarles a una vida normal y a que convivan con sus semejantes en un breve espacio de tiempo.

El hospital es muy sensible y se ajusta a las necesidades del paciente en una cuantía que estaría fuera de todas las posibilidades en cuanto al mundo exterior. Aquel paciente se siente aceptado y sabe que las personas quieren escucharle, y supone una ayuda para sus propios problemas.

En un hospital psiquiátrico la labor de cada uno de los miembros del equipo ejerce su influjo sobre los enfermos, la plantilla del hospital ayuda a los enfermos a recuperarse.

La auxiliar de enfermería es responsable de la salud y el decoro en el vestir y en el aseo por parte de ellos.

El entrenamiento de la A. E. corre a cargo de monitores.

El paciente que llega a este hospital ha de tener una jornada en la que queden satisfechas sus necesidades en la cantidad que precise. El hospital es un microcosmos que refleja el mundo exterior; aquí no importan las estupideces que el enfermo cometa, se le permite que comprenda las consecuencias de su conducta, pero sólo en la medida en que es preciso que él se percate de que es la manera más correcta.

Plan de actuación de enfermería (P.A.E.) en la esquizofrenia

Esquizofrenia es el conjunto de trastornos que se manifiestan por alteraciones del humor y la conducta.

CONDUCTAS Y PROBLEMAS

- Conducta retraída o inhibida.
- Conducta regresiva.
- Disminución de la autoestima.
- Pérdida de los límites del yo, incapacidad para percibir o diferenciar el concepto de sí mismo de los elementos del medio exterior.
- Alucinaciones.
- Ideas delirantes.
- Pensamiento desorganizado, ilógico.
- Respuestas emocionales inadecuadas o insuficientes.
- Trastornos de la relación y de la actividad dirigida a objetivos.
- Malas relaciones interpersonales.
- Dificultad para entablar comunicación verbal.
- Exageración de la respuesta a los estímulos.
- Agresión hacia sí mismo, otras personas o propiedades.
- Alteración del sueño o fatiga.
- Trastornos del apetito, nutrición insuficiente.
- Conflictos sexuales.
- Trastornos menstruales.

OBJETIVOS DE LA ENFERMERIA

a) Objetivos a corto plazo

— Nutrición suficiente, reposo adecuado y actividad segura.

- Mantener al paciente en un ambiente de seguridad.
- Entablar comunicación y crear confianza.
- Ayudar al paciente a participar en la comunidad terapéutica.
- Aumentar la capacidad del paciente para comunicarse con los demás.
- Disminución de las alucinaciones, ideas delirantes y otros síntomas psicóticos.
- Reducir la lesión o la actuación de impulsos.
- Aumentar la autoestima.

b) Objetivos a largo plazo

- Identificar y utilizar las fuerzas y las potencialidades y desarrollar una mejor imagen de sí mismo.
- Alcanzar y mantener un nivel máximo de funcionamiento.
- Hacer que el paciente acepte y se encargue con eficacia de la enfermedad, su naturaleza a largo plazo,

la necesidad de seguir tomando alimentos, medicación, etcétera.

ACCIONES DE LA ENFERMERIA

- Prometer sólo aquello que se pueda cumplir en forma realista.
- Brindarle la oportunidad para que aprenda que sus sentimientos son válidos y no difieren mucho de los demás.
- Asignar los miembros del equipo terapéutico que atenderán al paciente.
- Comenzar con interacciones, una a una, y después hacer avanzadas para que los pacientes puedan integrarse en pequeños grupos, según los tolere (introducirlos lentamente).
- Establecer y conservar una rutina cotidiana; explicarle toda variación de ésta al paciente.



(Zulema Blanzaco Acín,
M.^a del Carmen Marcellán Muruzábal
y M.^a Pilar Júdez López)

RIESGOS DE LOS PROFESIONALES DE LA SANIDAD EN EL LABORATORIO DE ANATOMIA PATOLOGICA

El hecho de estar continuamente en contacto con muestras potencialmente peligrosas en los laboratorios de Anatomía Patológica hace que los profesionales de la Sanidad que realizan su labor en estos lugares descuiden unas normas que deberían ser de uso cotidiano, bien sea por desconocimiento de los peligros reales o por la mera rutina del trabajo.

Queremos alertar ante la posibilidad de contagios realizando, a la vez, un breve repaso de estos procesos y dando las normas que ayudan a prevenirlo de forma eficaz.

INTRODUCCION

«Resulta paradójico constatar que aquellos trabajadores que contribuyen a proteger la vida y la salud de los demás todavía no hayan conseguido, en muchos casos, resolver convenientemente los problemas de su protección.» (Organización Internacional del Trabajo —OIT—, 1976).

Cada vez hay más profesionales que se encuentran día a día con el riesgo de contraer enfermedades muy graves e incluso mortales, que desconocen el riesgo que están corriendo en los distintos laboratorios de nuestro medio y en especial en los de Anatomía Patológica.

A continuación vamos a intentar enumerar una serie de estos peligros, haciendo constar que si bien es imposible citar la totalidad de ellos, por lo menos vamos a intentar estudiar, de forma sencilla, los más frecuentes, y éstos los vamos a englobar dentro de un gran grupo llamado «riesgos biológicos».

RIESGOS BIOLÓGICOS

Para el trabajador de un laboratorio de Anatomía Patológica, según la forma de pensar de mucha gente, este tipo de riesgo es una «tontería» pues, al fin y al cabo, en estos lugares solamente procesan y analizan pequeños fragmentos, biopsias, que como son tan pequeñas no han de provocar ningún tipo de contagio y, por otro lado, cuando hacen autopsias, los gérmenes ya deben estar muertos y no producen ningún tipo de daño.

Nada más lejos de la realidad más pura y simple como vamos a tratar de explicar a continuación.

Hepatitis «B»

Se puede contraer por inoculación, incisiones, salpicaduras y contaminación de piel lesionada.

La fuente de infección son las muestras provenientes de pacientes que sufren este tipo de enfermedad.

Podemos prevenir este riesgo mediante la vacuna contra la Hepatitis «B».

Además de este tipo de prevención usaremos guantes, contenedores de agujas de un solo uso y extremaremos el cuidado en el procesado de todo tipo de muestras de pacientes que como mínimo sean sospechosos.

Hepatitis «A»

El contagio se efectúa por contacto de una persona con otra por vía fecal-oral.

La fuente de infección, al igual que en el caso anterior, son los pacientes afectados de este tipo de patología.

La prevención es muy fácil dado el poco o nulo riesgo profesional.

Hepatitis «C»

Los mecanismos de contagio son similares a los de la hepatitis «B».

La fuente de infección son los pacientes afectados a esta enfermedad, si bien existen formas crónicas que abogan en favor de la existencia de portadores de la enfermedad potencialmente peligrosos.

La prevención la realizaremos mediante el uso de guantes, contenedores para las agujas, material de corte, etc.; y dado que no existen vacunas ni gammaglobulinas específicas, en caso de contactos accidentales se usarán dos gammaglobulinas inespecíficas con un intervalo de 28 días.

SIDA

Los mecanismos de transmisión se acepta hoy que son:

— Por sangre y/o hemoderivados.

— Por relaciones sexuales (bi-, homo- y heterosexuales) debido al contacto con fluidos y secreciones corporales.

— Por vía madre-hijo.

La fuente de transmisión son los pacientes aquejados de este proceso y los portadores del mismo.

Por lo que respecta a la prevención habremos de extremar las medidas que hemos mencionado en casos de hepatitis «B», y en caso de contactos accidentales, la observación y posterior control para descartar la seroconversión.

