



nº 14 • Revista de Auxiliares de Enfermería

El poder
de las
esencias

LA SALUD DE LA
mujer
EN CIFRAS

**SEPARATA: informes profesionales elaborados
por Auxiliares de Enfermería**

SEGURO DE AUTOMÓVILES

EXCLUSIVO
EXCLUSIVO
EXCLUSIVO



PARA
PARA
PARA

AUXILIARES DE ENFERMERÍA

S.A.E.

SINDICATO DE AUXILIARES DE ENFERMERIA

CAUDAL SEGUROS le ofrece un seguro de automóvil en condiciones especiales para todos afiliados al SINDICATO DE AUXILIARES DE ENFERMERÍA.

- ✓ Máximas garantías al mejor precio.
- ✓ Bonificaciones por buen conductor desde el primer año, hasta un 40%.
- ✓ Servicio grúa desde el Km.0 (su domicilio).
- ✓ Libre elección de talleres.
- ✓ Peritación inmediata y rapidez en el pago de las indemnizaciones.
- ✓ Amplia red de oficinas por todo el territorio nacional.

No espere a que venza su seguro actual, llame ahora al teléfono gratuito

900 - 13 14 15

dirígete a las oficinas de CAUDAL o al S.A.E. en tu provincia.



CAUDAL

SEGUROS

GRUPO ZURICH



**CONSEJO EDITORIAL
DE NOSOCOMIO**

Directora
Elvira Vázquez

Redactora Jefe
Montse García

Asesores Laborales
Juan José Pulido
Isabel Uribe

Colaboradores
Cecilia Dou Marcos
Carmen Cubero
Nieves Delgado
Soledad Belvis
Pilar Gutiérrez
Miguel Angel Aristu
Pilar Lozano
María José Ruiz
Carmen Padilla
Celia Mora

Comité Científico
Francisco García Buendía

Edita
FAE (Fundación para la
Formación y Avance de
la Enfermería)

**Administración,
redacción y
servicios comerciales**
Alcántara, 5, 6.º izqda.
28006 Madrid
Telfs. (91) 578 16 22/65/81/87
Fax 578 12 05

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

EN ESTE NÚMERO

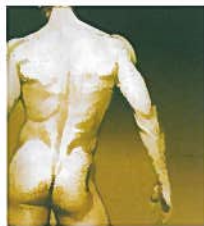
4

LOS ALBORES DE LA MEDICINA

LA LUCHA POR LA SUPERVIVENCIA SUPONE EL INICIO DE LA HISTORIA DE LA MEDICINA. LOS CONOCIMIENTOS HAN IDO AUMENTANDO MEDIANTE LA OBSERVACIÓN Y A TRAVÉS DE LA EXPERIMENTACIÓN.



11



ESTUDIO DE LA PREVALENCIA DE LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL EN ESPAÑA

UN PROBLEMA DE PERCEPCIÓN INDIVIDUAL Y DE PAREJA QUE SE SITÚA EN LA ESFERA ÍNTIMA DE LA PERSONA POR LO QUE REQUIERE UNA APROXIMACIÓN MUY CUIDADOSA.

NOTICIAS DEL MUNDO MÉDICO

EL TÉ VERDE PROTEGE FRENTE A CIERTOS TUMORES CANCEROSOS Y EL AJO REDUCE EL COLESTEROL, ES VASODILATADOR E INHIBIDOR DE LA AGRESIÓN PLAQUETARIA.

14



MIRADAS SIN IRIS

LA ANIRIDIA ES UNA ENFERMEDAD CARACTERIZADA POR LA FALTA DE IRIS EN LOS OJOS.

37

41

EL PODER DE LAS ESENCIAS

LA AROMATERAPIA OFRECE ANTIBIÓTICOS NATURALES PARA EL CUERPO Y LA MENTE.



LA SALUD DE LA MUJER EN CIFRAS

ESTUDIO DE LA DOCTORA PILAR REGATO SOBRE LOS ÍNDICES DE SALUD EN LA MUJER ESPAÑOLA.



46

L



A Unión Europea ha regulado, en los últimos años, la homologación de los estudios de diversas profesiones sanitarias, entre ellas las de médicos generales y enfermería, con el fin de que todos los profesionales afectados tengan una formación similar que les permita ejercer en cualquier país de la Unión Europea. La pregunta que queda en el aire es ¿para cuándo se regularán los estudios de Auxiliar de Enfermería? ya que para una profesión que cada vez más necesita una cualificación profesional importante se hace necesaria su regulación y homologación a nivel comunitario en aras a conseguir un desarrollo homogéneo en toda la Unión Europea.

La homologación de estudios traería para el profesional español numerosas ventajas, entre ellas, la de comparar nuestra formación con la que se está impartiendo en países con tradición sanitaria importante como Alemania o el Reino Unido, además de obligar a nuestros gobernantes a dar el impulso definitivo a una profesión que se ha caracterizado desde sus inicios por un abnegado esfuerzo formativo propio.

No hay que olvidar que la homologación de estudios se haría al alza, con lo que las autoridades educativas españolas se verían, por fin, obligadas a modificar los planes de estudio actuales y dotarles de un mayor contenido, acercando la realidad formativa a la que se vive en los centros asistenciales españoles: profesionales altamente autoformados gracias al esfuerzo personal y económico que muchos han realizado.

Esfuerzo con el que saldrían ganando no sólo los propios Auxiliares sino, sobre todo, los pacientes a los que éstos atienden ya que una mayor formación básica y postgrado llevaría aparejado un mayor conocimiento de técnicas y cuidados, tan necesarios en un sistema sanitario que progresivamente se va tecnificando y especializando.

Además, la homologación de estudios permitirá que profesionales españoles tuvieran la oportunidad de acceder al mercado europeo, necesitado de Auxiliares de Enfermería especializados sobre todo en asistencia domiciliaria y a la tercera edad, lo que serviría, de paso, para aligerar el alto nivel de paro y precariedad laboral existente en España.

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.*



PERIS SEGUROS
sociedad anónima

winterthur

LOS ALBORES DE LA MEDICINA HASTA LA EDAD MEDIA



Estela de diorita que contiene el código promulgado por el rey babilónico Hammurabi en torno a 1775 a.C. En este código hay varios artículos que reglamentan el ejercicio profesional de médicos y cirujanos. (Museo del Louvre, Paris).

La historia de la medicina se inicia con la lucha, tanto por la supervivencia, como por el intento de llegar a comprender un mundo que en apariencia está movido por fuerzas poderosas. Durante miles de años, la humanidad ha practicado una medicina preventiva que trataba de complacer a los dioses mediante ritos y sacrificios. Progresivamente, los conocimientos fueron aumentando mediante la observación y a través de la experimentación, de tal manera que se fueron acumulando con el paso de los milenios. En el antiguo Egipto se alternaban los hechizos mágicos con la psicoterapia, pero los intentos de convertir la medicina en una verdadera ciencia tuvieron lugar en Grecia, en la India y en China. Durante la Edad Media, cuando en Europa predominaban las creencias, en el mundo árabe del Oriente Medio se continuaron estudiando las ciencias médicas y gracias a la invasión árabe en España y a las cruzadas volvieron a entrar en Europa todos los conocimientos, incrementados y mejorados, que habían sido olvidados durante tantos años.

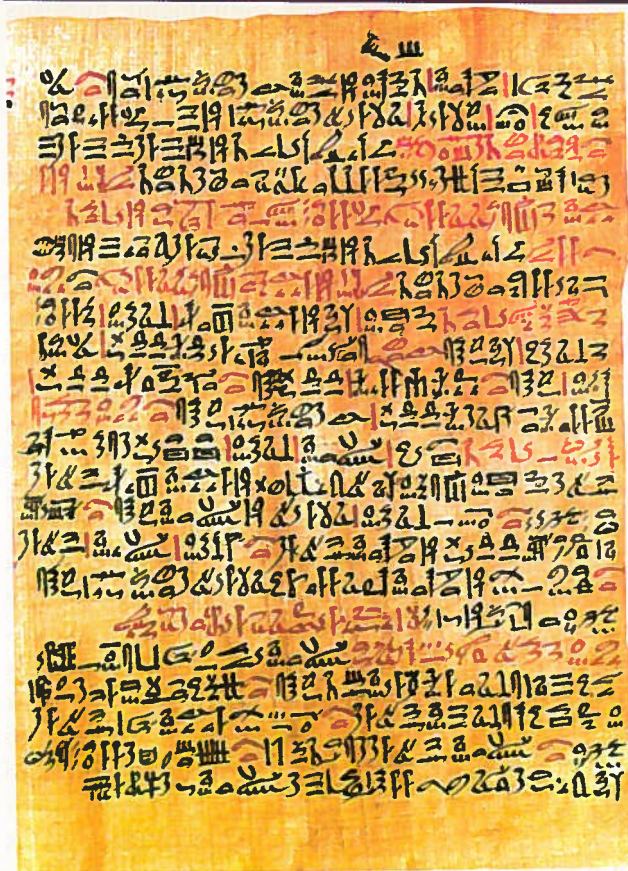


Seguramente nuestros antepasados primitivos sufrían menos enfermedades que nosotros que vivimos en esta sociedad industrializada, en la que podemos consultar nuestros problemas de salud incluso con técnicas tan avanzadas como los diagnósticos por Internet. Tenemos constancia de que los cazadores-recolectores primitivos eran propensos a sufrir ciertas enfermedades crónicas que afectaban a su tracto intestinal y eran provocadas por ciertas bacterias y virus capaces de sobrevivir dentro del mismo individuo y ser transmitidas a otros miembros del grupo. Al estar siempre presentes en el cuerpo humano, éste iba desarrollando gradualmente una cierta inmunidad ante ellas. Sin embargo, otras infecciones que ahora consideramos menores resultaban devastadoras en aquellos tiempos.

Se cree que las primeras tribus pudieron gozar, en general, de un buen estado de salud, a pesar de la vida de nómadas, el clima,



Figura que representa un chamán o sacerdote sanador, pintada y grabada a la vez. En el dibujo superior puede apreciarse con mayor claridad la figura. (Cueva Les Trois Frères, Francia).



Fragmentos de los papiros de Ebers y Edwin Smith, que contienen remedios mágicos y empíricos contra las enfermedades. Ambos fueron redactados en torno al 1500 a.C. (Universitätsbibliothek der Karl-Marx-Universität, Leipzig, y New York Historical Society, Nueva York).

los combates y luchas, etc. Los hombres eran robustos y corpulentos, con un promedio de vida de treinta y cinco años, mientras que las mujeres morían cinco años antes debido a problemas del embarazo, los partos, y sus responsabilidades a la hora de levantar los campamentos, cargar los bultos, recolectar los frutos, cocinar, etc.

Alrededor del 5000 a.C., muchas tribus nómadas se establecieron en comunidades, lo que resultó favorable para la salud y longevidad de las mujeres sobre todo, que dejaban de cargar con los bártulos de aquí para allá y se establecían en un lugar concreto y la población desarrollaba, en general, una mayor inmunidad frente a las infecciones

comunes. Sin embargo, estos asentamientos también implicaban algunas desventajas ya que con el comercio entre los diferentes poblados llegaban más enfermedades desconocidas, tanto las viviendas permanentes como la acumulación de los desechos humanos y la proximidad de los animales domésticos, favorecían su desarrollo en las tribus recién asentadas.

Con el paso del tiempo cada pueblo fue desarrollando sus propias teorías ante los males que les acechaban. Así pues, el pueblo que se estableció en el valle del Nilo creía que la enfermedad provenía de los malos espíritus que se introducían en el cuerpo a través de la boca, la nariz o las orejas, y que devo-

laban los órganos vitales de la víctima. Para combatir estos espíritus, el hechicero o mago pronunciaba ciertas frases a la persona afectada y aplicaba remedios rituales.

Cuando los magos se dieron cuenta de que existía una cierta conexión entre los diferentes tratamientos y el curso de varias enfermedades empezaron a recopilar sus observaciones sobre papiros. Estos documentos, que representan la primera clasificación sistemática de la medicina, proporcionan algunas recetas para el tratamiento de diferentes enfermedades y síntomas.

Tratamiento mágico del sarampión. Grabado de Yoshifugi. (Biomedical Library, U.C.L.A., Los Ángeles).

麻疹養生之傳

麻疹流行年表

慶安三庚寅年秋 四十年目
 元禄三庚午 四十年春
 享保十五庚戌年春 四十年目
 宝曆三癸亥年春 二十四年目
 安永五丙申年秋 二十八年目
 享和三癸亥年夏 二十二年目
 又政七甲申年春 十四年目
 天保八丁酉年秋 二十六年目
 又久二壬戌年夏

またト方い
 果向の... 各不あ... の... 監... を... け...
 ... 又... 極... の... 今... 別... 糸...
 ... 何... の... の... の...
 ... せ... の... の... せ...
 ... 時... の... せ...



飲

氷のむか

身れ養生せ

心も不風下

おろす

向の如飲之

五葉金万

一たらよりの葉茂圖の
 かくかきて門へつせを
 家内へをうへぬと云むも
 たららうと云くあきよ
 最良の紙おてえのうこち



書



Los cuatro humores de la medicina antigua representados por los temperamentos que originan. De izquierda a derecha y de arriba a abajo, sanguíneo, flemático, colérico y melancólico. (Ms. C. 54 Zentralbibliothek, Zurich).

Poco a poco, la profesión médica se fue dividiendo en tres ramas que guardaban relación entre sí. Los médicos egipcios intentaban curar con remedios internos y externos, empleando

numerosas sustancias supuestamente medicinales, desde lechugas y cebollas, hasta alumbre, grasa de hipopótamo y excrementos humanos. Los cirujanos formaban el segundo grupo,

aunque únicamente practicaban operaciones en la parte exterior del cuerpo. El tercero lo componían los exorcistas y hechiceros que luchaban contra el mal, mediante conjuros y amuletos.

Los egipcios también practicaban la técnica de la momificación de los muertos, que les proporcionaba menos conocimientos de anatomía de los que cabría suponer. Sin embargo, esta técnica tuvo un efecto sobre el crecimiento de la ciencia médica, aunque de modo indirecto, al favorecer la tendencia a la investigación.

Al igual que los papiros egipcios, las tabletas mesopotámicas hacían una relación de condiciones, remedios y pronósticos sobre las enfermedades más usuales de la época. Se mencionan algunas enfermedades genuinas, tal como la ictericia y, a veces, se establecía una relación entre la enfermedad y su transmisión. De igual forma, los antiguos mesopotámicos se aproximaban a la enfermedad con vistas a los dioses y fueron excelentes astrónomos, pues gran parte de su práctica médica y religiosa se basaba en la astrología y en la influencia celestial. La profesión médica estaba formada por exorcistas y médicos. Los primeros, empleando su habilidad y capacidad de

LOS CUATRO HUMORES

Los griegos creían en la existencia de cuatro fluidos, o humores, dentro del cuerpo humano, cuyo equilibrio era vital para conservar la salud. Los humores correspondían a los cuatro elementos y tenían las mismas cualidades o características. Asimismo, estaban en relación con determinadas partes del cuerpo:

HUMORES

Sangre
Flema
Bilis amarilla
Bilis negra

ELEMENTOS

Aire
Agua
Fuego
Tierra

CUALIDADES

Caliente y húmedo
Frío y húmedo
Caliente y seco
Frío y seco

ÓRGANOS

Corazón
Cerebro
Hígado
Bazo

encantamiento, solían colaborar estrechamente con los médicos, algo impensable en la época actual, en la que los remedios naturales están mal vistos por la mayoría de los facultativos. Los médicos en la antigüedad se dedicaban primordialmente a ejercer los primeros auxilios administrando drogas o realizando pequeñas intervenciones.

Los babilonios fueron probablemente los primeros en regularizar la medicina mediante una ley. El conocido Código de Hammurabi informa de diecisiete leyes sobre lo que debe cobrar un médico por un cierto tipo de trabajo y cuáles son sus responsabilidades, así como el castigo que el médico recibía si ejecutaba una operación mayor en un noble y le causaba la muerte.