Tuberculosis

Producida por el bacilo de Koch, esta enfermedad se transmite por vía aérea.

La fuente de contagio será el paciente tuberculoso o los esputos de éste.

Prevendremos el contagio mediante el uso de mascarillas, que si bien no está demostrado que lo evite, por lo menos lo dificulta.

Dentro del capítulo de la prevención incluimos la realización de las pruebas de tuberculina a todo el personal sanitario, con regularidad.

Rubéola

Los mecanismos de transmisión de este proceso son de dos tipos:

a) Por un lado, tendremos el contagio aéreo a partir de personas afectadas que tengan tos.

b) Por otro lado, será a partir de secreciones nasofaríngeas, sangre, orina o heces.

La fuente de infección serán los pacientes que presentan esta enfermedad.

La prevención la realizaremos mediante vacunación de todos los profesionales con riesgo de contagio, así como por el uso de mascarillas mientras desarrollemos nuestra labor.

Tétanos

El mecanismo de transmisión son heces que contaminan heridas, en ocasiones tan insignificantes que pueden pasar completamente desapercibidas.

La fuente de contagio es el intestino donde existe el bacilo tetánico —*clostridium tetani*— en forma inocua.

La prevención la hemos de efectuar mediante la vacunación en los períodos prescritos y en caso de heridas accidentales con posible contaminación actuaremos mediante la administración de gammaglobulinas específicas y tratamiento de las heridas correspondientes.

Citomegalovirus

Los mecanismos de transmisión no son bien conocidos, aunque al parecer es necesario un contacto muy directo con las secreciones de pacientes afectos de infección por citomegalovirus.

Las fuentes de infección serán los pacientes que excreten virus por orina o saliva, haciendo notar que es frecuente en gestantes la presencia de estos virus en la secreción cervical.

La prevención se realizará mediante el lavado de manos evitando todo lo posible el contacto directo con las secreciones de pacientes aquejados de este tipo de infección.

CONCLUSION

«Más vale prevenir que curar.»

Debemos hacer de esta máxima una guía que nos dirija en todos los momentos de nuestro quehacer cotidiano, podemos decir que:

Una buena profilaxis es nuestra mejor curación.

La profilaxis se basa en dos pilares fundamentales:

a) Información. Informarnos por todos los medios posibles a nuestro alcance de todos los riesgos posibles, mecanismos de transmisión, fuentes de contagio, posibles vacunaciones y tratamientos posibles.

b) Tratamiento de todas las muestras que lleguen a nuestras manos con el mayor de los cuidados y como potencialmente muy peligrosas, seguir y utilizar todos los medios a nuestro alcance de prevención (instrumentos, accesorios, lavado de manos, uso de guantes, mascarillas, gafas, etc.) y sobre todo, en caso de accidente con un producto, contaminado o no, acudir rápidamente al Servicio de Medicina Preventiva, para avisarlo y que se pongan las medidas adecuadas para minimizar o resolver el daño causado.

BIBLIOGRAFIA

* Residencia Sanitaria de la Seguridad Social «La Paz»: *Guía de seguridad e higiene del hospital*, Madrid, 1988.

* Llamas, G. «Riesgo profesional. ¿Qué dice la ley?». *ROL, Revista de Enfermería*. Núm. 166, 1992.

* Hernández, A. y Martí, C. *Contaminantes biológicos: Evaluación en ambientes laborales*. Instituto de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Núm. 203, 1988.

De viva voz



La sanidad valenciana está experimentando un proceso de cambio desde que el pasado mes de junio se renovaron los cargos autonómicos dejando paso a una nueva formación política, a una forma de gobernar y a una nueva filosofía de lo que debe ser la sanidad y la calidad que esta ha de ofrecer por encima de otras cuestiones o intereses.

De acuerdo con esta nueva filosofía de la sanidad y sin ánimo de entrar en valoraciones políticas, lo cierto es que el modelo de la sanidad valenciana está cambiando y no lo hace precisamente despacio.

En apenas un año, se ha coqueteado con la gestión privada, se han constatado múltiples ingresos en varios hospitales de la Comunidad en donde los pacientes son ingresados en plantas que no corresponden con su patología concreta: hombres en maternidad, síndicos en escolares, leucemias en enfermos mentales, han aumentado las listas de espera, las urgencias están colapsadas y hay una absoluta desmotivación del personal.

Resulta difícil imaginar de que manera se compaginan estos parámetros con los de calidad asistencial y como es posible conjugar los intereses crematísticos de gerentes y directores con los de una calidad asistencial mínima que no exige pero sí necesita el usuario.

No será de extrañar que este modelo de política sanitaria se extienda a otras Comunidades si el partido gobernante en la Comunidad Valenciana

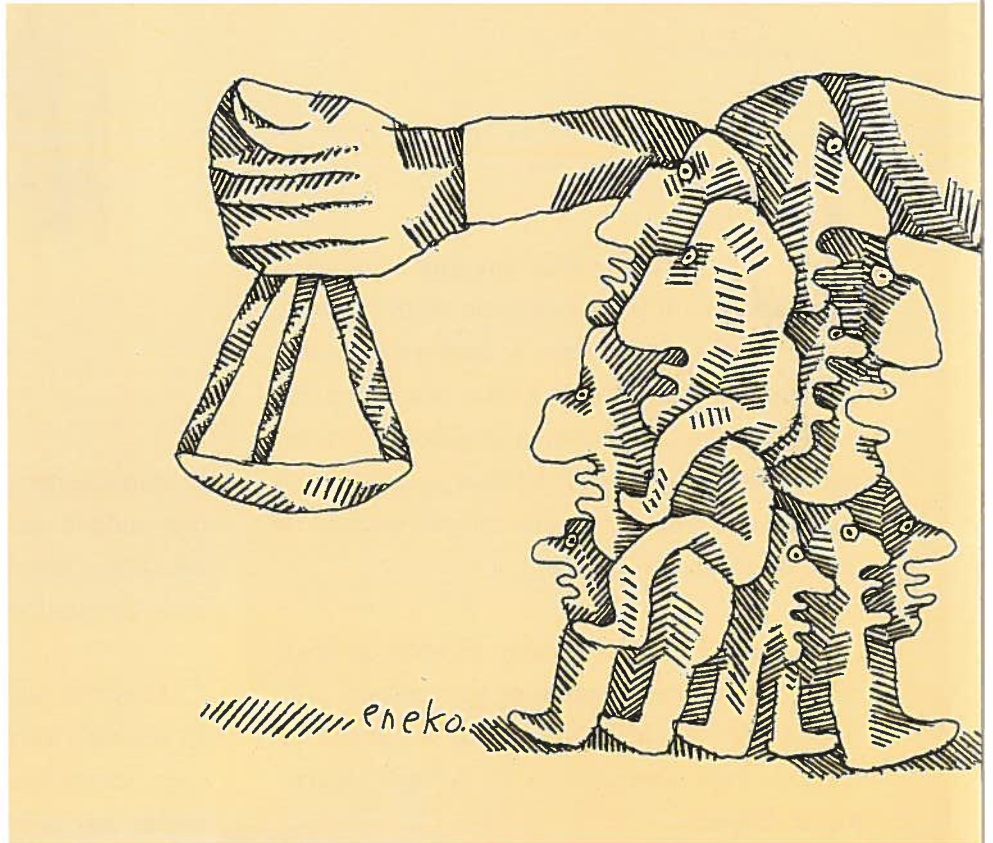
se extiende por otras. Sería, en cualquier caso, imprescindible que hicieran un examen de gestión y autocrítica ante la política sanitaria llevada a cabo en la Comunidad.

Mientras, los profesionales sanitarios continúan viviendo los mismos problemas de falta de personal, de desmotivación ante el trabajo que desarrollan ante la imposibilidad de promocionarse en su carrera.

Los Auxiliares de Enfermería, por su parte, plantearon ante los organismos oficiales, la necesidad de crear órganos de gestión y responsabilidad dirigidos específicamente por Auxiliares de Enfermería, como única alternativa posible en la actualidad de que la integración de estos profesionales en los equipos de enfermería sea un hecho que se plasma en la realidad hospitalaria y no sólo en los programas de las direcciones de gerencia.

Todos estos problemas y los avances que los Auxiliares de Enfermería habían ido consiguiendo paulatinamente tanto en los aspectos laborales como en los estrictamente profesionales han quedado relegados a un segundo plano, dejando paso a una política economicista y de restricción en la que el objetivo fundamental es cumplir con los objetivos económicos y de ahorro planteados por los políticos.

LA PARTICIPACION DE LOS CIUDADANOS EN LA JUSTICIA



EL TRIBUNAL DEL

Alfredo Pereira

El artículo 125 de la Constitución española de 1978 establece que los ciudadanos podrán participar en la Administración de Justicia mediante la institución del Jurado.

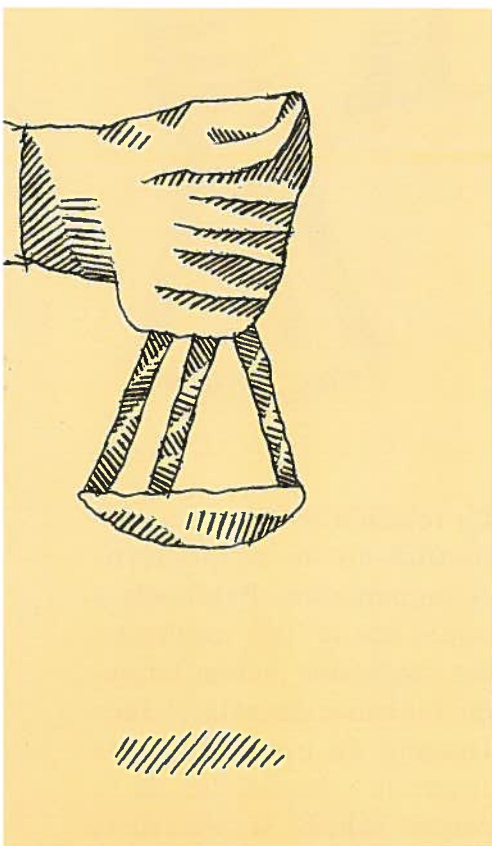
Nuestra Norma Fundamental enlaza el instrumento del jurado, de forma indiscutible, con dos derechos fundamentales, la participación directa de los ciudadanos en los asuntos públicos, del artículo 23.1 de la

Constitución española, y el derecho al juez ordinario predeterminado por la Ley, del artículo 24.2 de nuestro Texto Fundamental.

La Ley Orgánica 5/1995, de 22 de mayo crea el Tribunal del Jurado y, por ende, regula la participación directa de los ciudadanos en la administración de justicia a través de esta institución. Desde la promulgación de esta norma, muchas han sido las críticas y concepciones antijuradistas, sobre to-

do por parte de los ciudadanos, motivadas casi siempre por el desconocimiento del Tribunal del Jurado en sí y de la función que se le reconoce a los ciudadanos participantes.

Lo cierto es que, el instrumento del jurado ha tenido y tiene una indiscutible raigambre en la historia del derecho constitucional español. Por este y otros motivos, merece la pena al menos, analizar en líneas generales, el contenido de la Institución.



participación en dichos hechos. Al Magistrado Presidente, por su parte, le vendrá atribuida la responsabilidad de dictar sentencia de acuerdo al veredicto emitido, imponiendo, en su caso, la pena y responsabilidades civiles que correspondan.

El ámbito funcional del juicio por jurados se circunscribe al terreno de las Audiencias Provinciales y a aquellos procesos penales que la Ley determine. Dicho de otro modo, tras la entrada en vigor el próximo 24 de mayo de 1996 del nuevo Código Penal, el Tribunal del Jurado será competente para el conocimiento y fallo de las causas por delitos de homicidio, amenazas, omisión del deber de socorro, allanamiento de morada, incendios forestales, infidelidad en la custodia de documentos, cohecho, tráfico de influencias, malversación de caudales públicos, fraudes y exacciones ilegales, negociaciones prohibidas a funcionarios e infidelidad en la custodia de presos. Habrá que tener en cuenta que, también se constituirá Jurado cuando, por razón del aforamiento del acusado, deba conocer el proceso la Sala Segunda del Tribunal Supremo o las Salas de lo Civil y Penal de los Tribunales Superiores de Justicia.

Ciudadanos miembros del jurado

Quizá lo que más polémicas haya motivado sea la obligatoriedad que se impone en el desempeño del cargo de jurado;

esto contrasta, sin duda, con el derecho de los ciudadanos a participar en la administración de justicia, y nos da una idea de la naturaleza bifronte de la institución como derecho-deber. Por ello, la Ley no solamente contempla la obligatoriedad y remuneración de la función, sino también fija el status jurídico del Jurado las causas de incapacidad, incompatibilidad, recursación y abstención que, en definitiva sirvan, para sentar las bases de su imparcialidad, independencia y responsabilidad.

Capacidad para ser jurado

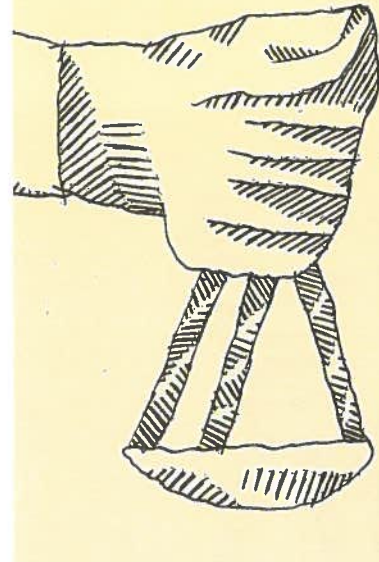
La Ley contempla una serie de requisitos para ser miembros de un Tribunal del Jurado. Así entre las condiciones típicas de ser mayor de edad y de nacionalidad española, se exige saber leer y escribir (en relación con la función de jurado que requiere unos conocimientos y cultura mínimos) tener vecindad en algunos de los municipios de la provincia en que el delito se haya cometido (garantiza la participación popular) y no estar impedido física, psíquica o sensorialmente (más cercano a una causa de incapacidad).

Junto a la Ley establece las causas que incapacitan para ser miembro del jurado, y que son la lógica consecuencia del pleno ejercicio de los derechos civiles y políticos y del disfrute de una situación sin restricciones de libertad personal por

JURADO

Composición y función del tribunal del jurado

La Ley determina que el Tribunal del Jurado estará compuesto de nueve jurados y un Magistrado Presidente de la Audiencia Provincial correspondiente. A los primeros, se les encomienda la emisión del veredicto, con pronunciamiento sobre la probanza o no de los hechos sometidos a su consideración, y sobre la culpabilidad de los acusados por su



mandamiento judicial los condenados por delito intencional que no hayan obtenido la rehabilitación, procesados y acusados con apertura de juicio oral señalada, quienes estuvieran sufriendo detención, prisión provisional o cumpliendo pena y los suspendidos de empleo y cargo público.