El sistema médico desarrollado en la antigua China y la India ha sobrevivido de forma casi inalterada hasta la actualidad y difiere mucho de los de otras culturas. Esto es debido al aislacionismo de estas civilizaciones que consideraban a los pueblos extranjeros como bárbaros y procuraban autoabastecerse en todos los sentidos, incluso desde el punto de vista de la medicina. Los médicos chinos intentaban curar una enfermedad restaurando la armonía y el equilibrio interior entre los cuatro elementos básicos —tierra, fuego, madera y metal— de los que, según creían, se hallaba compuesto todo y también entre las dos fuerzas opuestas pero a su vez complementarias: el ying y el yang. (Ying significa el lado sombreado de la colina, y Yang es el lado soleado de la colina). Disponían asimismo de una extensa farmacia con unos dos mil ingredientes y dieciséis mil remedios, no todos a base de hierbas. Sin embargo, sabían muy

Juro por Apolo, el médico, y por Aesculapio, Higea y Panacea y demás dioses y diosas, y los invoco como testigos, que prescribiré tratamientos y curas con el mejor saber de mi ciencia y conciencia, para el bien del enfermo, y nunca para fines ilícitos o perjudiciales; jamás me dejaré inducir a administrar drogas venenosas ni haré sugerencias en este sentido; ni aplicaré pesarios a las mujeres, para causar abortos. Viviré y trabajaré con pureza y devoción. Me abstendré de toda clase de prejuicios deliberados, así como de cualquier tipo de corrupción, especialmente de relaciones sexuales con mujeres y hombres, libres o esclavos. En cualquier situación que me encuentre, en mi práctica médica o fuera de ella, todo lo que pueda escuchar sobre otros y no deba hacerse público, será para mí, un secreto inviolable.”

poco sobre anatomía, pues la disección del cuerpo humano estaba estrictamente prohibida en China.

Con el auge de la civilización griega, en el mundo occidental las enfermedades dejaron de atribuirse a los dioses o a posibles pecados cometidos, y se atribuyeron a desequilibrios en el organismo.

Los griegos basaron sus postulados médicos en la teoría de los “cuatro humores”: sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra. Según ellos, cuando se perdía el equilibrio entre éstos se producía la enfermedad. Los griegos

exageraban la limpieza y examinaban las heridas solamente con sondas. Así interrogaban a sus pacientes sobre sus síntomas e investigaban también sobre otros factores de su vida cotidiana, que pudiesen ejercer alguna influencia sobre su salud.

Tal vez, lo más importante era la creencia de los médicos griegos de que no actuaban como árbitros desinteresados entre los dioses, sino como sirvientes de los enfermos.

El médico más importante de la antigua Grecia fue Hipócrates (460-370 a.C.). Médico y cirujano que se convirtió en director de la escuela de medicina y del gremio de médicos de la isla egea de Kos. A él podemos atribuir el famoso Juramento de Hipócrates, que constituye una de las bases de la moderna ética de la medicina aunque es poco probable que fuese el mismo Hipócrates quien lo redactara y que era jurado por todos aquellos que entraban en la escuela y en el gremio de Kos.

Las obras de Hipócrates y las de sus seguidores se encuentran recopiladas en el Corpus Hipocraticum. La escuela de Kos se distinguía del resto de médicos porque mientras éstos decían síntomas y hacían diagnósticos, los médicos de Kos iban más allá y trataban de predecir el resultado que iban a obtener sus pacientes.

Cuando fallaban los tratamientos médicos, los pacientes podían ser atendidos en las asklepeia o templos dedicados al dios mayor de la medicina, Asclepio. Éste aparecía muchas veces acompañado por una serpiente y, desde entonces, la serpiente enrollada alrededor de un caduceo se convirtió en el símbolo de la medicina, y actualmente lo podemos encontrar como logotipo de las farmacias.



La medicina griega influyó mucho sobre la romana: con el tiempo, la práctica médica llegó a estar casi exclusivamente en manos griegas, permaneciendo así durante siglos, siempre bajo la influencia del Corpus Hipocraticum. Existían tres grandes grupos médicos: dogmáticos, que entendían la enfermedad comprobada por disección; empíricos, que confiaban en la experiencia y observación para descubrir el remedio efectivo; metodistas, que creían que los médicos sólo debían seguir unas reglas sencillas y rechazar las teorías complicadas. Se efectuaron sorprendentes progresos en cirugía y salud pública pero, lamentablemente, las técnicas quirúrgicas romanas se veían obstaculizadas por la falta de conocimientos sobre anatomía.

Dentro de la medicina romana destaca la figura de Galeno, médico que ejerció una gran influencia sobre la medicina durante casi quince siglos. Galeno realizó numerosos estudios sobre la anatomía humana y demostró las

Hasta el año 2000 a.C., cualquiera, hombre o mujer, podía declararse médico. La mayoría de los médicos no poseían nada, aunque los que estaban bien preparados alcanzaron un alto estatus en las cortes de los aristócratas. La profesión médica femenina (medicae) se iba concentrando en enfermedades de la mujer. Las comadronas representaban una gran ayuda antes, durante y después del parto. Muchas de ellas estudiaron tratados sobre ginecología y obstetricia llegando a convertirse en expertas parteras.

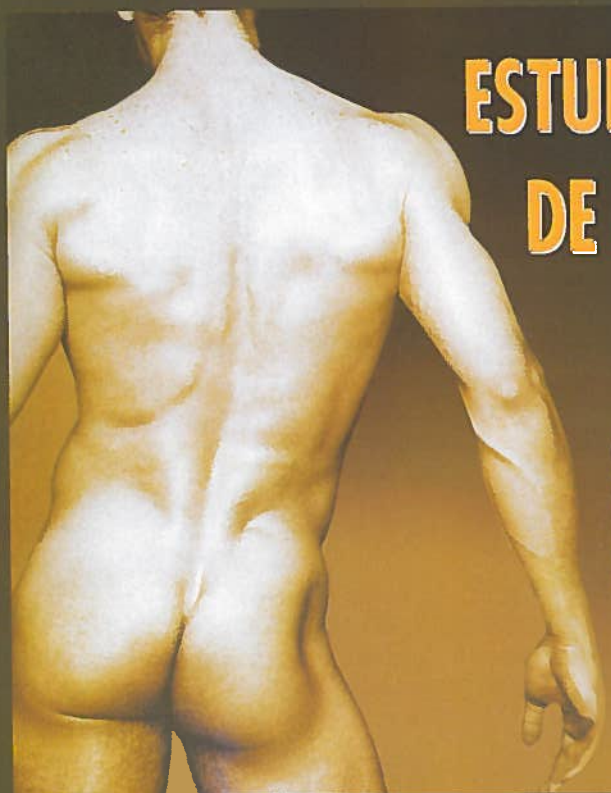
grandes habilidades que tenía como cirujano. Con sus estudios anatómicos, incrementó enormemente los conocimientos sobre la ciencia médica aunque, como estudiaba en animales, algunos detalles no eran del todo correctos cuando se aplicaban a los humanos. Elaboró un estudio sobre los nervios, descubrió la importancia de la sangre en la nutrición de los tejidos y escribió sobre los efectos de las lesiones en diferentes puntos de la medula espinal. Esta parte de los escritos de Galeno no llegó a difundirse hasta la Edad Media.

Galeno recalca la necesidad de la unidad de la medicina, del médico y del cirujano, de la lógica y de la experiencia.

Pero lo más destructivo de sus métodos fue la creencia de que todo formaba parte de un gran plan que tan solo él conocía, como gran autoridad en la materia. Durante los siglos posteriores cualquiera que se atreviese a criticar a Galeno y su teoría de los cuatro humores, se exponía a serias penas y castigos, lo que paralizó el progreso médico durante más de un milenio.



Galeno, Hipócrates y Avicena en un grabado de una edición de las obras de Galeno publicada en 1528. (National Library of Medicine, Bethesda, Washington).



ESTUDIO DE LA PREVALENCIA DE LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL EN ESPAÑA

Antonio Martín Morales

*Servicio de Urología
Complejo hospitalario
Carlos Haya
Málaga*

Luis Rodríguez Vela

*Servicio de Urología
Hospital Miguel Servet
Zaragoza
Coordinador Nacional Grupo
Uro-Andrológico
Asociación Española
de Urología*

Cuando en abril de 1996 en la Reunión Nacional del Grupo Uro-Andrológico de la Asociación Española de Urología tuvimos la necesidad de desarrollar la ponencia Epidemiología de la Disfunción Eréctil, pudimos comprobar la carencia de datos que al respecto teníamos.

Remontándonos en el tiempo, existe un primer estudio realizado por Kinsey en 1948 y desde esa fecha saltamos a 1989 en que en el área de Boston, del Estado de Massachusetts (USA) se inicia un estudio enfocado al estudio de hormonas y envejecimiento y del cual se extraen datos que informan de la prevalencia de la disfunción eréctil y de posibles factores asociados en una población concreta de USA.

Estos datos ven la luz en 1992 y constituyen lo que en el ambiente uro-andrológico conocemos como el MMAS (Massachusetts Male Aging Study) que en la actualidad es la referencia de

datos epidemiológicos cuando de Disfunción Eréctil se habla.

Esta carencia de datos nos animó a plantearnos como una necesidad el estudio de nuestra población y de ahí surge lo que en la actualidad se encuentra en marcha y que denominamos estudio de la Prevalencia de la Disfunción Eréctil en España, que se enmarca dentro de las actividades del Grupo Uro-Andrológico de la Asociación Española de Urología y cuenta con la herramienta indispensable que en este caos es la Escuela Andaluza de Salud Pública.

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO*

La disfunción eréctil se define como la incapacidad persistente para conseguir y mantener una erección suficiente para la realización satisfactoria del acto sexual.

- se trata de un trastorno benigno pero que

- afecta la calidad de vida del sujeto y cuya
- intensidad y frecuencia varían fundamentalmente con la edad

Datos recientes:

- Prevalencia subjetiva de disfunción eréctil completa se triplica del 5% al 15% entre los 40 y los 70 años de edad (MMAS)
- La intensidad moderada pasa del 10% a los 40 años al 50% a los 70 años (MMAS)
- En 1985 en USA la disfunción eréctil supuso
- 400.000 consultas
- 30.000 ingresos hospitalarios
- 146 millones de dólares de costes directos

SITUACIÓN EN ESPAÑA

Pormenorizando detalles sobre la situación previamente descrita, podemos decir que no solo a nivel de nuestro país, sino en los de nuestro entorno, en la actualidad no tenemos datos

ciertos de la Disfunción Eréctil sobre su:

- Prevalencia.
- Relevancia etiológica: orgánica versus psicógena.
- Prevalencia por grupos de edad.
- Grado de percepción del problema.
- Factores que motivan la búsqueda de ayuda una vez percibido el problema como tal, por el sujeto.

Por otro lado se trata de un creciente problema de salud por:

- Añosidad de la población (la tasa de crecimiento de los individuos mayores de 65 años es mucho mayor que la de individuos jóvenes).
- Absoluta y demostrada relación con la edad de la disfunción eréctil.
- Relación con ciertos factores de riesgo más prevalentes en individuos añosos, como los factores de riesgo cardiovascular.
- Necesidad de planificación de recursos tanto humanos como materiales dentro del dispositivo asistencial.

Todas estas razones son las que nos llevaron a plantearnos el estudio que presentamos y con los siguientes objetivos.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Evaluar la prevalencia de las diferentes intensidades de disfunción eréctil (mínima, moderada, severa y completa) en la población según grupos de edad y niveles de hábitat.

Determinar los factores personales, psicosociales, socioculturales, biológicos, medicamentosos e higiénicos o de hábitos de vida asociados a la disfunción eréctil.

En los casos de disfunción eréctil, determinar la frecuencia relativa

de las causas orgánicas y psicogénicas, para cada grupo de edad.

Identificar los factores que se asocian a la búsqueda o no de asistencia profesional por razón de disfunción eréctil.

Evaluar la concordancia entre función eréctil percibida y objetivada, lo que de alguna forma medirá la precisión de los instrumentos al uso: Rígisean y RID. Se trata de dos instrumentos utilizados en la evaluación clínica de los pacientes que consultan por disfunción eréctil y que vamos a utilizar en el estudio poblacional con el doble objetivo de calibrarlos en población sana y además medir la concordancia entre disfunción eréctil "percibida" y "padecida".

METODOLOGÍA

El estudio consta de dos fases:

1ª fase:

Encuesta a domicilio de la muestra que posteriormente se describe en la que se utiliza un cuestionario que recoge datos sociodemográficos, de salud, de hábitos de vida y una parte específica acerca de la función eréctil del sujeto.

2ª fase:

A una submuestra de la población encuestada y que acepta participar le realizamos una valoración clínica que incluye: reconocimiento físico, respuesta a determinados test psicológicos (cuestionarios de agresividad, depresión y dominancia) extracción de sangre para determinación de valores bioquímicos y hormonales y exploración de su función eréctil (registro de erección nocturna y rigidometría axial del pene) con los instrumentos antes aludidos.

POBLACIÓN Y MUESTRA

1ª fase

Muestra de conveniencia según diferentes escenarios (edad, nivel cultural, ambiente rural/urbano) seleccionada según técnica de rutas aleatorias modificada, en base a los datos de la ENS (Encuesta Nacional de Salud) constituida por 2.500 varones de 25 a 70 años residentes más de 6 meses al año en el territorio nacional.

2ª fase

Submuestra constituida por 400 sujetos que han respondido al cuestionario y que voluntariamente aceptan ser evaluados clínicamente. Los sujetos se distribuyen a partes iguales entre individuos con y sin problemas de erección.

Esta segunda fase conlleva la participación de centros sanitarios distribuidos por todo el territorio nacional para que el sujeto estudiado tenga la mayor proximidad posible al centro donde se le realizará la evaluación clínica lo que redundará en obtener una tasa de participación suficiente como para poder sacar conclusiones válidas del estudio realizado.

Esta segunda fase del estudio es la que lo hace más novedoso por cuanto es la primera vez que con base poblacional, se trata de establecer aproximación etiológica de la disfunción eréctil, diferenciando entre las dos grandes categorías: psicogénica y orgánica.

Es también esta fase la que añade dificultad a la investigación sobre disfunción eréctil presenta dificultades de diseño y ejecución que se derivan del propio tema a estudio.

Se trata de un problema de percepción individual (y de pareja) que se sitúa en la esfera íntima de la persona por lo que requiere una aproximación muy cuidadosa.



FUNDACION PARA LA FORMACION
Y AVANCE DE LA ENFERMERIA

II PREMIO FAE BASES DEL CONCURSO

- 1** EL PREMIO FAE dotado con 200.000 pesetas está dirigido a los profesionales de la enfermería, Auxiliares de Enfermería, tanto a los que desarrollan activamente su labor profesional en cualquier de los ámbitos de la sanidad, como a los que encontrándose en posesión de la titulación requerida para el ejercicio de dicha profesión no la ejercen en la actualidad.
- 2** Entrarán a concurso todos aquellos trabajos remitidos a la sede de FAE (C/ Alcántara, 5 6^º Izda. 28006 Madrid), requiriéndose que sean originales, novedosos, inéditos, relacionados con la temática propia de la sanidad o la salud.
- 3** Se valorarán los aspectos científicos y técnicos de los trabajos, así como su interés social y profesional y la labor investigadora desarrollada en el mismo.
- 4** Los trabajos deberán presentarse en DIN - A4 en una cara, mecanografiados a doble espacio, en castellano y con margen lateral, superior e inferior debiendo las páginas ir numeradas. Irán precedidas de un resumen de no más de quince líneas en el que se exponga el planteamiento general de trabajo. La bibliografía debe incluir invariablemente el nombre del libro, autor, editorial, fecha y lugar de publicación. Se podrán presentar los trabajos acompañados de soporte documental, fotografías, diapositivas, vídeos, que realcen la presentación.
- 5** El premio tendrá una periodicidad anual y ámbito nacional. La fecha límite de presentación de trabajos será el 15 de diciembre de 1997.
- 6** El tribunal estará compuesto por cinco miembros, dos destacados profesionales del mundo sanitario, dos miembros de FAE y un representante nombrado por el patrocinador.
- 7** El fallo del tribunal se hará público durante el mes de marzo de 1998 siendo inapelable su decisión y pudiendo ser declarado desierto el premio. La adjudicación del premio se comunicará directamente al interesado, haciéndose público a través de los medios de comunicación que F.A.E considere oportunos.
- 8** Los trabajos remitidos no serán devueltos y pasarán a ser propiedad de la FAE quien se reserva el derecho a su inserción en las publicaciones que estime convenientes, respetando la autoría de los mismos.
- 9** La participación en el premio supone la aceptación de las presentes bases.

EL TÉ VERDE PROTEGE FRENTE A CIERTOS TUMORES CANCEROSOS

Los científicos de la Universidad norteamericana de Ohio han descubierto que un ingrediente básico del té verde es capaz de inhibir el crecimiento descontrolado de los tumores cancerosos, según un estudio publicado recientemente por la revista *Nature*.