Causas de prohibición

Precisamente para hacer efectivas la independencia e imparcialidad de los jurados, a los que antes se hacía referencia, como un aspecto fundamental del futuro funcionamiento de la institución, resulta imprescindible excluir cualquier posible intervención que pueda suponer un conocimiento previo condicionante de un prejuzgamiento de la cuestión. Estos supuestos de prohibición son: a) Ser acusador particular o privado, actor civil, acusado o tercero responsable civil, b) Mantener relación de parentesco, vínculo matrimonial, amistad o enemistad manifiesta con alguna de las partes intervinientes o el Magistrado Presidente, c) Haber intervenido en la causa como testigo, perito, fiador o interprete, d) Tener interés directo o indirecto en la causa.

Causas de abstención o excusa

En razón de la obligatoriedad del ejercicio de la función de

jurado, y dado que en algunas circunstancias puede convertirse en una auténtica carga, no sólo para el individuo sino para la sociedad, resulta conveniente establecer legalmente una serie de supuestos en los que los ciudadanos pueden excusar ese deber y no participar en el jurado, aún cuando hayan sido designados para ello. La Ley contempla los siguientes supuestos: a) Mayores de sesenta y cinco años, b) Haber desempeñado funciones de jurado dentro de los cuatro años precedentes, c) Sufrir graves trastornos por cargas familiares, d) Desempeñar un trabajo de relevante interés general cuya sustitución origine graves perjuicios, e) Residir en el extranjero, f) Ser militar profesional y existir razones de servicio, y g) Cualquier otra causa grave que se alegue y acredite.

Proceso de selección y designación de jurados

Dentro de los últimos quince días del mes de septiembre de los años pares, la Oficina Provincial del Censo efectuará un sorteo de entre todos los incluidos en las listas del censo electoral de todos los municipios de la provincia. En este sorteo se extraerá el número de candidatos a jurado que será el resultado de multiplicar por cincuenta el número de causas que prevea vaya a conocer el Tribunal del Jurado.

La relación resultante se expondrá en los respectivos Ayuntamientos. Publicada y notificada la lista resultante, los candidatos podrán formular reclamación ante el Juez Decano de los de primera Instancia e Instrucción de su partido judicial, si concurriera en ellos alguna causa de incapacidad, incompatibilidad o excusa por la que entiendan que deban ser excluidos de la lista. También se legitiman a todas aquellas personas que presumen o conozcan la concurrencia en algún candidato de algunas de las causas de exclusión.

El juez Decano dictará la resolución oportuna sobre cada una de las reclamaciones, ordenando a la Oficina del censo Electoral las rectificaciones o exclusiones procedentes. De esta manera queda conformada la lista definitiva que será remitida a los Presidentes de las Audiencias Provinciales.

A partir de este momento, los candidatos podrán ser convocados, durante los dos años siguientes.

ESTOS LIBROS TE INTERESAN...

- MANUAL DEL AUXILIAR DE ENFERMERIA
- CUESTIONARIO PARA EL AUXILIAR DE ENFERMERIA
- ANEXO PARA SERVICIOS REGIONALES DE SALUD

EDITA



Enviar cupón de pedido a:
c/ Alcántara, 5. 6º Izq. 28006 Madrid
o a las sedes provinciales de S.A.E.

Ruego me envíen contra reembolso los siguientes títulos:

- MANUAL DEL AUXILIAR DE ENFERMERIA**
P.V.P. 4.990 pts. (afiliados 3.990 pts.)
- CUESTIONARIO PARA EL AUXILIAR DE ENFERMERIA**
P.V.P. 3.690 pts. (afiliados 2.990 pts.)
- ANEXO PARA SERVICIOS REGIONALES DE SALUD** (Marque su Comunidad) Andalucía Galicia
 Canarias Madrid
 Cataluña País Vasco
 C. Valenciana Otros.....
- OBRA COMPLETA (los tres volúmenes)**
P.V.P. 6.500 pts. Andalucía Galicia
 (afiliados 5.300 pts.)* Canarias Madrid
 (Marque su Comunidad) Cataluña País Vasco
 C. Valenciana Otros.....

Nombre y apellidos.....

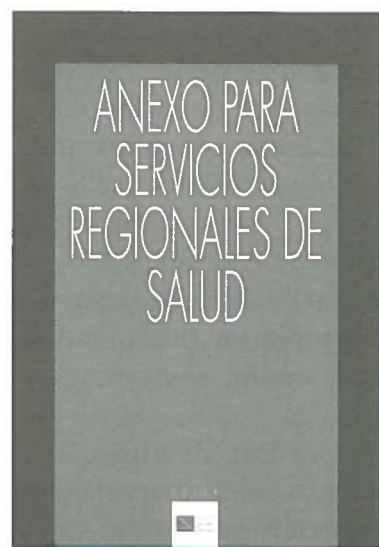
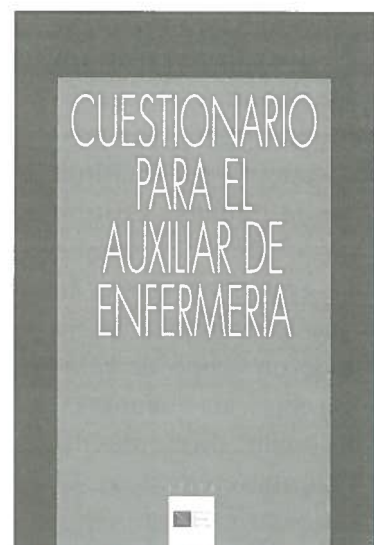
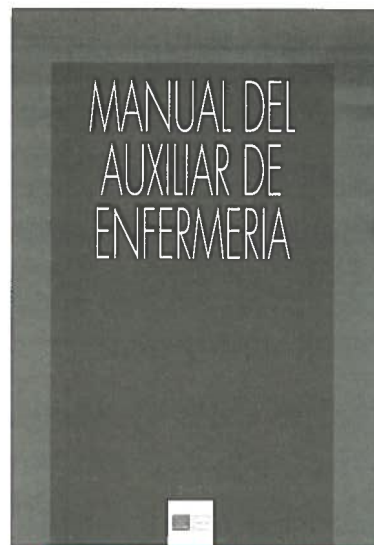
Afiliado a SAE Sí No Nº de afiliación

Dirección.....

Provincia.....

Población..... C. P.

Teléfono.....



* Todos los precios incluyen I.V.A.

La epilepsia forma parte del catálogo de enfermedades más antiguas dado que se conocen casos de insignes epilépticos que se remontan incluso a la época de los faraones. Según las distintas etapas de la historia, se ha dado de la epilepsia diferentes explicaciones, pero siempre ha habido una connotación extrafísica y sobrenatural o mental en las explicaciones que de las crisis epilépticas se ofrecían: la espectacularidad de algunas de éstas en las que el paciente cae al suelo, expulsa espuma por la boca o pierde el conocimiento ha colaborado enormemente a estigmatizar a la epilepsia como enfermedad maldita.

La epilepsia es un síntoma del cerebro que puede ser producido por multitud de causas. Lo que produce el ataque epiléptico, que es lo que define la epilepsia, es la descarga de un grupo de células del cerebro, las neuronas, y que provocan diferentes tipos de síntomas epilépticos. El más conocido es aquel que produce la pérdida de conocimiento, con convulsiones, mordeduras de lengua, emisión de espuma, orina.... pero sin embargo ésta no es la más frecuente de las epilepsias ni la más habitual. Existen múltiples causas de la epilepsia y una multitud de manifestaciones de ésta. Es decir, la epilepsia puede ser un fenómeno sensitivo, motor, sensorial o intelectual muy corto seguido o no de pérdida de conocimiento. "Lo que le da el tinte tan dramático que posee es cuando se sigue de pérdida de conocimiento o convulsiones", explica la doctora Carmen

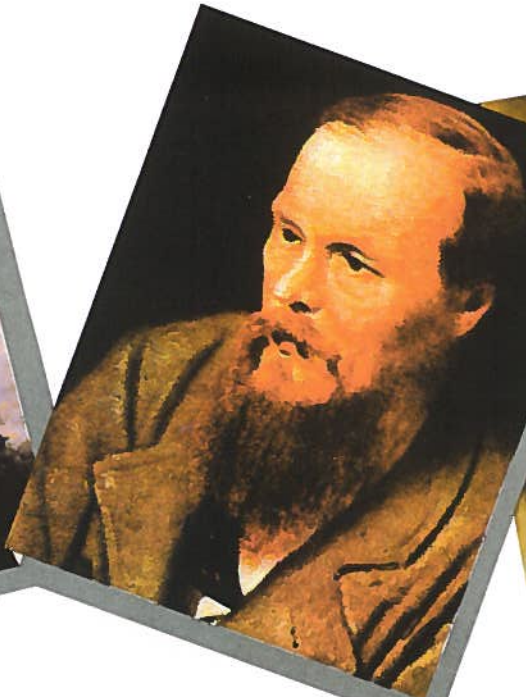
M. GARCIA

Ni ni brujos.

Díaz Obregón, epileptóloga y presidenta de la Asociación de Ayuda al Epiléptico.

"Hay otra forma de epilepsia, muy frecuente, menos llamativa pero muy importante por la repercusión que tiene y que, antes se llamaban *Pequeño mal* o *Ausencias*, que se dan preferentemente en los escolares. El niño pierde la conciencia durante un espacio tan corto de tiempo que simplemente

se queda como parado, esta *ausencia* se puede acompañar de parpadeo o incluso de algún movimiento en las manos o incluso caída al suelo durante un segundo. Es una interrupción de la conciencia tan breve que nadie considera que sea interrupción de la conciencia y el niño simplemente pasa por despistado. Si no se tratan estas ausencias casi siempre llegan a desembocar en una



Ilustres personajes históricos padecieron algún tipo de epilepsia

demonios EPILEPTICOS

epilepsia y perturbar mucho el aprendizaje del niño, no porque se disminuya su capacidad intelectual sino porque como su cerebro está descargando continuamente, él tiene lapsus de pérdida de atención muy frecuentes y entonces lo que disminuye es su capacidad de aprendizaje”, explica la epileptóloga Díaz Obregón. Aunque no existen estadísticas fiables se calcula que en-

tre el tres y cinco por mil de todos los nacidos pueden padecer a lo largo de su vida epilepsia. En España debe haber entre trescientos mil y medio millón de epilépticos y en el mundo alcanzan los 40.000.000 millones. En cuanto a los índices de curación de la epilepsia la doctora Díaz Obregón considera que “el número de epilepsias ha disminuído probablemente

por la disminución del número de nacimientos. La epilepsia no es una enfermedad que se pueda prevenir por lo que se considera que sólomente han disminuído aquellas epilepsias relacionadas con malos partos, lesiones cerebrales o enfermedades genéticas por lo que se procura disminuir las gestaciones en las que se prevee un nacimiento con estas tendencias”.

La medicación es la base del control

En principio la manera de controlar una epilepsia es a través de la medicación. Los tratamientos farmacológicos para controlar la epilepsia son variados, en función de la causa que los origina. Sin embargo, independientemente de las causas hay que corregir el ataque en sí, es decir, la irritación de las células cerebrales. Una vez que hay una causa que desencadena el fenómeno eléctrico cerebral aunque se quite la causa si no se trata el fenómeno eléctrico la epilepsia puede no desaparecer. En la actualidad existen en el mercado una docena de fármacos antiepilépticos cuyo mecanismo de acción no se conoce exactamente. Tampoco

se conoce demasiado bien cual es el mecanismo de acción por el que un cerebro descarga sin motivo. La tendencia de los medicamentos es a aumentar el umbral de excitabilidad de las células del cerebro para que tengan más difícil el descargar y sincronizarse entre sí y soltar una descarga eléctrica supernumeraria que es lo que ocurre con la crisis.

El 85% ó 90% de los epilépticos están sometidos a tratamiento médico. El 80% de los enfermos epilépticos correctamente diagnosticados y correctamente tratados en 5 años de medicación van a poder controlarse e in-

cluso prescindir en un alto porcentaje de casos de la medicación. Un porcentaje entre el 15 y el 20% de epilépticos, son denominados farmacoresistentes, dado que a pesar de utilizar racionalmente las me-

dicinas que hay en el mercado no acaban de controlarse.

Por otra parte, en los últimos cinco años han surgido seis o siete nuevos productos muy potentes que logran controlar un 5%

más de ese 20%. Asimismo, existen otros procedimientos más invasivos que logran controlar otro 5% como mínimo.

“Sin embargo, siempre existe un 5% que no se llega a controlar por completo pero siempre estamos luchando para reducir ese porcentaje. En este sentido, se está trabajando desde hace algún tiempo con otros procedimientos como son distintos tipos de cirugía y la neuroestimulación vagal. Este procedimiento consiste en introducir al enfermo un marcapasos y un neuroestimulador que se enrolla alrededor del nervio vago en el cuello que se distribuye por el cerebro. El mecanismo de acción es que llega a cortar por completo la memoria de la descarga eléctrica en el cerebro y parece que el cerebro con el tiempo llega a olvidar esa descarga”, manifiesta la epilépto-

La epilepsia no se puede controlar porque no es un ataque de nervios.

Lo dramático es que aunque se tengan tres crisis al año éstas llegan en cualquier momento, habitualmente el más inoportuno, y que es imposible que el paciente los pueda prever.

Un epiléptico tiene una calidad de vida perfecta y tratado correctamente y controlado no tiene ninguna limitación en su vida, excepto beber alcohol. Son absolutamente normales, ni son agresivos, ni conflictivos, ni tontos ni listísimos. Aunque es cierto que algunos pacientes pueden sufrir alguna alteración de la personalidad ésta no es debida a la epilepsia sino al entorno que les rodea, sobre todo a los niños, por el secretismo en cuanto al ocultamiento de su enfermedad, constantes controles...

loga Díaz Obregón. Estos procedimientos se utilizan únicamente en aquellos pacientes en los que no se es capaz de hacer desaparecer la crisis a través de la medicación y tanto el marcapasos como la cirugía hacen que una medicación que no les era útil sea efectiva.

En definitiva, los enfermos epilépticos tienen bien cubiertas sus necesidades estrictamente asistenciales dado que en todos los hospitales hay un servicio especializado.

El gran problema de los epilépticos es social, laboral y de falta de información por parte de la sociedad. Aunque desde el punto de vista constitucional los epilépticos no pueden ser discriminados laboralmente y legalmente no son despedidos con esa afirmación, lo cierto es que muchos epilépticos han sido despedidos tras conocer la empresa su enfermedad o sufrir una crisis durante el horario laboral. Por eso uno de los principales retos de la Asociación Española de Ayuda al Epiléptico es informar de la enfermedad y de la calidad de vida de los enfermos a empresas, sindicatos, jefes de personal... a aquellos que tienen en sus manos la contratación o la rescisión del contrato de un epiléptico sólo por el hecho de serlo.