Algunos experimentos con ratones habían constatado que los tumores de mama y próstata se podían reducir con este tipo de té, ya que uno de sus ingredientes, la "epigallocatequina-3 gallate" o catequina EGCG, se acopla e inhibe la actividad de la uroquinasa, la enzima que aparece con los niveles más elevados en determinados carcinomas humanos. Según los investigadores, la citada molécula reduciría el tamaño de los tumores bloqueando la invasión de la uroquinasa en las células y deteniendo, de esta forma, la metástasis.

Hasta el momento, los científicos no habían podido utilizar compuestos inhibidores de esta enzima en terapias anticancerosas debido a su baja actividad o a su elevada toxicidad. La gran ventaja que presenta la catequina EGCG que contiene el té verde es que no provoca efectos tóxicos en el organismo humano. Estos efectos beneficiosos no han sido constatados en otras variedades de té, como el negro.

Los científicos aseguran que el inhibidor que contiene el té verde en cantidades altas podría reducir la incidencia del cáncer sin efectos secundarios.



Noticias del Mundo Médico

LAS BENEFICIOSAS PROPIEDADES DEL AJO

El interés médico por el ajo se ha centrado recientemente en la prevención y el tratamiento de la arterioesclerosis. Tras una serie de investigaciones se ha podido comprobar las diferentes propiedades beneficiosas del ajo, su acción reductora del colesterol, vasodilatadora, antihipertensiva e inhibidora de la agregación plaquetaria, cuyo efecto en conjunto evita la aparición de la arterioesclerosis o contribuye de manera efectiva a su tratamiento.

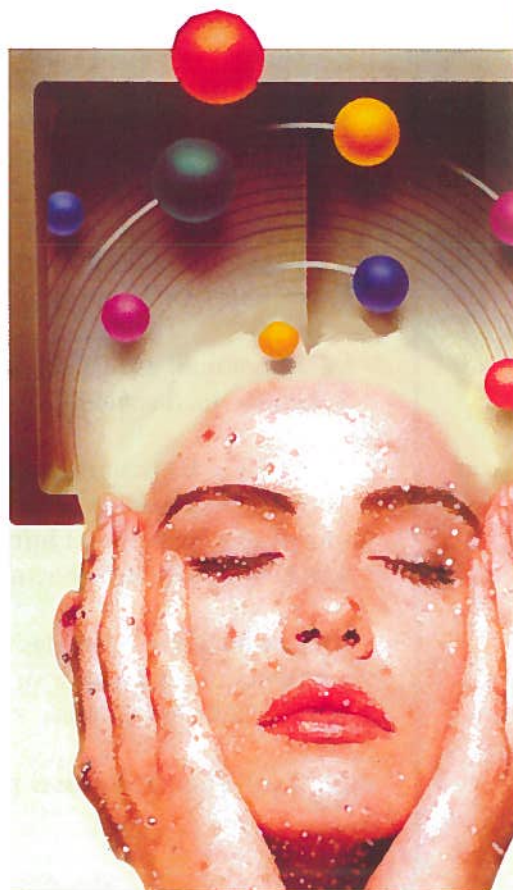
Las propiedades del ajo se centran en el bulbo del ajo fresco, que es la parte que se usa actualmente en la industria farmacéutica para su transformación. Su administración en forma de comprimidos de polvo seco ha sido mayoritariamente aceptada por los científicos y usada en los más recientes estudios sobre las propiedades de esta planta, ya que garantiza un contenido estable de sustancias activas.

Su componente básico es la aliína —un compuesto que contiene azufre y al que se le atribuyen propiedades beneficiosas sobre el sistema cardiovascular— que se produce por la acción de una enzima y se forma al cortar un diente de ajo o cuando el polvo de ajo se disuelve en el estómago.

Las grageas de polvo de ajo conservan todas las propiedades del bulbo, además de contener exactamente la misma dosis de sustancias activas que éste, cuyos niveles son controlados de forma

continua durante su fabricación, para comprobar así los efectos de dichas sustancias estadísticamente.

Para alcanzar la dosis recomendada y obtener un efecto beneficioso en nuestro organismo habría que tomar diariamente entre 3 y 5 dientes de ajo crudos, con las consiguientes molestias digestivas y halitosis, inconvenientes que no se producen con las grageas de polvo de ajo que, además, carecen de olor y sabor.



PRESENTACIÓN DEL TRATADO DE MEDICINA INTERNA DEL SIGLO XXI

La Real Academia Nacional de Medicina fue el escenario en el que se presentó recientemente el Tratado de Medicina Interna español. El tratado, que fue calificado por José María Álvarez de Lara como “la obra monumental de la medicina del siglo XXI” consta de dos tomos que incluyen 28 partes y abarca todos los aspectos médicos actuales y novedosos en cardiología, hepatología, neurología, etc y también los del próximo siglo, como biología molecular y genética, economía de la salud, etc. En la obra se incluye la versión en CD-ROM con más de 40.000 enlaces relacionados, con ilustraciones, esquemas y dibujos tratados a todo color.

Es la primera vez que un libro incluye a tantos profesionales e instituciones de prestigio: 543 autores de habla hispana procedentes de todas las comunidades españolas, Latinoamérica, Suiza, Estados Unidos, Gran Bretaña, etc., un centenar de hospitales y 40 universidades.

La elaboración de este tratado ha supuesto un gran reto para todos los participantes ya que hasta el último momento se han introducido las novedades y cambios que se han ido sucediendo en el mundo de la medicina desde que se empezó a elaborar el tratado, hace ahora más de tres años. Es, en definitiva, una obra ambiciosa que refleja la realidad científica española.

CÓMO CURAR EL ESTRÉS

En nuestra sociedad actual son cada vez más frecuentes síntomas como la irritabilidad, las tensiones, frustraciones, insatisfacciones y las malas relaciones laborales o familiares. La Organización Mundial de la Salud (O.M.S) y el Método Silva concluyen, mediante sus investigaciones, que ante estas agresiones el cuerpo humano crea una respuesta biológica que consiste en segregar diferentes hormonas —como adrenalina, cortisol, etc— y provocar reacciones bioquímicas como la tasa de azúcar y grasas en la sangre.

El estrés negativo viene desencadenado por dos tipos de factores: los grandes estresantes y los pequeños estresantes. Los primeros son factores como la muerte de un ser querido, fracasos personales, separaciones conyugales, largas enfermedades y despidos improcedentes. Los segundos, que aparentemente no son tan importantes, son los más peligrosos por su enorme frecuencia. Se trata de pequeñas humillaciones en casa o en el trabajo, contrariedades, dificultades financieras, sensación de ser dominado, aburrimiento, soledad, miedo, preocupaciones, envidia, etc.

Cuando el estrés negativo se instala en la persona, las consecuencias dependen de la forma de reaccionar del individuo. Si reaccionamos con cólera, segregaremos demasiada adrenalina, nociva para nuestras arterias y corazón. Seremos propensos a enfermedades coronarias, hipertensión, hemorragias digestivas, úlceras estomacales, trastornos de ansiedad y estados depresivos. Si reaccionamos controlando nuestras emociones, no manifestándolas, crearemos demasiado cortisol, disminuirémos nuestras defensas inmunitarias y nos veremos expuestos a infecciones microbianas, problemas respiratorios, trastornos psicósomáticos (cefaleas, insomnios, enfermedades dermatológicas, reuma, etc).

Desde 1944 hasta la actualidad se han desarrollado una serie de investigaciones científicas que constituyen el denominado Método Silva, utilizado para prevenir el estrés negativo. El citado Método, que es impartido en 102 países y está traducido a 29 idiomas, crea unas técnicas de organización personal e interna que hacen que las personas liberen sus tensiones y calmen los estados de agitación e inquietud para obtener mayor tranquilidad física y mental.

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.



BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN A *NOSOCOMIO*

DATOS PERSONALES

APELLIDOS Y NOMBRE

DIRECCIÓN POBLACIÓN

PROVINCIA C.P. TELÉFONO D.N.I.

DATOS BANCARIOS (*Cumplimentar sólo no afiliados*)

Muy Sres. míos:

Ruego a ustedes que en lo sucesivo y, hasta nueva orden, hagan efectivos los recibos que presente la Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería en concepto de suscripción a *NOSOCOMIO*.

APELLIDOS Y NOMBRE DEL SUSCRIPTOR

TITULAR DE LA CUENTA

BANCO CAJA DE AHORROS

CÓDIGO CUENTA CLIENTE (C.C.C.)			
ENTIDAD	Sucursal	D.C.	N.º CUENTA
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

DIRECCIÓN

POBLACIÓN 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

INGRESO DE LA PERSONA POLITRAUMATIZADA DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA

Bárbara Pilar García
Auxiliar de Enfermería de U.C.I.
Hospital de San Juan

El paciente politraumatizado generalmente es un individuo, (persona) previamente sano y en edad activa de la vida, que a raíz de un "suceso" brusco, sufre un traumatismo. Siendo éste capaz en ocasiones, no solo de alterar sus necesidades, sino que puede poner en peligro su vida. El tratamiento correcto de estos enfermos exige de una infraestructura en cuanto a recursos técnicos y humanos bien formados y adiestrados, ya que entre estos pacientes nos vamos a encontrar mujeres embarazadas y niños.

La persona politraumatizada precisa de la atención de un equipo de profesionales multidisciplinar que cada uno de

ellos ejecuten sus tareas específicas según su grado de formación y de responsabilidad, manteniendo en todo momento una interrelación continua. Las Auxiliares de Enfermería forman parte del equipo de profesionales encargados de dar la atención necesaria a estas personas.

El objetivo de esta comunicación coincide plenamente con el objetivo del congreso, y no es otro que el de enfatizar la labor de las Auxiliares de Enfermería dentro de los equipos multidisciplinarios.

Labor que tenemos que conseguir nosotras mismas, y una forma de conseguirlo es a través de la formación continuada.

Antes de continuar quiero resaltar que el paciente poli-

traumatizado es ante todo una persona, por tanto a lo largo de mi exposición me oirán repetir continuamente este término. Esta persona dependiendo del grado de traumatismo sufrido bien, sea total o parcial, va a ingresar en dos áreas muy diferentes del hospital:

- Unidades de Hospitalización
- Unidades de Cuidados Intensivos

Hablaremos en primer lugar del ingreso de una persona politraumatizada en una unidad de hospitalización. Comenzaba mi exposición diciendo que este tipo de enfermos requieren la presencia de un equipo bien

formado en estrecha comunicación e interrelación, las auxiliares de enfermería formamos parte de este equipo junto con la enfermera y el médico. Las labores que realizamos las Auxiliares de Enfermería desde mi experiencia es de forma tridimensional, por un lado debemos prestar atención a la persona politraumatizada, por otro, debemos atender al médico y a la enfermera. Dependiendo de la gravedad del paciente las Auxiliares priorizaremos el tiempo de dedicación a unos u otros y, por último, deberemos prestar atención a la familia del enfermo.

A continuación exponemos un caso práctico: nos encontramos en el Hospital en una unidad de hospitalización de traumatología. El servicio de admisión nos acaba de comunicar que tenemos un ingreso en la cama 2306 A. Es una mujer de 30 años diagnosticada de politrauma parcial, presentando luxación de hombro derecho y fractura de cúbito y radio izquierdo. En ese mismo momento comienza la labor del Auxiliar de Enfermería realizando las *tareas del antes*, se dirige a la habitación y comprueba si existe en ella todo lo necesario, como por ejemplo:

- Cama preparada.
- Aspirador y sondas.
- Toma de oxígeno y su vaso humidificador.
- Termómetro, cuña, palan-gana, gel y esponja.
- Manta, toalla y dos almohadas etc.

Es muy importante realizar las tareas del antes porque de esta manera aseguramos un ingreso rápido y nos evitamos paseos innecesarios.

Acaba de llegar cuando el enfermo a la unidad, lo acompañamos junto con el celador a la

habitación y al mismo tiempo le explicamos a la familia donde pueden esperar. A continuación voy a relacionar las *tareas del durante*: tras cerrar la puerta de la habitación para preservar la intimidad de la persona iniciamos la presentación: cómo nos llamamos, preguntando a la vez el nombre al enfermo para que de esta manera podamos llamarla así en adelante. También referimos en que consiste nuestro trabajo y le explicamos las normas de la unidad. Esta primera toma de contacto es muy importante, debemos de proporcionar tranquilidad y seguridad a la persona en el momento del ingreso. De todos es conocido que cuando una persona ingresa en una unidad de hospitalización sufre una pérdida de:

1.— *Identidad*: deja de ser persona para convertirse en un número.

2.— *Intimidad*: exposición continua de su cuerpo.

3.— *Personalización*: debe adaptarse a un nuevo horario de comidas, visitas y de sueño.

4.— *Autosuficiencia*: debe acostumbrarse a depender de los demás para cubrir sus necesidades más elementales.

5.— *Trabajo*: de forma temporal mientras que dure su recuperación.

6.— *Entorno familiar*: se ve alejada de su casa, sus comodidades y tiene que aprender a compartir la habitación con otra persona que no conoce de nada, y debe someterse a las normas de la unidad.

Nuestra labor en esta fase es fundamental. El objetivo que

debemos conseguir es una rápida adaptación al nuevo medio en el que se encuentra la persona. Debemos estar siempre atentas y observar el color de la piel, la inflamación, si el miembro viene con férula o escayolado y ante todo colocaremos el brazo sobre las almohadas.

Ahora vamos a ver las *tareas del después*. Una vez que la persona está acomodada en la habitación vamos en busca de los familiares y les explicamos también a ellos las normas de la unidad, el número de acompañantes y el horario de visitas. Además, les explicamos que su familiar va a necesitar ayuda para cubrir sus necesidades básicas y como se pueden implicar en ayudarlo. Es conveniente enseñar a los familiares como pueden ayudar para evitar errores y ansiedad por parte de éstos.

Una vez que hemos dejado a los familiares en la habitación procedemos a registrar todo lo observado y comunicar al resto del equipo algún dato de interés. Como habéis visto la labor del Auxiliar de Enfermería en este caso va dirigida fundamentalmente hacia la persona politraumatizada y su familia, a continuación vamos a ver como cambia la actividad a medida que se agrava la vida de la persona.

INGRESO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Exponíamos al principio que generalmente la persona, o "individuo" politraumatizado previamente es sano y en edad activa y que a causa de un accidente ve comprometida su vida de forma grave, de tal manera

que necesita ser ingresado en la U.C.I. En estas condiciones, esta persona necesita de un equipo cualificado y de una tecnología sofisticada.

A continuación vemos otro caso práctico: transcurre el turno de la mañana; son las doce del medio día, ya hemos cubierto las necesidades de higiene a los pacientes ingresados. Suena la alarma y tenemos un ingreso de una persona con traumatismo total. El Auxiliar de Enfermería se dirige inmediatamente al box número seis y comprueba si está todo lo necesario como:

1.— *Monitor conectado con electrodos y módulos de:*

- Presión arterial.
- Electrocardiograma y electrodos.
- Gasto cardíaco, catéter de SWAN GANZ.
- Presión venosa central.
- Saturación de Oxígeno.

2.— *Respirador y sistema de aspiración correspondiente.*

3.— *Taburete de parada cardiaca.*

4.— *Desfibrilador.*

5.— *Carro de intubación.*

6.— *Pie de gotero y dos bombas de perfusión.*

7.— *Carro de vías con catéteres centrales de varios números.*

Acaba de llegar el enfermo a la U.C.I., es un varón de 27 años. A la orden de una voz se

produce el traslado a la cama y comienzan las actividades del médico y de la enfermera. El Auxiliar de Enfermería permanece alerta las ordenes y a su vez observa a la persona. Ésta lleva sonda vesical, nasogástrica, hay heridas visibles, férulas, y tracciones. El coordinador ordena intubación e implantación de un catéter central para obtener datos de las presiones pulmonares y gasto cardiaco. Rápidamente el Auxiliar de Enfermería acerca el carro de intubación y ayuda a la enfermera a preparar todo lo necesario para conseguir estabilizar al enfermo lo más rápido posible. Es muy importante que cada miembro del equipo tenga asignadas las tareas a realizar, son momentos en los que no se puede improvisar y el tiempo es fundamental para la vida de estas personas. Según los anglosajones, los siguientes 60 minutos después del trauma se denominan la "hora de oro".

Una vez concluidas las primeras actuaciones técnicas por parte del médico y de la enfermera procedemos a retirar los restos de ropa y a dejar al enfermo en las mejores condiciones de higiene y protección ante posibles agitaciones producidas por la desorientación del shock. Si el paciente no presenta lesiones en los miembros superiores, siempre bajo criterio médico, procederemos a realizar las fijaciones necesarias.