En la Edad Media muchos epilépticos acabaron en la hoguera por brujos.

La A.E.A.E (Asociación Española de Ayuda al Epiléptico) fue creada en mayo de 1992 por un grupo de enfermos, familiares de los mismos, médicos, abogados, profesionales liberales, etc. unidos por la idea de dar a conocer los problemas sociales de las personas que padecen epilepsia e intentar solucionar los mismos.

Carmen Díaz Obregón, presidenta de la A.E.A.E, afirma que “el objetivo fundamental de la Asociación es la de informar acerca de la epilepsia no a los enfermos o a los médicos, que sí disponen de información al respecto, sino al resto de la sociedad.”

La A.E.A.E tiene muchos proyectos que no pueden ver la luz por dificultades económicas y de financiación dado que no reciben subvenciones para estos y las cuotas de financiación o aportaciones de los quinientos socios de la Asociación, entre los que se encuentran los neurólogos y epileptólogos europeos de mayor prestigio, no cubren todos los proyectos de información y ayuda que tiene A.E.A.E.

Entre los objetivos más inmediatos de la A.E.A.E se encuentra el de aumentar el número de socios con personas que quieran colaborar con sus proyectos. “Además, no pretendemos hacer una asociación

de enfermos sino de ayuda a los enfermos por lo que necesitamos mucha gente que pueda ayudar sin demandarla directamente.”, afirma la doctora Díaz Obregón.

La Asociación Española de Ayuda al Epiléptico es de ámbito nacional y están surgiendo grupos en todas las comunidades autónomas, de forma que dependiendo de la Asociación Nacional se genera una estrecha relación entre todos ellos.



FICHA TECNICA

Nombre: A.E.A.E.
Asociación Española de Ayuda al Epiléptico

Dirección sede:

C/ Berlín 5, 4º
28028 Madrid

Tlf: 91 / 356 10 07

Fax: 91 / 356 09 26

Nº socios: 538

Financiación:
a través de las cuotas de los socios.

Publicaciones:
boletín periódico de información.

BUENA buena sanidad

La comunicación y la información son protagonistas no sólo de nuestras relaciones personales sino de cuantas actividades nos rodean. Económicas, burocráticas, personales y también sanitarias, todas nuestras relaciones se han de basar en fomentar una buena comunicación con nuestro interlocutor. En nuestra relación de usuarios con el mundo de la sanidad el establecimiento de una adecuada comunicación con los profesionales ha pasado a ser considerada como un parámetro más para medir la calidad asistencial que recibimos.

La calidad de los servicios prestados, entendiendo como tal la satisfacción de las expectativas de los usuarios /clientes respecto a sus demandas, pasa por el establecimiento de una buena comunicación entre los usuarios de los servicios de salud y sus profesionales. Sin ella no se puede garantizar en ningún momento unos niveles de calidad adecuados. Así se expresa José Romero Organvidez, coautor del trabajo *La Información y la Comunicación*, galardonado en el XV certamen de investigación en enfermería "San Juan de Dios".

"Sin embargo, y pese a la manifiesta importancia que tiene la comunicación que se establece en los centros, ésta no alcanza los niveles de satisfacción que serían deseables, aunque no es responsabilidad exclusiva de los profesionales sanitarios. Existen múltiples factores que influyen de forma particularmente negati-

va en la comunicación que debe existir en el proceso interactivo que se establece entre los usuarios y los profesionales entre los que merecen especial mención: la masificación de los centros, el deficiente diseño de las unidades e incluso la mala utilización de los servicios de salud ya que el usuario continúa considerando a los centros de atención primaria en su aspecto burocrático y la especializada en el asistencial. En ocasiones, estas deficiencias se traducen incluso en desmotivación del personal o absentismo y convierten la necesidad de la buena comunicación en una meta utópica."

"Todos los implicados en las diferentes facetas de las relaciones que se establecen en un centro sanitario, para restablecer o mantener la salud, son responsables de que aquellas se desarrollen de manera adecuada. Esta responsabilidad implica tanto a los usuarios como a los profesionales sanitarios y no sa-

nitarios. No obstante, no hay que olvidar que es el equipo de enfermería el que mantiene un contacto más directo con el usuario por lo que se puede decir que de ambos colectivos -diplomados y Auxiliares de Enfermería- debe partir, la iniciativa de establecer buenas vías de comunicación, tanto en el nivel del usuario como en el equipo multidisciplinar" continúa José Romero.

La comunicación tiene un papel fundamental en la mayor parte de las facetas de la relación con la sanidad. Sin embargo, hay dos procesos fundamentales en los que la comunicación es básica: la educación sanitaria y la educación para la salud. El profesional debe tomar conciencia de que el futuro de la Atención Primaria de Salud se centra básicamente en proporcionar educación sanitaria y educación para la salud a la población que atiende cada centro. Estos procesos adolecerán de muchas



COMUNICACION

Isabel Santoya



deficiencias si previamente no se han realizado rigurosos estudios sobre diferentes aspectos de la comunidad que se atiende y se establecen buenas vías de comunicación que posibiliten al usuario el acceso a la información que deben proporcionarle los profesionales sanitarios.

En los últimos años se ha observado un interés progresivo por parte de los profesionales sanitarios de conseguir los conocimientos formativos necesarios a través de los cursos de formación de postgrado dirigidos especialmente a estos profesionales, quienes buscan que, pese a las deficiencias del sistema sanitario, la utopía se haga realidad. Para Romero Organvidez: "basándonos en que el futuro se centra en la educación para la salud, la adquisición de habilidades, conocimientos y técnicas de comunicación se configura como un elemento formativo fundamental dentro del currículum de la enfermería. Lamenta-



blemente, sólo en determinadas materias se dan leves pinceladas sobre el tema, sin que en ningún momento se llegue a profundizar ni a valorar la importancia que la comunicación reviste en la relación profesional-usuario".

La formación del personal no es sólo un deber del profesional, sino que dadas las circunstancias actuales, se convierte en una absoluta necesidad ya que el momento de unas buenas relacio-

nes interpersonales revierte a muy corto plazo en una mejora de la calidad y de la relación coste beneficio. Sin embargo, que el profesional asuma su parte de responsabilidad en el proceso no exime ni al usuario, que debe asumir el rol que le corresponde, ni a la Administración que debe tomar las medidas necesarias para paliar los factores que inciden negativamente en el ámbito de la comunicación.



La de

La enfermedad de Alzheimer es un proceso patológico degenerativo de las neuronas, tiene un carácter progresivo y el origen no está muy claro

en la actualidad, frente a esta enfermedad no se puede ofrecer ningún tratamiento capaz de frenar su progresión o prevenirla.

Si tenemos en cuenta que la pirámide de la población se va dividiendo y las personas mayores de sesenta años son cada vez más y la esperanza de vida, afortunadamente, va en aumento, nos encontramos con que esta enfermedad es la de mayor incidencia entre nuestros mayores.



Historia

Un conocido neurólogo alemán publicó en 1907 el caso de una mujer de cincuenta y un años, cuyas facultades habían desaparecido gradualmente en cuatro años. Al realizar la autopsia de su cerebro, descubrió dos tipos de anomalías.

A. Placas: especie de esferas extraneurales constituidas por un material anómalo que contenían terminaciones de neuronas degeneradas. Estas placas seniles se sitúan en

Informe

enfermedad ALZHEIMER

Angel del Oro

las regiones cerebrales relacionadas con la memoria y el pensamiento.