En esta etapa es importante que permanezcamos alertas a las ordenes del médico y de la enfermera, ya que somos el único medio de transporte que tienen para que el material que necesitan esté a su alcance y en perfecto estado. Hemos visto hasta ahora que nuestra labor se

centra fundamentalmente en prestar atención al médico y a la enfermera debido a la gravedad del enfermo, a la variedad de técnicas empleadas, a los múltiples materiales que se necesitan y a la rapidez con que se tiene que actuar. Pero no solamente se queda aquí nuestra actuación, también tenemos que prestar atención a la familia.

En la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario de San Juan, la familia tiene acceso directo a la habitación del enfermo pudiendo permanecer allí el tiempo establecido. Corresponde al Auxiliar de Enfermería ayudar al paciente a vestirse y acompañar a la familia a la habitación. El dolor, la angustia y la preocupación por lo que le ha ocurrido a su familiar lleva a veces a la familia a comportamientos extremos. Ante estas situaciones el Auxiliares de Enfermería debe mostrarse respetuoso, empático, profesional y sobre todo muy cauto en nuestros comentarios, ya que por la ansiedad del momento que viven, tienden a confundir todo lo explicado. Es necesario ponerles en aviso de como se van a encontrar a su familiar.

Hasta aquí hemos visto como la atención que proporciona el Auxiliar de Enfermería es más directa al equipo y a la familia del paciente, debido a la gravedad que sufre la persona y el grado de su politraumatismo.

Nos tenemos que creer lo importante que es nuestro trabajo, pero tenemos que empezar por nosotras mismas, nadie va a venir a solucionarnos nuestros problemas. Tenemos un camino importante que recorrer y tenemos muchas oportunidades a nuestro alcance. Sepamos aprovecharlas entre todas.

EL COLESTEROL Y LOS PROBLEMAS CARDIOVASCULARES

Javier Benavent Sánchez

Auxiliar de Enfermería

1. ¿QUÉ ES EL COLESTEROL?

El colesterol es una sustancia grasa presente en todas las células del organismo y necesaria para la propia vida. En el cuerpo realiza importantes funciones:

— Forma parte de la membrana celular, sin él no tendríamos estructuras celulares.

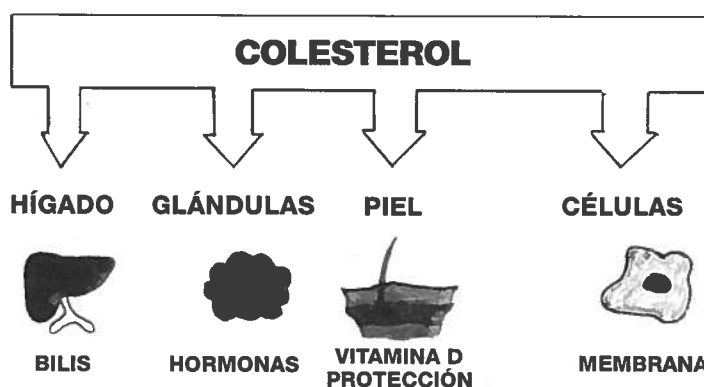
— Interviene en la formación de los ácidos biliares, necesarios para la digestión de las grasas.

— A partir del colesterol se forman ciertas hormonas, como las sexuales y las esteroideas.

— En la piel, el colesterol se transforma en vitamina D por acción de los rayos solares. Además, protege a la piel de la acción de muchos agentes químicos y evita la deshidratación por evaporación.

Es, por tanto, una sustancia importante y natural que sólo resulta peligrosa para la salud cuando se encuentra en cantidades excesivas en la sangre.

El colesterol no se puede ver, ni oír, ni sentir, pero cuando está aumentado la persona tiene más riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares: infarto, trombosis, embolias, etc.



2. ¿DE DÓNDE VIENE Y A DÓNDE VA?

Una parte del colesterol que circula por la sangre proviene de la alimentación y otra parte es sintetizada por el hígado.

Todo el colesterol pasa por la sangre, desde donde se reparte a todo el organismo.

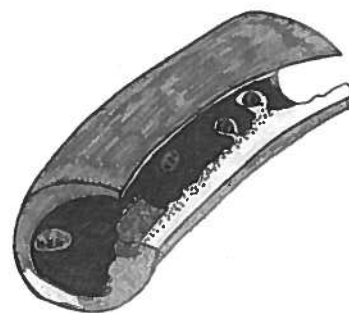
Debido a que el colesterol no se disuelve en la sangre, debe ser transportado por unas partículas especiales llamadas lipoproteínas.

Existen varios tipos de transportadores, de los cuales los más importantes son:

— Lipoproteínas (LDL) que se encargan de transportar el colesterol dejando que se deposite en las paredes de los vasos sanguíneos. Es el "colesterol malo".

— Lipoproteínas (HDL) que recogen los excesos de colesterol

de las arterias facilitando su eliminación. Es el "colesterol bueno".



Cuando se come mucha grasa saturada (embutidos, tocino, queso graso...), el hígado fabrica muchas lipoproteínas (LDL); si no hay suficientes (HDL), el colesterol quedará pegado a las arterias apareciendo la temida arteriosclerosis y todas sus graves consecuencias.

El alto nivel de LDL causa enfermedades cardiovasculares



El alto nivel de HDL previene las enfermedades cardiovasculares



Así pues, para evitar estas complicaciones debemos aumentar las (HDL) "colesterol bueno" y disminuir las (LDL) "colesterol malo". Esto se logra realizando ejercicio físico, llevando una vida sana y siguiendo una dieta saludable, baja en grasas y colesterol y rica en fibra.

Por el contrario, el tabaco, la vida sedentaria, el alcohol, las grasas saturadas y la obesidad disminuyen las (HDL) y, por tanto, favorecen el daño de los vasos sanguíneos.

Además, las mujeres tienen mayor cantidad de (HDL) que los hombres, de ahí que las mujeres padezcan menos infartos.

3. ¿QUÉ CONSECUENCIAS TIENE EL COLESTEROL?

Se sabe que existe una relación directa entre el exceso de colesterol en sangre (hipercolesterolemia) y la aparición de enfermedades cardiovasculares.

Cuando hablamos de enfermedades cardiovasculares nos

estamos refiriendo fundamentalmente a:

- Infarto de miocardio y anginas de pecho.
- Trombosis y embolias cerebrales.
- Gangrenas de las piernas.

Todas estas enfermedades se deben a la aparición o presencia de **ARTERIOSCLEROSIS**.

Arteriosclerosis significa endurecimiento de las arterias y se produce porque en el interior de los vasos sanguíneos se desarrollan unas lesiones llamadas placas de ateroma.

Las placas de ateroma están formadas por depósitos de colesterol, que se inician ya en la infancia y que cada vez se van haciendo más grandes, pudiendo llegar a obstruir la luz del vaso y entorpecer la circulación sanguínea.

Los tres factores fundamentales implicados en las enfermedades cardiovasculares son:

- Colesterol aumentado.
- Tensión arterial aumentada.
- Tabaquismo.

Otros factores implicados son:

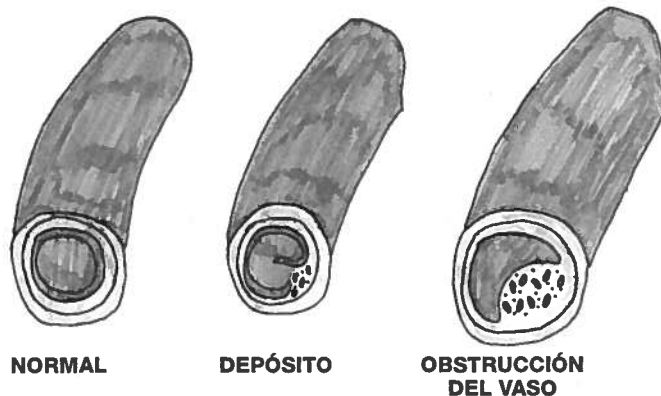
- Diabetes.
- Obesidad.
- Sedentarismo.
- Estrés.

El colesterol elevado constituye el factor más fuertemente relacionado con la arteriosclerosis, de modo que puede decirse que la incidencia de infartos de miocardio está relacionada de manera directa con los niveles de colesterol en sangre.

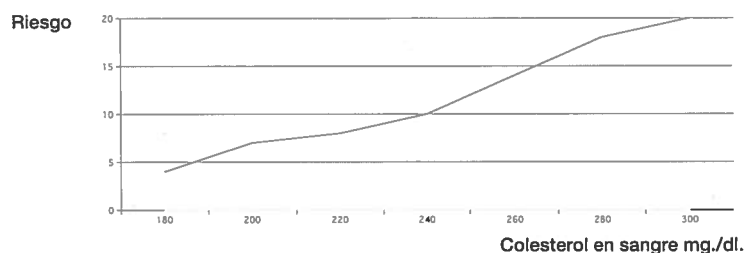
El riesgo aumenta gradualmente a partir de cifras de colesterol total superiores a 180 mg/dl.

Así pues, aunque pueden existir otros factores, el mayor riesgo radica en la presencia de colesterol elevado.

Por ello, el principal esfuerzo debe ir encaminado a prevenir y tratar la causa fundamental de arteriosclerosis: **LA HIPERCOLESTEROLEMIA**.



RIESGO DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES SEGÚN NIVEL DE COLESTEROL



4. LA MAGNITUD DEL PROBLEMA

Los datos son aterradores: casi la mitad de los fallecimientos ocurridos en España (41,3%) se deben a enfermedades cardiovasculares, lo que representa la primera causa de muerte seguida de las producidas por cáncer (13%) y por accidentes de tráfico (7%).

Uno de cada tres españoles sufre un infarto o una angina de pecho.

A este dato hay que añadir algo importantísimo. Un gran número de causas de enfermedades cardíacas son previsibles aunque desafortunadamente los consejos para conseguirlo no suelen ser escuchados por la mayoría.

5. ¿QUÉ PODEMOS HACER?

— Identificación del problema, mediante examen del nivel de colesterol.

— Control de la dieta.

— Modificación del estilo de vida.

— Exámen de niveles de colesterol.

Los niveles plasmáticos de colesterol se consideran como una buena prueba diagnóstico para diferenciar las personas de riesgo o no.

El análisis se realiza tomando una pequeña muestra de sangre. Muchas farmacias disponen de aparatos que dan el resultado en pocos minutos. Si la muestra se envía a un laboratorio, los resultados tardarán unos días.

Los niveles de colesterol pueden sufrir fluctuaciones fisiológicas relacionadas con el clima, estrés, etc. Por ello se recomienda hacer como mínimo dos determinaciones de colesterol para confirmar el diagnóstico.

Así cuando se realice un análisis de sangre encontrará una serie de cifras relacionadas con el colesterol. Algunos laboratorios indican los valores considerados normales, pero otros no lo hacen. El siguiente cuadro indica los valores deseables para los diferentes tipos de colesterol.

TIPO COLESTEROL	VALORES DESEABLES (adultos)
Colesterol total	140-240 mg/dl.
Colesterol (LDL)	menor de 150 mg/dl.
Colesterol (HDL)	mayor de 40 mg/dl.

¿Cuándo debemos preocuparnos?

El riesgo asociado a los niveles de colesterol es gradual y continuo a partir de 180mg/dl. Sin embargo, en la práctica se considera deseable mantenerlo al menos por debajo de 240 mg/dl.

CUIDADO		
Niños	Adolescentes	Adultos
185mg/dl	200mg/dl	240mg/dl

Recuerde que además es deseable que el colesterol (HDL) sea superior a 40-50 mg/dl y que el cociente colesterol total/ (HDL) sea inferior a 5.

Control de la dieta

La insaturación de una dieta adecuada es el primer paso para rebajar el colesterol elevado o para mantenerlo en el nivel adecuado.

Aunque los resultados no son inmediatos, el consejo dietético es la mejor y más saludable herramienta para controlar el colesterol.

Toda dieta para controlar el colesterol debe ser:

— *Pobre en grasas*, especialmente saturadas. Las grasas totales deben representar menos del 30% del valor calórico total de la dieta, y de ésta menos del 10% deben ser saturadas.

Las grasas saturadas favorecen el depósito del colesterol (LDL) en las arterias y son las que se encuentran en las carnes grasas, leche, queso, coco, etc.

Las grasas insaturadas, por el contrario, son típicas de los aceites vegetales y los pescados azules y protegen de la arteriosclerosis, pues elevan el colesterol (HDL).

— *Pobre en colesterol*: debe contener menos de 300 mg de colesterol al día,

— *Rica en fibra*: las recomendaciones diarias de fibra se sitúan en torno a los 30-50g, cifra a la que es difícil llegar sin suplemento.

— *Rica en proteínas de origen vegetal*, son mejores que las animales que van acompañadas de grasas.

Otras medidas

— *Evitar el sobrepeso*. Si es necesario se instaurará una dieta hipercalórica.

En cualquier caso el peso deberá mantenerse dentro de los límites de la normalidad.

— *Realizar ejercicio físico moderado* pero de forma regular, unos 30 minutos al menos cuatro veces por semana, caminar, correr, nadar.

Antes de iniciar un ejercicio si hace tiempo que no lo practica, recuerde consultar con el médico especialmente si existen problemas cardíacos o articulares.

— *Dejar de fumar*. Esta medida es útil no sólo para prevenir

ALIMENTOS PERMITIDOS	ALIMENTOS LIMITADOS	ALIMENTOS PROHIBIDOS
<p>Pan integral Pasta integral Cereales integrales Salvado Legumbres Frutas Verduras Ensaladas</p> <p>FIBRAS</p>	<p>Carnes rojas: ternera buey cordero</p> <p>Aves y caza: pollo pavo conejo</p> <p>GRASAS ANIMALES</p>	<p>Embutidos Frankfurts Carnes grasas: cerdo pato</p> <p>Pastelería Industrial Leche entera y derivados Quesos curados Nata Chocolate Coco Mantequilla</p> <p>GRASAS SATURADAS</p>
<p>Aceite de oliva Aceite de semillas (girasol, soja, pepita de uva, maíz) Pescados azules</p> <p>GRASAS MONO Y POLI SATURADAS</p>	<p>Huevos (yema) Mariscos</p> <p>COLESTEROL</p>	<p>Sesos Visceras Paté Mayonesa Caviar y huevos de pescado</p> <p>COLESTEROL</p>
<p>Soja Legumbres Frutos secos (especialmente nueces, dátiles, pasas, ciruelas, albaricoques)</p> <p>PROTEINAS VEGETALES</p>	<p>Aceitunas Aguacates Sardinias enlatadas Margarinas vegetales</p> <p>OTROS</p>	<p>Exceso de sal: Alimentos salados Alimentos fritos Patatas chips Precocinados</p> <p>OTROS</p>

↑ AUMENTAR

↑ AUMENTAR

↓ DESACONSEJAR

↓ DESACONSEJAR

↓ DISMINUIR

↓ DISMINUIR

el exceso de colesterol, sino también para otras enfermedades como osteoporosis, cáncer, cirrosis hepática, etc.

— *Controlar la tensión arterial. Hipertensión:* la hipertensión arterial es un grave problema de salud en la sociedad actual desarrollada.

La tensión arterial puede ser definida como la presión que ejerce la sangre en las arterias.

Cuando el corazón se contrae en sístole impulsa la sangre al circuito sanguíneo y la tensión aumenta en las arterias o presión sistólica o máxima; cuando el corazón se detiene en diástole, la tensión en las arterias disminuye y el valor reflejado es el de mínima tensión o tensión diastólica. Para una persona normal los valores de la presión sanguínea son de 140 mm/hg 90mm/hg, o lo que vulgarmente se conoce como una máxima de 14 y una mínima de 9. Estos valores tienden a aumentar con la edad del individuo, y se pueden ver alterados, en especial al alza, por diferentes razones.

Los valores elevados de la presión sanguínea se relacionan con el riesgo de padecer graves alteraciones en el sistema cardiovascular y cerebral, tales como hipertensión y angina de pecho e infarto, hemiplejias y parálisis, arteriosclerosis y afecciones renales.

Las posibles causas de hipertensión tienen relación con el modo de vida y con la dieta alimenticia; entre ellas podemos destacar el estrés, la falta de ejercicio físico, la obesidad y el consumo excesivo de sal en la dieta.

Una modificación en los hábitos de vida y en la dieta son las mejores terapias preventivas contra esta grave enfermedad.

— Todo lo anteriormente dicho unido a altos niveles de colesterol

en sangre provoca otra de las enfermedades que producen un alto riesgo de mortalidad en el ser humano, esta enfermedad es la llamada *Arteriosclerosis* : se caracteriza por un endurecimiento progresivo de las arterias con un engrosamiento de la capa interior de las paredes de estos vasos por acumulación de depósitos, en especial de colesterol. La consecuencia es un estrechamiento de la luz del vaso que provoca una disminución del flujo sanguíneo y un menor aporte de sangre a los tejidos. Cuando el aporte insuficiente se produce en relación al miocardio se puede producir la necrosis del tejido no regado, cuadro conocido como infarto que puede llegar a provocar la muerte.