B. Ovillos neurofibrilares en el interior de las propias neuronas.

Teniendo en cuenta la edad de la paciente se le dió el nombre del neurólogo alemán que la describió por primera vez Alois Alzheimer, es decir, la demencia presenil, la que aparecía antes de los sesenta y cinco años se empezó a denominar Enfermedad de Alzheimer. Posteriormente se descubrió que personas mayores de sesenta y cinco años que padecían demencia senil tenían las mismas alteraciones descritas por Alzheimer. Hoy se acepta que se trata, en efecto, de la misma enfermedad. Lo que caracteriza a esta enfermedad es la muerte progresiva de las neuronas y la disminución de la capacidad de síntesis de mediadores químicos. Esta disfunción de las células cerebrales y de la capacidad de transmitir su información es tan insidiosa y lenta, que al principio puede pasar desapercibida. Cuantas más neuronas desaparecen más evoluciona la enfermedad

con sus consecuencias: desaparición progresiva de las funciones que asumía el cerebro. Se trata de una dificultad para aprender nuevos conceptos, situaciones y de un desaprendizaje progresivo.

¿Cómo comienza?

El comienzo de la enfermedad es lento y poco claro, el primer síntoma es la disminución de la memoria reciente o inmediata, es decir, la que corresponde a hechos que se han producido recientemente. A esta pérdida de memoria se añade una dificultad para orientarse en el tiempo y en el espacio y como consecuencia se pierden en lugares que con anterioridad conocían a la perfección.

Las personas que le rodean empiezan a ver cambios bruscos en el humor, el abandono progresivo de sus aficiones y apatía.

En estos comienzos la persona se da cuenta y es consciente de sus errores y de su pér-

Fases de la enfermedad

dida de memoria. El sospecha algo, siente que le pasa algo, que algo no funciona bien en él, pero la tendencia es a disimular y a minimizar los síntomas, los que retrasa de forma importante el diagnóstico de la enfermedad.

La evolución de la enfermedad es variable, no guarda unas reglas fijadas en el tiempo, los estudios más recientes nos demuestran que la evolución de la enfermedad puede ir desde los dos años a los diez años. Lo que sí conocemos son las fases por las que va a pasar el paciente con enfermedad de Alzheimer.



FASE 1

MEMORIA: El deterioro de la memoria es leve, olvida detalles más o menos importantes, confunde nombres de familiares o amigos. Comienza a tener problemas para seguir una conversación.

COMPORTAMIENTO: Los cambios de humor son frecuentes y bruscos, se enfada al darse cuenta de los errores que ha cometido, por lo que tiende a aislarse de su entorno familiar y de amigos.

LENGUAJE Y COMPRENSION: Empieza a tener problemas para encontrar la palabra precisa en su comunicación, las frases que utiliza son cortas y entremezcla ideas que no tienen relación entre sí.

COORDINACION MOTORA : en esta fase no existe alteración motora apreciable, los gestos son espontáneos y los movimientos corporales son activos.

ACTIVIDADES COTIDIANAS: las realizan sin mayores problemas y puede mantener una actividad casi normal.

FASE 2

MEMORIA: la memoria reciente se altera de forma importante haciendo que olvide los sucesos recientes, le resulta muy difícil asimilar o comprender los nuevos sucesos. La memoria remota, es decir, la de hechos producidos muchos años atrás, se vuelve más fresca y la evoca de forma frecuente, como si el recuerdo fuese ahora.

COMPORTAMIENTO: las reacciones son desmesuradas, violentas y desproporcionadas respecto al motivo que las desencadenó. Se muestran desconfiados con la gente de su alrededor. Cuanto más depende de otros más se irrita, se fatiga con mucha facilidad y la estimulación debe ser constante para que realice actividades cotidianas.

LENGUAJE Y COMPRENSION: el conjunto de la comunicación con los demás se enlentece, habla menos, su vocabulario es más pobre, repite frases de forma continua durante largo tiempo, las frases no las termina y la articulación del lenguaje es más lenta.

COORDINACION MOTORA: la dificultad va aumentando, los gestos son imprecisos, le cuesta trabajo comer, vestirse, desvestirse. Camina durante horas de un lado a otro sin rumbo con tendencia a perder el equilibrio pueden aparecer movimientos anormales como temblores, contracturas musculares o convulsiones.

ACTIVIDADES COTIDIANAS: el enfrentarse a la vida diaria le resulta cada vez más difícil por la gran confusión en la que vive, se despreocupa, por falta de interés, de la vestimenta que pueda utilizar, del aseo, de la alimentación. Pierde su autonomía lo que conlleva una vigilancia durante las veinticuatro horas del día.

FASE 3

MEMORIA: el paciente olvida los hechos recientes y pasados, no reconoce a sus familiares y amigos ni mantiene la memoria emocional.

COMPORTAMIENTO: el humor es imprevisible puede llorar, gritar, agitarse. No reacciona coherentemente ante una situación, ni comprende la explicación.

LENGUAJE Y COMPRENSION: el paciente repite palabras sin sentido y no comprende lo que se le dice.

COORDINACION MOTORA: no controla sus gestos. No sabe levantarse, sentarse o caminar, tiene dificultades con la deglución. El descontrol de esfínteres y la incontinencia es permanente.

ACTIVIDADES COTIDIANAS: no realiza ninguna actividad, la dependencia de otras personas es total en muchas ocasiones, pasan gran parte del día inmóviles, lo que contribuye al aumento de síntomas que hasta aquí hemos visto.



CONSULTENOS
PRESUPUESTO
SIN COMPROMISO

CIVA LES OFRECE
SUS SERVICIOS CON
LA GARANTIA DE
PROFESIONALES AL
SERVICIO DE SU
HOGAR

REFORMAS EN GENERAL

- ✓ ALBAÑILERIA
- ✓ PINTURA EN GENERAL
- ✓ CARPINTERIA
(MADERA Y ALUMINIO)
- ✓ FONTANERIA
- ✓ ELECTRICIDAD
- ✓ CALEFACCION
- ✓ PARQUET Y TARIMAS
FLOTANTES
- ✓ LIJADO Y BARNIZADO
- ✓ AZULEJOS Y PAVIMENTOS
- ✓ GRIFERIAS
- ✓ MAMPARAS DE BAÑO
- ✓ ACCESORIOS DE BAÑO
- ✓ MUEBLES DE COCINA;
LACADOS, MADERA Y
FORMICA
- ✓ TODA CLASE DE TRABAJO
EN MARMOL Y GRANITO:
SOLADOS, ALICATADOS
ESCALERAS, FACHADAS

INSTALACION Y VENTA DE TODOS NUESTROS PRODUCTOS

C/ Molins de Rey, 1
Fuencarral - 28034
Madrid
Tif . 734 98 28

C/ Real Vieja ,3
Alcobendas - 28100
Madrid
Tif. 663 82 99

SABIAS QUE...

- Un flash-back es el recurso cinematográfico por el que se interrumpe una narración en presente para mostrar un hecho pasado.
- La piel de un hombre adulto pesa aproximadamente tres kilos.
- El cuerpo pesa cuarenta veces más que el cerebro en un ser humano.
- La corona es la capa externa de la atmósfera del sol.
- Lo bueno, si breve, dos veces bueno es una frase de Baltasar Gracián.
- El diamante es la gema más simple en su composición química.
- En la cueva de Nerja se encuentra la estalactita más grande del mundo.
- El nombre árabe de Guadalajara es Río de Piedras.
- El cerebro animal que más pesa es el del cachalote.
- La falta de vitamina A provoca conjuntivitis.
- Buda es el hombre a quien más monumentos se ha levantado.

SOPA DE LETRAS B

LENGUAXSEDA LADG IMAAQ
 CDPQJUEASKUÑODCAÑANP
 FFÑIROROFARINGEKKNDA
 QHZUEERFHKPKAFDCAFHL
 HUAQRRP MRQUFDHMKMDVA
 IOLIOOAI IHOGLPALADAR
 PPFUSDDQGGPJFYKPIGYI
 OÑKFJJHPLLSBVYDOGYSN
 FNUNDFSTFDOIKCKFUTAG
 AVGALRAPKFDTXVVABIQE
 RAUNVEFMAALXISIRHULU
 IDTDNUIVDDVNHSQIAASA
 NGUCATDUKFDVCEDNKGN
 FHBVÑOFAASFVMTGTDTC
 ESOFAGOUSAHIKADEUMNU

Localiza las patologías más corrientes en los huesos y músculos.

SOPA DE LETRAS A

ADPQEQXSCARTILAGOSAS
 DFCIJUEASKUÑODCAÑANA
 CHOURHRFJDRDICMKNDR
 FUSMEERMHKPKAFDCAFHB
 HOTIORUBRQUFDHMKMDVE
 JPIUOPAMIHOGLJSVDHCT
 YÑLFSDLQDGPJFYKJIGYR
 NNLNJJHALNSBVYDAGYSE
 OVAADFSTTDAIKCKKUTAV
 NASNLRAPKODUXVVDBIQU
 RDTDVEFMAALXDSIKHULQ
 EGUCNUIVDDVNHAQVAASU
 THBVATDUKFDVCEDCNKGY
 SYUNÑOFAASFVMTZTDTE
 EECLAVICULAIAKADKUMNA

Localiza seis huesos del tronco

SOLUCIONES

ECLAVICULAIAKADKUMNA
 SYUNÑOFAASFVMTZTDTE
 THBVATDUKFDVCEDCNKGY
 EGUCNUIVDDVNHAQVAASU
 RDTDVEFMAALXDSIKHULQ
 NASNLRAPKODUXVVDBIQU
 OVAADFSTTDAIKCKKUTAV
 NNLNJJHALNSBVYDAGYSE
 YÑLFSDLQDGPJFYKJIGYR
 HOTIORUBRQUFDHMKMDVE
 JPIUOPAMIHOGLJSVDHCT
 FUSMEERMHKPKAFDCAFHB
 CHOURHRFJDRDICMKNDR
 DFCIJUEASKUÑODCAÑANA
 ADPQEQXSCARTILAGOSAS

Sopa de Letras A

Sopa de Letras B

LENGUAXSEDA LADG IMAAQ
 CDPQJUEASKUÑODCAÑANP
 FFÑIROROFARINGEKKNDA
 QHZUEERFHKPKAFDCAFHL
 HUAQRRP MRQUFDHMKMDVA
 IOLIOOAI IHOGLPALADAR
 PPFUSDDQGGPJFYKPIGYI
 OÑKFJJHPLLSBVYDOGYSN
 FNUNDFSTFDOIKCKFUTAG
 AVGALRAPKFDTXVVABIQE
 RAUNVEFMAALXISIRHULU
 IDTDNUIVDDVNHSQIAASA
 NGUCATDUKFDVCEDNKGN
 FHBVÑOFAASFVMTGTDTC
 ESOFAGOUSAHIKADEUMNU

Aumente su seguridad a
75.000.000 Ptas.

por sólo

125 Ptas/mes.

Es una exclusiva de S.A.E
para su tranquilidad profesional



S.A.E. piensa...

...para que todos los auxiliares de enfermería puedan beneficiarse de esta exclusiva, ya que la seguridad es lo más importante.

S.A.E. le propone...

...la posibilidad de que desarrolle su actividad profesional de enfermería con la mayor tranquilidad. Por ello ha suscrito una póliza de Responsabilidad Civil Profesional con la Compañía de Seguros. ZÜRICH INTERNATIONAL.

S.A.E. le valora...

...su seguridad hasta 75.000.000 de pesetas en caso de siniestro por la Responsabilidad Civil derivada de faltas, errores, omisiones y negligencias involuntarias en el desarrollo de la actividad profesional de enfermería. Quedan también incluidas las fianzas y defensa.

Sede Nacional de S.A.E. - Alcántara, 5 - 6º Iz. - Tels. 91/578 16 22/65/81/87 - Fax 91/578 16 05 - 28006 Madrid

Sede Provincial del Sindicato o Sección Sindical S.A.E. de su centro de trabajo.

SOLICITUD DE ADHESION

Sí, deseo adherirme al seguro de Responsabilidad Civil Profesional propuesto por el S.A.E, con una cobertura de pesetas 75 millones.

Coste anual seguro

- Afiliados
 No afiliados

Datos personales

Nº Afiliado: _____
N.I.F. [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
Apellidos _____
Nombre: _____
Calle/Pza./Avda. _____
Nº _____ Esc. _____ Piso _____ Puerta _____ Tel. _____
C. Postal _____ Población _____

Fecha y Firma

DATOS BANCARIOS (cumplimentar sólo los no afiliados)

Muy Sres. Míos:

Ruego se sirvan pagar con cargo a mi cuenta los recibos que le sean presentados por S.A.E

Banco o Caja _____

Cuenta cte./L. de ahorros nº [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] (Deben quedar cumplimentadas las diez casillas)

Titular de la cuenta _____

Titular del recibo _____

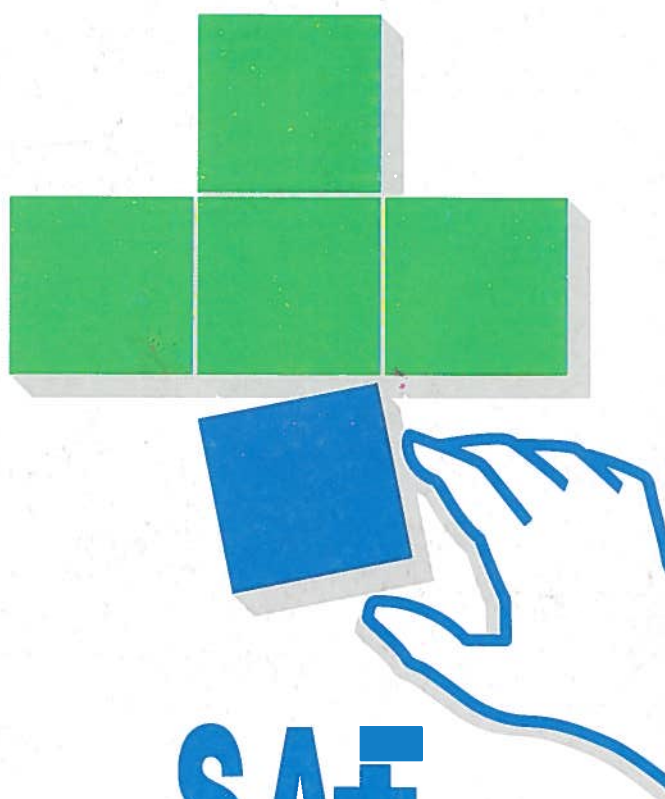
Nº oficina o agencia _____ Dirección _____

C. Postal _____ Población _____ Provincia _____

Atentamente

Fecha y Firma

**Con el SAE,
los Auxiliares de
Enfermería
también cuentan.**



S.A.E.

SINDICATO DE AUXILIARES DE ENFERMERIA

**Auxiliares:
La Base de la Sanidad**