Existen factores de tipo nutricional y de estilo de vida que predisponen a un mayor riesgo de incidencia en enfermedades cardiovasculares.

Los factores más importantes son:

— Altos niveles de colesterol en sangre, con valores superiores a 240-250 mg/cm.

— Altos valores de la tensión sanguínea.

— Tabaquismo.

Otros factores secundarios son:

— Obesidad.

— Niveles elevados de triglicéridos en sangre.

— Sedentarismo.

— Diabetes.

— Estrés.

Desde el punto de vista de la dieta nos fijaremos en el papel que el colesterol juega con respecto a los problemas de arteriosclerosis. El colesterol es una sustancia grasa elaborada en el hígado y otros tejidos a partir del alimento. Es un componente básico de las

membranas celulares, precursor de numerosas hormonas (entre ellas las hormonas sexuales) y necesario también para la síntesis de los ácidos biliares. Por tanto su presencia en el organismo es muy importante.

Es su exceso el que se considera un riesgo de patologías cardiovasculares.

Tras la ingesta de alimento y su metabolismo en el hígado y células de otros tejidos se forma colesterol que se transporta en la sangre unido a unas proteínas, formando lo que conocemos como lipoproteínas. Existen dos tipos de lipoproteínas que transportan colesterol: las LDH (de baja densidad) y causantes de arteriosclerosis y las HDL (de alta densidad) que tienen un papel protector frente a esta afección.

Los factores en relación a la dieta que influyen en la cantidad de colesterol en sangre son:

— Cantidad de grasas ingeridas. La cantidad diaria de grasas ingeridas no debe sobrepasar el 30% de la cantidad total de calorías que precisa un individuo. En casos graves se debe reducir a un 15% ó un 10%.

— Tipo de grasas, saturadas o poliinsaturadas. Las grasas saturadas se encuentran en especial en los alimentos de origen animal, a excepción de pescados y mariscos; en particular los huevos o la carne (principalmente la de cerdo), y en los embutidos. La cantidad de grasas saturadas se debe reducir al máximo en caso de riesgo. Las grasas poliinsaturadas se encuentran en los aceites vegetales (que disminuyen, tras su ingestión y digestión, las dos fracciones del colesterol), en los aceites de pescado y, como mención especial, en el aceite de oliva que tiene la virtud dietética de provocar un descenso de la

fracción LDL y una elevación de la fracción protectora HDL, por lo que es considerado un aceite idóneo.

— Ingesta de colesterol exógeno o colesterol con el alimento.

Alimentos ricos en colesterol son los huevos, riñones, sesos, hígado, grasas de carne, mantequilla, mariscos.

El tratamiento dietético contra la hipercolesterolemia se debe basar fundamentalmente en la disminución de la ingesta de grasas saturadas y colesterol exógeno, sustituyendo aquellas por grasas poliinsaturadas. Esto se logra con una disminución en el consumo de grasas saturadas: leche, mantequilla, nata, queso graso, embutidos, grasa de la carne. Con una disminución del consumo de alimentos que posean una concentración alta de colesterol: huevos, casquería en general, grasas de la carne y mantequilla. Con un consumo de alimentos ricos en proteínas y pobres en grasas saturadas como los pescados blancos y azules, pollo y temera. Con un aumento en el consumo de verduras, frutas, cereales integrales, legumbres y arroz.

Con un aumento moderado en el consumo de aceites vegetales, en especial el de oliva. Con un control severo del peso corporal ya que parece demostrado que las pérdidas de peso en individuos con sobrepeso van parejas a una disminución en sus niveles de colesterol. Por último, con un aumento en la actividad física ya que parece demostrado que aquellas personas que habitualmente practican algún deporte poseen cifras elevadas de HDL, que previene, como hemos dicho, los riesgos de la aparición de arteriosclerosis.

Tomarse la vida con más calma.

METABOLISMO COLESTEROL

- 1.— Condensación de acetil-CoA.
2 mol acetil-CoA ---- Acetoacetil-CoA.
Acetoacetil-CoA + Acetil-CoA ---- beta hidroxibeta metilglutaril-CoA.
 - 2.— Reducción a ácido mevalónico.
betahidroxibeta metilglutaril-CoA $\xrightarrow{2H^+}$ Ácido mevaldico ---- ácido mevalónico
 - 3.- Fosforilación y descarboxilación del ácido mevalónico.
Ácido mevalónico ---- Ácido fosfomevalónico
Ácido pirofosfomevalónico ---- Isopentenilpirofosfato
 - 4.- Condensación en derivados poliisoprenicos.
Isopentenilpirofosfato ---- Dimetilcelilpirofosfato
- Geranilpirofosfato
↓
Farnesilpirofosfato
↓
Escualeno
- 5.- Ciclisación del escualeno.
Escualeno ---- Lanosterol
 - 6.- Transformación lanosterol a colesterol.
Lanosterol ---- Zimosterol
7 deshidrodesmosterol ---- desmosterol
7 dehidrocolesterol ---- colesterol

METABOLISMO DEL COLESTEROL

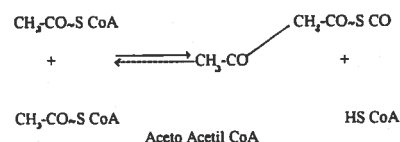
El colesterol humano tiene una doble procedencia alimenticia o de síntesis endógena. Esta se verifica en todas las células vivas, destaca en el hígado y las cápsulas suprarrenales. La síntesis en el cerebro, si bien es el líbido mayoritario, es muy lenta. Se ha calculado en 1 gr. la cantidad de colesterol diaria sintetizada por el organismo.

1. Anabolismo del colesterol

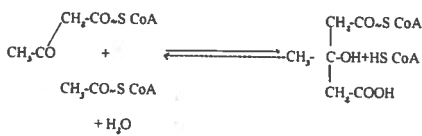
Siguiendo el esquema expuesto por POLOLOWSKI y cols; consideramos el proceso de síntesis del colesterol en cinco fases:

1.1. Condensación de acetil-CoA

El acetil-CoA procedente de los metabolismos lipídicos y glucídicos se condensa en dos fases, catalizando la primera una acetiltransferasa y la segunda un encima de condensación.

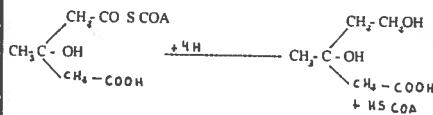


La incorporación de una nueva molécula de acetil CoA a acetoacetil CoA forman betahidroxibetametilglutaril-CoA.



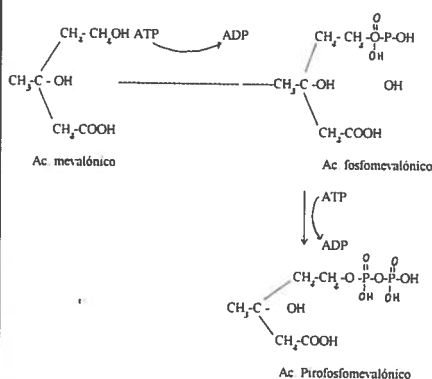
1.2. Formación del ácido mevalónico

La betahidroxibetametilglutaril-CoA sufre un proceso de reducción hasta ácido mevalónico. Esta reacción de gran importancia en la síntesis de colesterol está catalizada por la betahidroxibetametilglutaril-CoA reductasa con el concurso de TPNH2. En esta reacción hay un mecanismo de retroinhibición al inhibir la presencia de colesterol la reducción a ácido mevalónico.



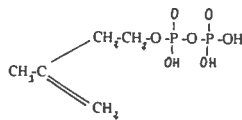
1.3. Fosforilación y descarboxilación del ácido mevalónico

El ácido mevalónico sufre transfosforilaciones y una descarboxilación, convirtiéndose en isopentenilpirofosfato que se comporta como isopreno activo.



La primera reacción la cataliza la mevalonatoquinasa y la segunda la fosfomevalonotquinasa.

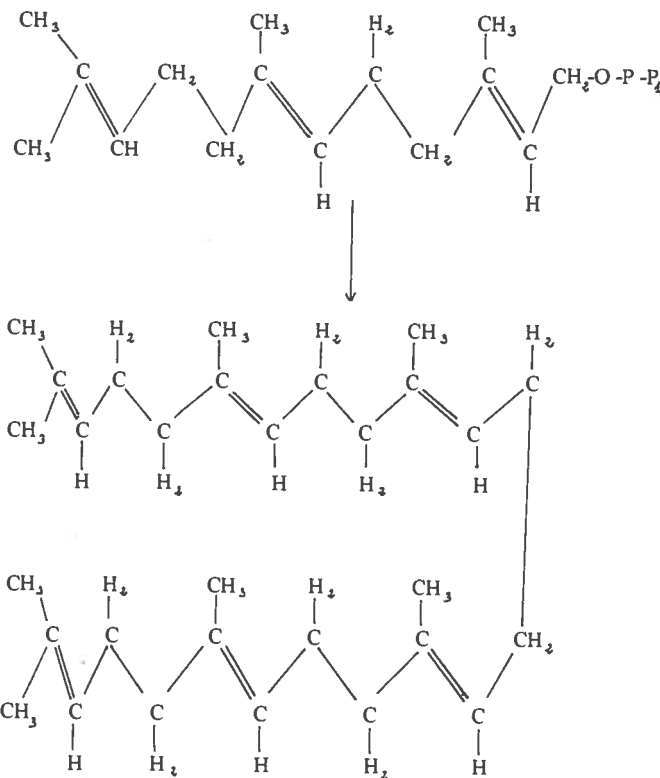
El ácido pirofosfomevalónico sufre una nueva fosforilación y una descarboxilación, convirtiéndose en isopentenilpirofosfato.



1.4. Formación de escualeno

El isopentenilpirofosfato catalizado por una isomerasa se convierte en dimefilcetilpirofosfato que por condensación de varias moléculas se convierte en escualeno.

Por condensación reductora de farnesilpirofosfato con el concurso de TPNH2 se obtiene el escualeno.



El escualeno es precursor inmediato del colesterol y se encuentra en la mayoría de los tejidos.

1.5. Ciclación del escualeno

El escualeno sufre dos procesos metabólicos una oxidación centralizada por la escualeno oxidasa y otro por la óxido escualenoxidasa, convirtiéndose en un esteroil llamado lanosterol.

El lanosterol se oxida hasta zimosterol, el cual por deshidrogenación puede formar 7 dehidrodemosterol, el cual tiene dos posibilidades metabólicas, o bien la vía del demosterol o bien el 7-dehidrocolesterol, desembocando las dos a colesterol.

2. Eliminación y degradación del colesterol

El colesterol orgánico puede sufrir la eliminación fecal, la degradación de ácidos biliares o el paso metabólico hacia los esteroides hormonales.

a) Eliminación fecal.

Aproximadamente 0,7 gr. de colesterol diario son eliminados por las heces. Las bacterias intestinales lo transforman en coprosterol por reducción.

b) Formación de ácidos biliares

Una importante proporción de colesterol se transforma en ácidos biliares.

El colesterol por oxidación se convierte en 7-alfa-hidroxicolesterol, que por pérdida de dos hidrógenos se transforma en A4 7alfa-hidroxicolesterona, la cual por reducción obtenemos ácido quenodesoxicólico (3-alfa, 7 alfa, hidroxicolánico).

Por otra parte, la 7-alfa-hidroxicolesterona por oxidación pasa a 7alfa, 12-alfadihidroxicolesterona, que por reducción se convierte en 7-alfa, 12-alfa-dihidro-

xicoprosterona y 7-alfa, 12-alfadihidroxiprostanol. Por oxidación, éste se convierte en ácido cólico (3-alfa, 7-alfa, 12-alfatrihidroxicolánico). Para la conversión de los ácidos biliares en dos enjugados de taurina y glicina existe una transformación bioquímica consistente en la activación con acetil-CoA de la función ácido formado colil coencima A, que se convina directamente con glicocola o tau-

rina, formando ácidos glico y taurocólicos.

c) *Esteroides hormonales*

El paso inicial consiste en oxidaciones de la cadena lateral de colesterol catalizado por la colestero desmolasa, convirtiéndolo en pregnenolona, que posteriormente por numerosos procesos metabólicos se convertirá en progesterona, etc.

BIBLIOGRAFÍA

- Kannel W. B.: *Factores de riesgo de coronariopatía: actualización del estudio de Framingham* (ed. esp.), vol. 6. nº 1, 1991, p. 45-55.
- *Epidemiología de la arteriosclerosis y sus factores de riesgo en España: papel de la atención primaria*, Medicina Integral, vol. 25, nº 5, 1995, p. 167-176.
- American Academy of Pediatrics, Committee on Nutrition: *Informe sobre el Colesterol*, Pediatrics (ed. esp.), vol. 34 nº 3, 1992, p. 162-167.
- Ministerio de Sanidad y Consumo: *Estudio Dieta y riesgo de las enfermedades cardiovasculares en España*, Circular legislación alimentaria, 1993, p. 34-93.
- *Dieta nutrición y prevención de enfermedades crónicas*, Serie Informes técnicos nº 779, OMS, Ginebra, 1990, p. 59-64.
- “Informe sobre el colesterol en niños y adolescentes España”, *Cardiología & Hipertensión*, vol. 2, nº 6, 1991, p. 217-236.
- Mataix J.: “Nutrición y enfermedades cardiovasculares”, *Nutrición y Salud Pública*, Ed. Masson, 1995, p. 226-236.
- Krause: “Nutrición en enfermedades cardiovasculares y arterioscleróticas”, *Nutrición y Dietoterapia*, Ed. Interamericana, 1995.
- Slavin J.: *Nutritional benefits of soy protein and soy fiber*, JADA, vol. 91, nº 7, 1991, p. 816-819.
- Shore y RL. et al: *Effects of soy bean polisaccharide on plasma lipids*, JADA, vol. 85, nº 11, 1985, p. 1461-1465.
- Soler-Argilaga C.: “Respuestas a 10 preguntas sobre colesterol, lipoproteínas plasmáticas y arteriosclerosis (Y)”, *Medicina Integral*, vol. 10, nº 1, 1987, p. 67-79.
- Isabel Portela Peñas: *Biología de la Nutrición*, Fundación para Auxiliares de Enfermería, primera edición: 1995, Dieta y Enfermedades, p. 122-124.
- Corominas, A. y Permanyer, J. J.: *Lípidos y Lipoproteínas*, vol. 1, p. 31-35.



LAS ENFERMEDADES DEL RECIÉN NACIDO

Beatriz Moril Bolufer
Auxiliar de Enfermería

Una función importante en enfermería del cuidado pediátrico consiste en saber manipular al recién nacido enfermo. No hay mejor manera que el conocimiento de las enfermedades que le aquejan, para una mejor manipulación del lactante.

La mayoría de las enfermedades del recién nacido no se pueden enumerar, ni mucho menos, esto sólo es un pequeño ejemplo de aquellas enfermedades más raras.

Un personal informado con un mínimo de conocimientos y especialización podrá ayudar en su debido momento a los padres para que participen en el cuidado del lactante tan pronto como sea posible y enseñarles lo más esencial para el cuidado domiciliario.

INTRODUCCIÓN

Para un mejor entendimiento en el estudio de las características y enfermedades del recién nacido es necesario explicar algunos conceptos.

CONCEPTO DE RECIÉN NACIDO

Nacido vivo
Niños nacidos muertos
Morbosidad infantil
Mortalidad infantil
Mortalidad después del período de lactancia
Morbosidad después del período de lactancia
Profilaxis general
Aborto

CONCEPTO DE RECIÉN NACIDO

Al recién nacido se le conoce con el nombre de neonato, palabra de etimología griega (neos, nuevo) y latina (natus, nacido).

Se considera como período del recién nacido en sentido estricto los primeros 28 días durante los cuales se completa la separación entre el niño y la madre.

NACIDO VIVO

Es la expulsión completa o la extracción de la madre de un producto de la concepción, independientemente de la duración del embarazo, que, después de dicha separación, respira o muestra cualquier indicación de vida, tal como los latidos del corazón, pulsación del cordón umbilical o movimientos claros de los músculos voluntarios, haya sido o no separado ya el cordón umbilical, o la placenta esté unida; todo producto de tal alumbramiento se considera nacido vivo.

NACIDO MUERTO O MUERTE FETAL

Es el fallecimiento a la completa expulsión o extracción de la madre de un producto de la concepción, independientemente de la duración del embarazo; la muerte fetal está indicada por el hecho de que, después de dicha separación, el feto no respira, ni muestra ninguna señal de vida, tal como latidos de corazón, pulsación del cordón umbilical o movimientos claros de los músculos voluntarios.

MORBOSIDAD Y MORTALIDAD INFANTIL

Las estadísticas apuntan a que el mayor número de muertes corresponden a los lactantes de corta edad, disminuyendo rápidamente

durante los primeros años de edad y señalando sus valores mínimos en la pubertad.

Si bien desde finales del siglo XIX se advierte un descenso de la mortalidad en general obtenida gracias a la divulgación higiénica y los progresos de la asistencia social y sanitaria.

MORTALIDAD DE LOS LACTANTES

Los estudios revelan que la mortalidad varía en los distintos lactantes, sus mayores cifras se registran entre los débiles, los prematuros y los que nacen con enfermedades congénitas.

Es indudable la influencia de la condición social de los padres sobre la mortalidad de los lactantes, de acuerdo con su cultura higiénica general.

CAUSAS DE LA MORTALIDAD

Las podemos clasificar en: ignoradas y conocidas.

Entre las ignoradas se encuentran influencias raciales y hereditarias y las que determinan la mayor mortalidad de los varones, de los niños nacidos de madres muy jóvenes o muy viejas y de la muerte súbita.

Entre las conocidas se encuentran las enfermedades mortales más frecuentes en la primera infancia, juntamente con otras causas de muerte más raras como debilidad congénita y malformaciones, trastornos digestivos y nutritivos, neumonías e infecciones gripales, infecciones específicas incluyendo la septicemia, la sífilis y la tuberculosis.

LA MORBOSIDAD DEL LACTANTE

Las enfermedades cotidianas del lactante son más frecuentes

en el niño alimentado con biberón y más raras o benignas en el criado del pecho: infecciones gripales, infecciones cutáneas del aparato genitourinario y los trastornos generales del crecimiento y desarrollo, como el raquitismo y la anemia.

En los lactantes de corta edad puede invocarse una inmunización diaplacentaria y en los criados al pecho, una inmunización pasiva tropógena, para explicar esta notable resistencia a las infecciones.

LA MORTALIDAD DESPUÉS DEL PERÍODO DE LA LACTANCIA

La mortalidad ocasionada por las enfermedades infecciosas es en términos generales, más elevada en los primeros años de la infancia que en la edad escolar. Sería beneficioso retrasar la enfermedad hasta la tercera infancia pero no parece ventajoso todo contacto con las enfermedades infecciosas durante los primeros años porque la inmunidad activa suficiente sólo se alcanza en el curso de reiteradas infecciones leves.

MORBOSIDAD DESPUÉS DEL PERÍODO DE LA LACTANCIA

La protección suerológica influye indudablemente en ciertas condiciones anatomofisiológicas.

Las puertas de entrada influyen sobre la especial predisposición a las infecciones por el polvo y la suciedad.

Al final de la infancia se manifiestan inferioridades orgánicas: diabetes, enfermedades degenerativas del sistema nervioso, epilepsia, hemofilia, etc.

En la edad escolar se presentan enfermedades del desarrollo muy raras como trastornos del

crecimiento, escoliosis, neurosis, trastornos endocrinos, etc.

Al final de la edad escolar se incrementa las tuberculosis pulmonares, enfermedades cardíacas y anomalías psíquicas.

PROFILAXIS GENERAL

Entre las medidas generales de la lucha contra la elevada mortalidad de los lactantes sigue ocupando el primer puesto la propaganda a favor de la crianza.

El pecho debe asociarse a la higiene de la vivienda y la higiene corporal y a la prevención de las infecciones mediante un adecuado calendario vacunal. También debe prestarse gran atención a la asistencia y alimentación de los recién nacidos, que debe ser dirigidos por médicos especialistas.

Pero estas medidas de protección y asistencia resultan inútiles si se descuida la enseñanza y especialización de médicos, comadronas y personal sanitario y de asistencia social.

ENFERMEDADES DEL RECIÉN NACIDO

Clasificación

— Adquiridas durante la vida intrauterina.

— Adquiridas durante la vida extrauterina (adquiridas durante o después del parto).

Las enfermedades que se desarrollan en el período intrauterino están formadas, en primer lugar, prescindiendo de las infecciosas, por las malformaciones embriónicas.

— Malformaciones congénitas del cráneo y del sistema nervioso.

— Hidrocéfalo congénito.

— Microcéfalo.

— Meningocele.

— Encefalocele.

Las malformaciones pueden presentarse en los huesos del cráneo y los de la cara.

Hidrocéfalo congénito

Los síntomas pueden aparecer bruscamente o instaurarse con lentitud, de forma que las manifestaciones neurológicas no aparezcan hasta la edad infantil tardía o incluso la juventud.

Características

En los lactantes la cabeza adquiere un tamaño anormal con separación de las suturas, abombamiento de las fontanelas y dilatación de las venas del cuero cabelludo; en contraste la cara parece pequeña, con los ojos hundidos en las órbitas.

Comportamiento

Incluye irritabilidad, letargia, vómitos, opistótonos, espasticidad en los miembros inferiores e incapacidad para realizar actos reflejos normales.

Si se deja evolucionar se interrumpe la función de la porción inferior del tallo, el cráneo aumenta mucho de tamaño, y el niño tiene somnolencia, convulsiones y disfunción cardiopulmonar; no suelen sobrevivir al período neonatal.

Cuando se instaura después de la fusión de las suturas y la formación del cráneo, los primeros síntomas son neurológicos: cefalea, edema de papila, estrabismo y pérdida de coordinación muscular. Se debe sospechar hidrocéfalo en un lactante siempre que el crecimiento de la cabeza sea excesivamente rápido.

La confirmación del diagnóstico se realiza mediante estudio del

líquido cefalorraquídeo, tomografía axial computerizada, encefalografía aérea, arteriografía y eco-cefalografía

La hidrocefalia puede ser causa de distocia o parto anormal, debido a una o varias de las siguientes causas: falta de potencia expulsiva por parte del útero, obstrucción o contracción del canal del parto y anomalías en el tamaño, posición o forma del feto.

Actuación

El único tratamiento es la intervención quirúrgica destinada a corregir la destrucción, reducir la producción de líquido cefalorraquídeo o desviar el exceso de la cavidad peritoneal.

Microcéfalo

Anomalía congénita caracterizada por tamaño anormalmente pequeño de la cabeza en relación con el resto del cuerpo y por subdesarrollo del cerebro que conduce a cierto grado de retraso mental.

Características

La cabeza se encuentra más de dos desviaciones estándar por debajo del tamaño (circunferencia) medio para la edad, el sexo, la raza y el período de gestación, y presenta una frente estrecha e inclinada hacia atrás, un occipucio aplanado y un vertex puntia-gudo.

Las características faciales son en general normales.

El trastorno puede tener su origen en un desorden autosómico recesivo, una anomalía cromosómica, un estímulo tóxico, como irradiación, agentes químicos o infección materna durante el desarrollo prenatal, o un traumatismo, especialmente durante el

tercer trimestre de embarazo o la primera infancia.

Tratamiento

El tratamiento consiste en ofrecer soporte y docencia a los padres para que aprendan a cuidar al niño afectado de daño cerebral.

En algunos casos extremos el microcéfalo puede llegar a la anencefalia: Ausencia congénita de cerebro y médula. El cráneo aparece sin cerrar, e igualmente el conducto vertebral subsiste como un canal.

Transmitida genéticamente, la anencefalia no es compatible con la vida. Puede descubrirse al principio de la gestación por análisis del líquido amniótico obtenido por punción o por ultra sonografía.

OTRAS MALFORMACIONES DEL CRÁNEO Y DE LA COLUMNA VERTEBRAL

Las protusiones de las meninges o de la sustancia nerviosa (meningocele, mielocelo, meningomielocelo, encefalocelo).

Meningocele

Es una protusión sacular de las meninges cerebrales o espinales a través de un defecto congénito en el cráneo o la columna vertebral.

Características

Forma un quiste herniado que se llena de líquido cefaloraquídeo pero no contiene tejido nervioso.

Esta anomalía se denomina meningocele craneal o meningocele espinal dependiendo de dónde se localice el defecto; puede repararse por medios quirúrgicos.

Mielocelo

Es una protusión en forma de saco de la médula espinal a través de un defecto congénito en la columna vertebral.

Encefalocelo

Es una protusión del encéfalo a través de un defecto congénito del cráneo, hernia cerebral.

Meningomielocelo

Es un defecto del desarrollo del sistema nervioso central en el que un saco herniario que contiene parte de la médula espinal, sus meninges y líquido cefaloraquídeo, protusa a través de una hendidura congénita de la columna vertebral.

El trastorno está causado de forma primaria por falta de cierre del tubo neural durante el desarrollo embrionario, aunque en algunos casos puede deberse a reaperturas del tubo por aumento anormal de la presión del líquido cefaloraquídeo.

Observaciones

Este defecto se diagnostica con facilidad en el momento del nacimiento.

Aunque la apertura puede estar localizada en cualquier punto a lo largo de la columna vertebral, de forma característica ocurre en las regiones lumbar, dorsal baja o sacra, y se extiende a lo largo de tres a seis segmentos vertebrales. La estructura a modo de saco puede estar cubierto por una capa fina de piel o por una membrana que se rompe con facilidad aumentando el riesgo de infección meníngea.

La gravedad de la disfunción neurológica guarda relación directa con la cuantía de tejido neural afecto, que puede calcu-

larse aproximadamente por el grado de transluminación de las masa.

Habitualmente, la malformación se acompaña por grados variables de parálisis de las extremidades inferiores, defectos musculoesqueléticos, como pie zambo, flexión y deformidades articulares o displasia de cadera y por disfunción esfinteriana anal y vesical, que puede conducir a trastornos genitourinarios graves.

Diagnóstico y tratamiento

Los procedimientos diagnósticos complementarios incluyen estudio radiológico de la columna, el cráneo y el torax para determinar la extensión del defecto vertebral y la presencia de otras malformaciones en diversos sistemas orgánicos, la tomografía axial computerizada del cerebro para establecer el tamaño ventricular y la presencia de cualquier anomalía congénita estructural, y los exámenes de laboratorio, análisis de orina, el cultivo de orina, la determinación de nitrógeno ureico en sangre y el aclaramiento de creatinina.

Actuación

Los cuidados de apoyo y la cirugía son los únicos tratamientos para el meningomielocelo y requieren un trabajo en equipo, con participación de especialistas en neurología, neurocirugía, urología, pediatría, ortopedia, rehabilitación y fisioterapia, así como cuidados intensivos de enfermería.

El tratamiento inicial comprende la prevención de las infecciones y la evaluación de la afectación neurológica. La reparación quirúrgica inmediata es esencial si existe fuga de líquido cefaloraquídeo. Sin

embargo, la intervención quirúrgica puede no ser apropiada si la afectación neurológica es extensa, si la lesión está infectada o si los demás problemas asociados se controlan mediante medidas apropiadas, incluyendo procedimientos de cortocircuito para corregir la hidrocefalia, terapia antibiótica para reducir la incidencia de meningitis, infecciones urinarias y neumonía, escayolas, férulas, tracción y técnicas quirúrgicas y para corregir las deformidades de la cadera, la rodilla y los pies, y prevención y tratamiento de las complicaciones renales. Aunque el avance en las técnicas quirúrgicas y en otras modalidades terapéuticas ha aumentado de modo significativo la tasa de supervivencia, estos procedimientos no alteran la importante incapacidad física, la deformidad, el retraso mental ni las infecciones urinarias y pulmonares padecidas por estos niños durante toda la vida, así como tampoco la carga económica y emocional para la familia. El pronóstico está determinado por la gravedad de la afectación neurológica y el número de anomalías asociadas. Con cuidados correctos y mantenimiento a largo plazo, la mayoría de los niños pueden sobrevivir.

La muerte precoz suele deberse a infección del sistema nervioso central o la hidrocefalia, mientras que la mortalidad en la niñez tardía está causada por infección del tracto urinario, insuficiencia renal, complicaciones del cortocircuito o enfermedad pulmonar.

MALFORMACIONES DEL ESQUELETO FACIAL

Entre las malformaciones del esqueleto facial se encuentran las hendiduras:

— Hendidura lateral (labio leporino)

— Hendidura bóveda palatina, velo el paladar o de ambos (hendidura congénita del paladar)

También se observan otras fisuras medias en la nariz o el labio superior, las hendiduras faciales oblicuas, la hendidura facial transversal y la hendidura media del labio inferior.

Tratamiento

El tratamiento de estas hendiduras faciales consiste en operaciones plásticas. Se practican después de terminar el período de recién nacido, y se limitan a corregir las hendiduras labiales, para que el niño pueda succionar.

Otras malformaciones menos frecuentes son:

— Lengua bífida.

— Hipertrofia muscular congénita de la lengua.

— Quistes y quistes dermoideos de la región sublingual.

— Tortícolis muscular congénita.

MALFORMACIONES CONGÉNITAS DEL TÓRAX Y DE LOS ÓRGANOS TORÁCICOS

— Aplanamiento unilateral o bilateral.

— Malformaciones de los órganos torácicos.

Aplanamiento unilateral o bilateral

Es una malformación en forma de quilla del pecho ya sea de un lado o de ambos; las causas suelen ser la posición anómala del tórax dentro del útero.

Esta malformación se suele dar en casos de oligohidramnios, trastorno de la gestación caracterizado por un exceso de líquido

amniótico que aparece en menos de 1% de los embarazos.

Diagnóstico

Se diagnostica por palpación, ecografía o radiografía.

Causas

Se acompaña de trastornos maternos como toxemia gravídica y diabetes mellitus. Ciertas anomalías fetales del aparato digestivo, vías respiratorias y sistema cardiovascular puede alterar la reabsorción del líquido amniótico y provocar hidramnios; también el hidrops fetal y el embarazo múltiple se asocian con este trastorno, que puede dar lugar a ruptura prematura de la bolsa de agua, parto prematuro y aumento de la mortalidad perinatal. A veces es necesario realizar amniocentesis periódicas.

Por otra parte, pueden influir también en la morfología del tórax las malformaciones de las costillas y de las vértebras.

Malformaciones de los órganos torácicos

Dentro de las malformaciones de los órganos torácicos tenemos:

— Malformaciones del aparato respiratorio.

— Lesiones congénitas del corazón.

El aparato respiratorio: se observan como malformaciones, quistes pulmonares que guardan relación con los bronquios. Se observan hernias diafragmáticas hasta del tamaño de un lóbulo pulmonar, que suelen producir la muerte durante los primeros días del recién nacido, lo mismo que los quistes pulmonares voluminosos, a consecuencia de las

graves compresiones viscerales que provocan.

MALFORMACIONES ABDOMINALES

- Hernias inguinales y umbilicales
- Malformaciones del aparato digestivo.
- Malformaciones del aparato genitourinario.
- Malformaciones de los órganos genitales.

Hernias

Suelen estar ocasionadas por la oclusión insuficiente de los orificios herniarios.

Hernias inguinales y umbilicales.

Se reducen con facilidad, no necesitan tratamiento quirúrgico, se corrigen con vendajes compresores, solo se indican las operaciones en las hernias umbilicales muy voluminosas, con eventración.

Malformaciones del aparato digestivo

Se clasifican en:

- Atresias del tubo digestivo.
- Atresias del intestino delgado.
- Obstrucción del recto.
- Obstrucción congénita de las vías biliares.
- Malformaciones del aparato genitourinario.
- Riñones y vías urinarias.
- Aplasia.
- Hidronefrosis.
- Riñón poliquístico.
- Malformaciones de los uréteres.

Atresias del tubo digestivo

La atresia esofágica se localiza a nivel de la bifurcación traqueal.

Características: El recién nacido comienza a vomitar grandes

cantidades de moco poco tiempo después del parto. A los pocos tragos el niño deja de mamar y se vuelve cianótico. Como siempre aspira pequeñas cantidades de alimento, la disnea persiste algún tiempo después de interrumpir la tetada. El abdomen se encuentra a menudo abombado y timpanizado. Se encuentra resistencia al intentar el sondaje esofágico a nivel de la bifurcación traqueal. Si se administra un medio de contraste se obtiene la imagen del muñón esofágico. Cuando se revela la presencia de gases en las asas intestinales hay que admitir la existencia de una comunicación del segmento inferior con la tráquea.

Atresia del intestino delgado

Presenta síntomas parecidos al anterior, vómitos biliosos, abdomen abombado, y el cuadro clínico presenta gran semejanza con la peritonitis.

Las atresias se deben a procesos inflamatorios locales o bridas mesentéricas consecutivas casi siempre a peritonitis fetal, las asas intestinales están distendidas por gases. El tratamiento consiste en cirugía.

Obstrucción del recto

A veces se asocia a obstrucción del ano (atresia anorectal), la atresia anal se reconoce por faltar el orificio anal.

En la obstrucción del recto el abdomen está muy abombado y no se expulsa meconio. Al intentar su evacuación mediante un edema la cónula tropieza contra la atresia.

El tratamiento es quirúrgico.

Obstrucción congénita de las vías biliares

Es la ausencia congénita o infradesarrollo de una o más de las estructuras biliares.

Produce ictericia o lesión hepática precoz.

A medida que la enfermedad empeora, el niño presenta retraso de crecimiento y desarrolla hipertensión.

Tratamiento: los conductos defectuosos solo pueden corregirse por medios quirúrgicos en un pequeño porcentaje de casos y la mayoría de los niños mueren por cirrosis biliar.

Malformaciones del aparato genitourinario

En los casos de obstrucción anal pueden observarse comunicaciones del recto con la vagina, la vejiga o la uretra. En algunos casos se presentan fístulas que unen el recto con el periné o el escroto, el pene o la vagina.

El tratamiento consiste en la abertura del ano mediante proceso quirúrgico.

Aplasia

Defecto del desarrollo que da lugar a la ausencia de un órgano o tejido. Fracaso del proceso normal de generación y desarrollo celular.

La aplasia total de los riñones es muy rara y solo se observa en casos graves de malformaciones generales, si es frecuente la aplasia de riñón.

Hidronefrosis

Es una distensión de la pelvis y los cálices renales debida a una obstrucción en un uréter, las causas pueden ser: tumor, cálculos, inflamación prostática o edema de las vías urinarias por infección de las mismas.

El niño siente dolor en el costado, hematuria, piuria, fiebre... A veces es necesario tratamiento quirúrgico para reparar la vía y hacerla permeable.

La hidronefrosis prolongada origina atrofia y pérdida de la función renal.

Para la realización de una ureterostomía de asa en continuidad es necesario aliviar la angulación ureteral para que el segmento llevado hacia la piel conduzca fácilmente la orina.

Este mecanismo permite el desarrollo de hidronefrosis, atrofia primaria debida a la falta de resorción.

Riñón poliquistico

Puede ser unilateral o bilateral y no producir síntoma alguno durante los primeros años de edad, aunque puede manifestarse durante los primeros días al nacimiento por la tumorcación abdominal voluminosa y dura.

Uréteres aberrantes

Se descubren a través de las pielografías.

Provocan ya durante la primera infancia producción de piurias crónicas, acodamientos y divertículos de los uréteres y la vejiga.

Malformaciones de la vejiga

Hallamos dos clases:

— Ectopia: La vejiga permanece cerrada

— Extrofia: La vejiga permanece abierta

Tratamiento: Quirúrgico.

Malformaciones de los órganos genitales

La aplasia de la uretra

Se asocia con la aplasia del pene.

Se observan alteraciones parciales, estenosis, repliegues y divertículos de la uretra. Estas son malformaciones relativamente

raras que se pueden corregir con cirugía.

Otras malformaciones más frecuentes son:

— defectos de coalescencia.

— el epispadias (fisura uretral superior).

— el hipospadias (puede extenderse el perineo o circunscribirse al pene o al glande).

Fimosis

Tirantez del prepucio del pene que impide la retracción de la piel sobre el glande. La fimosis suele ser congénita, aunque a veces se produce como consecuencia de una infección. El tratamiento habitual en la circuncisión.

Enfermedades congénitas del aparato genital femenino

Vamos a ver aquí la hipospadias del clítoris y el hermafroditismo aunque no son las únicas malformaciones del aparato genital femenino, otras son:

— Aplasia vulvar total o parcial.

— Aplasia total o parcial de la vagina.

— Aplasia del útero y de los ovarios.

— Aplasia del hímen.

Hipospadias del clítoris

Es un defecto congénito en el que el meato urinario se encuentra en la cara inferior del pene. No se produce incontinencia urinaria porque los esfínteres son operativos. La apertura de la uretra puede encontrarse fuera de la localización central o en cualquier posición de la cara inferior del pene o el periné. Está indicada la corrección quirúrgica por razones estéticas, urológica o reproductoras. En la mujer, el

defecto equivalente es raro, pero cuando existe se diagnostica por la localización del meato urinario en la vagina.

Hermafroditismo

Es un trastorno raro en el que coexiste en la misma persona tejido ovárico y tejido testicular, el primero con folículos y cuerpos albicans y el segundo con túbulos seminíferos o espermatozoides. Se debe a una anomalía cromosómica.

MALFORMACIONES DE LAS EXTREMIDADES

— Ligaduras o amputaciones.

— Subluxaciones.

— Luxaciones.

En las malformaciones de las extremidades pueden producirse ligaduras o amputaciones de determinados segmentos por bridas amnióticas.

A consecuencia de esto se observan subluxaciones congénitas de las articulaciones, sobre todo de la rodilla y la cadera, en cambio, las luxaciones articulares se deben más a traumatismos obstétricos.

Otras malformaciones congénitas son:

— Aplasia de determinados huesos largos.

— La sinostosis.

— La sindactilia de los dedos de las manos y de los pies.

— Posición zamba de manos y pies.

— Osteogénesis imperfecta.

— Micromelia genuina o condrodistrofia fetal.

De las primera solo haré un pequeño comentario, por ejemplo la sindactilia es una anomalía congénita caracterizada por la fusión de los dedos de las manos o los pies. Su gravedad es variable, pudiendo ir desde la aparición de

membranas incompletas de piel haya la unión absoluta con fusión de huesos y uñas; la posición zamba de manos y pies se debe a la posición anómala intrauterina; normalmente estos defectos se corrigen con cirugía y ortopedia.

Osteogénesis imperfecta

Es un trastorno genético que comprende un desarrollo anómalo del tejido conectivo. Se hereda con carácter autosómico dominante y se caracteriza por huesos anormalmente quebradizos y frágiles que se fracturan con facilidad por los traumatismos más ligeros, la capa cortical del hueso es delgada y la esponjosa acusa grandes defectos; pero pueden encontrarse callos hipertróficos.

En los recién nacidos esta enfermedad se conoce como osteogénesis congénita.

El recién nacido presenta fracturas múltiples que se han producido en el útero y, con frecuencia, deformidades graves, como consecuencia de la formación y mineralización imperfectas del hueso. La mayoría de los lactantes mueren poco después del nacimiento, aunque unos pocos sobreviven como enanos deformes con desarrollo mental normal si no se ha producido traumatismo craneal.

Si la enfermedad tiene un comienzo más tardío, se denomina osteogénesis imperfecta tardía y suele ser de una evolución más leve.

Los síntomas comienzan cuando el niño empieza a andar pero se hacen menos graves con la edad y la tendencia a las fracturas disminuye, y a menudo desaparece después de la pubertad.

Otras manifestaciones del proceso son: escleróticas azules, piel

traslúcida, hiperextensibilidad de ligamentos, hipoplasia de los dientes, epístaxis recidivantes, diaforesis excesiva, hiperpirexia leve y tendencia a magullarse con facilidad y a desarrollar otosclerosis con pérdida de audición.

Tratamiento

No existe tratamiento curativo; las medidas terapéuticas son fundamentalmente de mantenimiento; se deben tomar las máximas precauciones en la manipulación, en especial lactantes con afectación grave para prevenir las fracturas.

En muchos niños, la administración oral de óxido de magnesio puede disminuir la tasa de fracturas, así como la diaforesis, hiperpirexia y estreñimiento asociados con la enfermedad.

Micromelia genuina o condrodistrofia fetal

Es una enfermedad hereditaria caracterizada por la presencia de múltiples opacidades pequeñas en la epífisis de los huesos largos, signo que se observa radiológicamente en los recién nacidos.

Durante el crecimiento se constata la presencia de múltiples enfermedades como enanismo, contracturas, cataratas, retraso mental y acropaquias distales.

Sorprende la brevedad de las extremidades, aunque es exagerado el crecimiento en espesor.

El cráneo presenta fontanelas y suturas ampliamente abiertas; la nariz adopta la forma de silla de montar.

El tronco presenta el tamaño normal, resulta aún más marcada la brevedad de las extremidades.

VOCABULARIO

— ESCOLIOSIS: curvatura lateral de la columna vertebral.

— NEUROSIS: enfermedad de los nervios.

— LETARGIA: estado mental caracterizado por pérdida de voluntad.

— OPISTOTONOS: espasmo tetánicos de los músculos de la nuca y el dorso.

— ESPASTICIDAD: contracciones no controladas de los músculos esqueléticos.

— VERTEX: vértice.

— SACULAR: bolsas o sacos pequeños.

— DISPLASIA: desarrollo anormal.

— DERMOIDES: relativo a la piel.

— TOXEMIA: presencia de toxinas en la corriente sanguínea.

— HÍDROPS: acumulo excesivo de líquido acuoso y claro.

— ESTENOSIS: estrechamiento temporal o permanente.

— DIVERTICULOS: herniación sacular a través de la pared muscular de un órgano tubular.

BIBLIOGRAFÍA

— Prof. Dr. Klaus Wechselberg y Dr. Ulrike Puyn: *ABC de la puericultura*, Ed. Wechselberg, 1978, Barcelona.

— Carmen Butiña Jiménez (titulada en puericultura): *Puericultura*, Ediciones Ceac, 1983, Barcelona.

— F. Goebel: *Tratado de Pediatría*, Ed. Labor, 1936.

— *Enciclopedia de medicina y enfermería*, Ed. Océano, 1989.

EFECTO DEL TRATAMIENTO CON CLORAMBUCILO SOBRE CIFRAS ANALÍTICAS EN LA LEUCEMIA LINFOIDE CRÓNICA

María Olvido Ayala Martínez

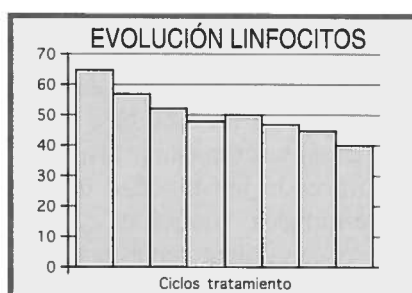
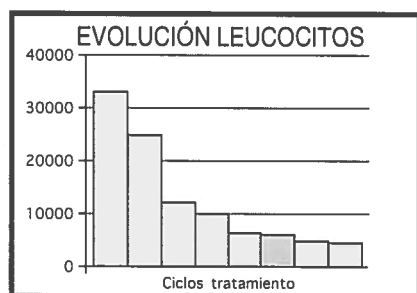
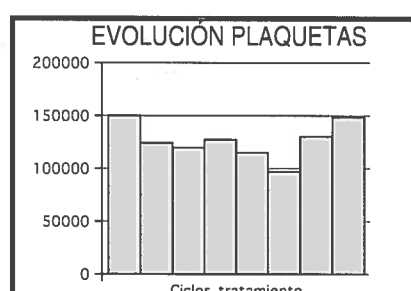
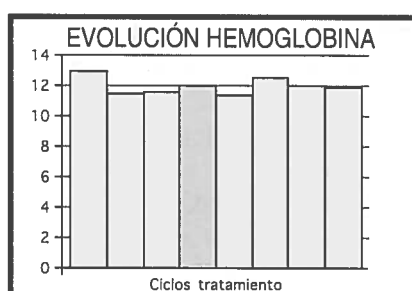
Auxiliar de Enfermería
Área de Consultas Externas.
Hospital General de Elda

MATERIAL Y MÉTODOS

- N° de casos: 15 (10 varones, 5 mujeres).
- Tiempo de seguimiento: 5,6 meses.
- Tratados con clorambucilo a dosis 0,1 mgr/kg. peso/día.
- Valoración analítica tras 8 ciclos de tratamiento.
- Test de Student para valores pareados con significación $t < 0,05$ y $t < 0,01$.
- Estudio de correlación entre edad-cifras analíticas con significación $p < 0,05$.

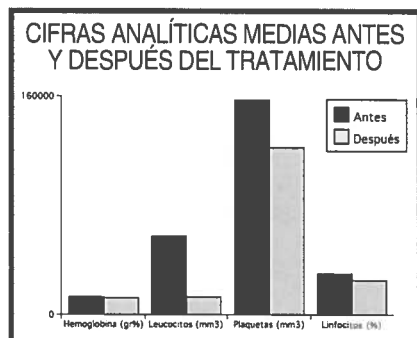
CIFRAS ANALÍTICAS	ANTES TRATAMIENTO	DESPUÉS TRATAMIENTO
HEMOGLOBINA (gr.)	13,1+0,5(DT:1,8)	12,1+0,5(DT:1,9)
LEUCOCITOS (mm ³)	57610+15050(DT:58300)	13120+5530(DT:21440)
PLAQUETAS (mm ³)	157260+9259(DT:35860)	122066+12130(DT:46983)
LINFOCITOS (%)	70,3+4(DT:15,7)	51,3+4,7(DT:18,1)

EDAD MEDIA
68,4+2,7(DT:10,3)
69,4+2,8(DT:8,8)
66,4+6,2(DT:13,8)



BIBLIOGRAFÍA

- Beretta, G.: *Guidelines for dosage adjustment for the most common cytotoxic drugs*, 8: 14, 1985.
- Bonadonna, G.: *Response criteria in malignant lymphomas*. *Cancer Treat Res* 61: 769, 1977.
- Harrison: *Principios de Medicina Interna*. Editorial Interamericana Mc Graw-Hill, 1994.
- *Guía para la utilización de fármacos antineoplásicos*. Servicios Farmacéuticos Ciudad Sanitaria 1º de Octubre, Madrid, 1988.



CONCLUSIÓN

El tratamiento de la Leucemia Linfocítica Crónica con clorambucilo es efectivo sobre las cifras de Leucocitos y Plaquetas ($t < 0,05$) y sobre todo en la de Linfocitos ($t < 0,01$).

La **CARENCIA** de **IRIS** en los **OJOS**

Sonia Rodríguez



La aniridia es una enfermedad poco conocida que se caracteriza por la ausencia total o parcial del iris del ojo. A la mayoría de los afectados se les manifiesta desde el nacimiento. Esta afección se debe a un inadecuado desarrollo de los órganos visuales del feto durante el embarazo de la madre. No obedece a unas causas concretas y una vez que se manifiesta adopta un carácter hereditario. Los afectados de aniridia presentan, entre otras cosas, una reducida agudeza visual que debe corregirse con una serie de instrumentos específicos que ayudan a sacar provecho, en la medida de lo posible, de la visión que tienen. Los tratamientos que deben recibir los afectados de aniridia van dirigidos a evitar las alteraciones asociadas a esta enfermedad y deberán ser prescritos por un oftalmólogo especializado o por los distintos especialistas, dependiendo de cada caso particular.



La aniridia, producida por la falta completa o incompleta del iris, es una enfermedad congénita que se debe a un inadecuado desarrollo de los órganos visuales del feto durante el embarazo de la madre. La aniridia se transmite de forma dominante en ambos sexos al 50% de los descendientes, aunque no haya habido antecedentes familiares y, sin embargo en dos de los tres tipos existentes, una vez que aparece se convierte en hereditaria. Actualmente, se conocen unos 400 casos de esta enfermedad en nuestro país, pero aún no existe un estudio epidemiológico de la aniridia.

El principal problema que presentan los afectados de aniridia es una intensa fotofobia o aversión a

**ALTERACIONES ASOCIADAS
CON LA ANIRIDIA**

Nistagmus	57%
Cataratas	47%
Glaucoma	30%
Miopía	12%
Alter. corneal	10%
Coloboma	7%
Estrabismo	6%
Atro. n. óptico	3%
Tumol Wilms	1,50%

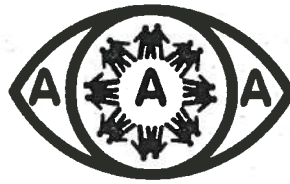
la luz. El iris de una persona normal funciona como el diafragma de una cámara de fotos, cerrándose para impedir que pase la luz y abriéndose para que ésta entre. Cuando se carece de iris entra en los ojos una gran cantidad de luz y se produce la fotofobia, lo que obliga a utilizar gafas de sol de forma frecuente.

La aniridia puede ser de varios tipos: el primer tipo es la aniridia esporádica que padecen aproximadamente la mitad de los afectados y que surge sin tener ningún tipo de antecedentes familiares y sin obedecer a unas causas concretas. De esta manera se convierte en aniridia autosómica dominante que se manifiesta de forma bilateral (se produce en ambos ojos) y comienza a ser congénita.



Por último, hay otro tipo de aniridia, la traumática, producida como consecuencia de un accidente de tráfico, o por la acción de un objeto punzante que penetre en el ojo y afecte al iris destruyendo una parte de éste. En este caso, la presencia de la aniridia en uno o en ambos ojos, depende estrictamente de las circunstancias y el hecho traumático de su aparición determina que no sea hereditaria.

Asimismo, algunas personas pueden presentar un coloboma o falta de una parte del ojo, es decir, ausencia del iris o de un nervio



C/ Ponzano 93
28003 Madrid
tel. (91) 553 99 62

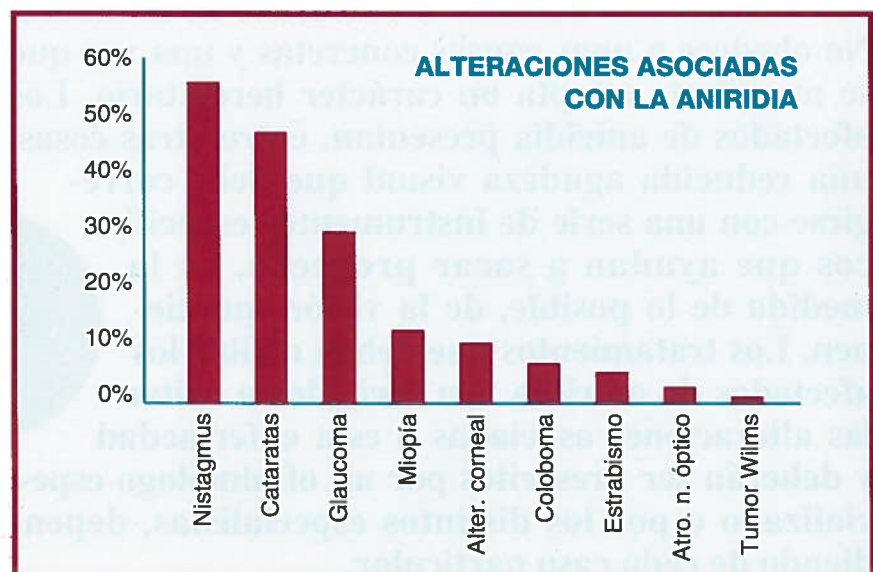
óptico, etc. Esto suele darse en un porcentaje del 5%, en cuyo caso el coloboma se localizaría en un solo ojo, con lo cual el otro tendría una visión normal.

Los enfermos de aniridia presentan una agudeza visual reducida a 6/25 o menos (un 20%, aproximadamente), en general por defectos de refracción y aplasia macular. Los afectados no experimentan una

mejoría notable con la creación de un iris artificial (lentes de diafragma puntiforme, lentes de contacto con iris pintado, o tatuaje de la córnea). Esta enfermedad en la mayoría de los casos viene acompañada de muchas otras alteraciones, como pueden ser las cataratas, anomalías en el cristalino, ambliopía, colobomas, glaucoma o presión alta ocular, nistagmus u oscilación involuntaria e incontrolable del ojo, etc. Otra serie de problemas que suelen presentarse aunque con menor frecuencia son el estrabismo, alteraciones corneales y alteraciones renales, como es el tumor de wilms, etc.

Los enfermos de aniridia necesitan recibir tratamiento médico de un oftalmólogo especializado, así como de distintos especialistas, en función de los problemas que presente cada caso en particular. Además del oftalmólogo puede requerirse la opinión de un psicólogo, un rehabilitador, etc.

Los avances científicos en el estudio de esta enfermedad han desarrollado las llamadas ayudas de baja visión, puesto que las gafas convencionales no mejoran sensiblemente la calidad de visión de estos pacientes. En la mayoría



de los casos se recurre a éstas para un mejor aprovechamiento del remanente visual. Dentro de estas ayudas de baja visión encontramos las gafas telescopio o gafas lupa, utilizadas por los niños para ver la pizarra, atriles especiales y otros instrumentos diseñados para mejorar la visión. Asimismo, pueden realizarse tratamientos quirúrgicos como la implantación de unas lentes intraoculares con iris artificial, que alivien la fotofobia y mejoren en lo posible la visión, o unas lentes de contacto cosméticas pigmentadas. Estos instrumentos específicos no mejorarían la visión, pero evitarían el principal problema de estos enfermos, es decir, la fotofobia. También existe tratamiento quirúrgico para las cataratas, glaucoma o córneas con diferentes resultados.

En general, los tratamientos dados a los afectados van dirigidos a evitar las alteraciones colaterales o asociadas a esta enfermedad, como la vigilancia del glaucoma o las operaciones de cataratas.

La Asociación Española de Afectados de Aniridia (A.A.A) se constituyó el 15 de junio de 1996 para ofrecer respuestas concretas a las personas que, directa o indirectamente, están afectadas por la aniridia. En su formación contaron con la colaboración de la Organización Nacional de Ciegos Españoles (ONCE), que envió una carta a todos sus afiliados para buscar entre éstos a personas que padeciesen aniridia y, así, poner en contacto e intentar reunir a todos aquellos que tienen esta enfermedad con el objetivo de crear la citada asociación. Rosa Sánchez de Vega, presidenta de A.A.A., explica que “antes de crear la asociación los afectados se creían únicos y tan sólo con conocer a alguien con su enfermedad se sintieron compensados,

puesto que la información entre nosotros es algo muy valorado”.

Los objetivos básicos de la Asociación Española de Afectados de Aniridia se orientan a la agrupación del mayor número de afectados por esta enfermedad, con el propósito de formar un grupo de interés para el colectivo médico-sanitario y plantear los problemas que aquejan a estos enfermos para conseguir ayudas que mejoren la visión. La asociación se encarga también de informar a los afectados

El iris es la parte coloreada del ojo que rodea la pupila. Está formado por una membrana circular pigmentada y contráctil situada detrás de la córnea y delante del cristalino. La falta del iris, completa o incompleta, produce una enfermedad conocida como aniridia.

sobre ayudas que mejoren su calidad de vida, así como sobre los avances científicos que se realizan sobre esta enfermedad. Se promueve, asimismo, la investigación en el campo científico en cuanto al origen, transmisión y posible tratamiento de la aniridia y se intenta sensibilizar a la sociedad sobre los problemas que afectan a estos enfermos.

Su principal fuente de financiación son las aportaciones de los socios y colaboradores. Mantienen contacto con distintas asociaciones para colaborar con ellas y buscar

ayudas, como son la ONCE, ALPE, etc., incluso están investigando la existencia de asociaciones mundiales de aniridia a través de Internet. De esta forma, la ayuda al afectado de aniridia es completa, si en la A.A.A. no pueden resolver el problema planteado le remiten a una u otra asociación colaboradora.

En la actualidad, la asociación está compuesta por 55 miembros, entre afectados y colaboradores. Su sede central está ubicada en Madrid, aunque hay delegados de la asociación en cada comunidad que organizan reuniones periódicas de tipo informativo con los asociados de sus zonas correspondientes. Se realizan dos reuniones informativas anuales de carácter nacional en las que se intercambia información y se informa a todos los asociados de los últimos logros conseguidos por la asociación.

“La asociación Española de Afectados de Aniridia ha participado de forma activa en eventos como el Congreso de Baja Visión, organizado por la Sociedad Española de Baja Visión, que tuvo lugar recientemente en Madrid. Actualmente hemos puesto en marcha una extensa campaña informativa dirigida a los hospitales y a los principales medios de comunicación. Hemos participado en la Feria de Ayuda Mutua y también estamos en contacto con la

Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid para pedir ayudas para nuestra asociación. De hecho, la Consejería de Sanidad nos está ayudando en este momento a nivel

informativo; les hemos solicitado un centro médico, como ya han hecho otras organizaciones, para poder centralizar todas las pruebas que sean realizadas a los afectados, todos los nuevos tratamientos y técnicas que puedan



SÍNDROMES EN LOS QUE APARTE DE LA ANIRIDIA SE PADECEN OTROS TRASTORNOS

WILMS	Tumor renal
DRASH	Wilms más anormalidades genitales
WAGR	Wilms más retraso mental
PRIER	Aniridia, estarata y microftalmos
WANDERBURG	DRASH-sordera
GILLESPIE	etc.



surgir. Todavía no hemos recibido ninguna respuesta concreta, ya que llevamos tan sólo un año de funcionamiento como asociación y seguimos trabajando en un plano informativo”, manifiesta Rosa Sánchez de Vega.

El problema de los afectados de aniridia es que no están considerados como disminuidos físicos o psíquicos, sino como disminuidos sensoriales, con lo cual las demás organizaciones se desentienden, por así decirlo, de estos afectados.

“Nosotros contamos con la colaboración de las asociaciones de disminuidos sensoriales, como es la Federación de Sordos Españoles y la Fundación ONCE, que son las organizaciones a las que acudimos. En la ONCE reciben a todos los asociados de A.A.A. que cumplan los requisitos exigidos para acceder a sus servicios. En general, nuestros asociados suelen cumplirlos, dada la baja agudeza visual que padecen. Contamos con la orientación y asistencia de esta organización en cuanto a los servicios de rehabilitación visual o cervo y cualquier otro tipo de ayudas visuales que nos puedan proporcionar. De momento no contamos con la ayuda de ninguna otra corporación de índole autonómica, puesto que somos una asociación de carácter nacional, pero estamos

interesados en darnos a conocer para poder contar con la colaboración de alguien que pudiera estar interesado en actuar como patrocinador o en ayudarnos para encontrar algún lugar que pudiera servir como sede de la asociación”, continúa Rosa Sánchez de Vega.

La Asociación Española de Afectados de Aniridia intentó organizar una conferencia sobre los afectados de aniridia en colaboración con la Sociedad Española de Oftalmología, dirigida a oftalmólogos, pediatras y médicos de cabecera, pero finalmente no se llegó a celebrar por la desidia que mostraron los representantes del sector sanitario.



“Actualmente tenemos previsto comenzar a organizar una serie de conferencias informativas dirigidas al sector sanitario y, en general, a la opinión pública”, declara Sánchez de Vega. Según ella, la asociación que preside ha constatado el interés que muestran actualmente los oftalmólogos sobre esta enfermedad. “Nos hemos dirigido a los departamentos de oftalmología en cada hospital, pero nos falta dirigirnos al cuerpo de enfermería, para informarles sobre las características de nuestra enfermedad porque, en la mayoría de los casos, cuando nace un niño con este problema suele pasar inadvertido hasta que sus padres le llevan al pediatra o al oftalmólogo porque notan algo extraño. Es muy importante que el personal sanitario —y en especial los Auxiliares de Enfermería, dado el estrecho contacto que mantienen con los pacientes en su quehacer diario— conozca esta enfermedad, ya que en caso de que se produzcan accidentes graves, a los enfermos se les mira, entre otras cosas, la pupila del ojo y puede ocurrir que un enfermo de aniridia que presente falta congénita del iris del ojo pueda ser dado por muerto, cuando no es así. Esto es algo que el sector sanitario debe tener en cuenta”.

FICHA TÉCNICA

NOMBRE

Asociación Española de Afectados de Aniridia

DIRECCIÓN

C/ Ponzano, nº 93
28003 Madrid

TELÉFONO

A.A.A. 91/553 99 62

PUBLICACIONES

La asociación A.A.A. publica un boletín informativo interno dirigido a sus asociados y con una periodicidad bimensual o trimestral, en el que se informa sobre los últimos avances realizados en este campo.

DONACIONES

Caja de Madrid. Entidad 2038.
Oficina 1843. Nº C/C 6.250.405

Bajo la clasificación de medicina alternativa se agrupa una gran variedad de técnicas curativas, muchas veces asociadas a la naturaleza, a la tradición oriental, o a principios no demostrados. La gran mayoría de ellas tienen en común que no requieren fármacos, cirugía ni productos químicos, además crean tratamientos específicos para cada paciente, considerando al ser humano como un conjunto en el que el cuerpo físico, la mente y las emociones repercuten unas en otras, determinando su salud y bienestar. La aromaterapia es una medicina alternativa que puede aliviar el dolor mediante la aplicación de esencias aromáticas de determinados aceites esenciales procedentes de las plantas. Para gozar de salud, bienestar, paz interior y tranquilidad, se requiere lograr un equilibrio general. La aromaterapia es un medio ideal para conseguirlo.

EL PODER DE LAS ESENCIAS

Sonia R. Casado



Bayas de Enebro



Manzanilla

La aromaterapia es una ciencia que se utiliza para aliviar el dolor mediante la aplicación de esencias aromáticas de determinados aceites esenciales extraídos de las plantas. El término “aromaterapia” fue acuñado en 1937 por un químico francés, R.M. Gattefossé, quien había descubierto, de forma accidental, la eficacia del aceite esencial de lavanda sobre las quemaduras mientras estaba trabajando en un laboratorio de perfumería.

Un aceite esencial es una sustancia líquida aislada, muy concentrada y sumamente olorosa procedente de la destilación al

vapor de ciertas plantas aromáticas, raíces, semillas o maderas nobles. La eficacia, contundencia y rapidez de los tratamientos aromaterapéuticos depende de la pureza y calidad de los aceites esenciales. En general, el aceite esencial lleva el nombre de la planta de la cual procede —por ejemplo el aceite esencial de jazmín o de lavanda—, aunque hay excepciones, como el nerolí, que se extrae de la flor de azahar.

La aromaterapia no es una reciente invención de los naturistas, al contrario de lo que podamos pensar. A lo largo de los siglos, la especie humana ha

dependido principalmente de las plantas para la elaboración de medicinas. La utilización por parte de las civilizaciones orientales de las técnicas de prensado, cocción y maceración para obtener esencias fragantes de flores, hojas, maderas, resinas y gomas se remonta a tiempos tan remotos como el 4000 a.C. Los antiguos tratados de medicina de la China y la India ya hablaban de la utilización de las esencias con fines terapéuticos. El gran impulso fue dado por los egipcios, que las utilizaban para fines religiosos, cosméticos y medicinales. Los babilónicos usaban perfumes, pomadas perfumadas y aceites con gran generosidad, al igual que los antiguos griegos, que recogieron y mejoraron este saber profundo para transmitirlo a los romanos y en Alejandría se fue incorporando a la cultura árabe. Estos productos eran tan famosos que dieron lugar al desarrollo de una industria bastante próspera. Después de la caída del Imperio Romano el uso de perfumes y sustancias aromáticas declinó. Pero en la época de las cruzadas llevaban sustancias aromáticas desde Oriente a Europa, donde pronto se desarrolló una industria del perfume.

El descubrimiento de América y su extensísima flora enriqueció los usos fitoterapéuticos del Viejo Continente. Sin embargo, a partir del Renacimiento se produjo un progresivo declinar de su uso hasta el siglo XIX, en el que la obtención de compuestos artificiales se consideró un triunfo definitivo de la ciencia.

Propiedades de los aceites esenciales

Todo aceite esencial que se utiliza en aromaterapia tiene

propiedades curativas específicas. Algunos aceites esenciales pueden utilizarse para calmar el sistema nervioso, otros reducen la inflamación o alivian molestias y dolores, benefician a determinados órganos del cuerpo humano, levantan el ánimo... —se ha descubierto que ciertos aceites esenciales tienen una afinidad con determinados órganos del cuerpo, por ejemplo, la lavanda con los riñones y el ciprés con los ovarios—. La lista podría ser interminable. El uso de aceites esenciales tiene un notable efecto para la salud de la piel, al mejorar el tono y el estado general de ésta. Algunas propiedades destacables de los aceites esenciales pueden ser sus efectos afrodisíacos, analgésicos, antidepresivos, antiinflamatorios, diuréticos, desodorantes, cicatrizantes, estimulantes, sedantes, tónicos, etc.

En el campo de las terapias, las esencias son consideradas como verdaderos antibióticos naturales

Algunas moléculas presentes en los aceites esenciales actúan como hormonas, viajando a través de los sistemas y aparatos del cuerpo, revitalizando y regu-

lando nuestras respuestas emocionales y físicas. Los aceites esenciales también parecen estimular las defensas del cuerpo contra las infecciones y pueden servir de gran ayuda en combinación con otras terapias.

En los casos de ansiedad, depresión, tensión y excitabilidad nerviosa, los aceites esenciales son mucho más seguros que los tranquilizantes y estimulantes químicos, ya que tienden a ser normalizadores o equilibradores, más que a estimular o sedar directamente.

Una característica importante de los aceites esenciales es que penetran rápidamente en las capas de la piel y entran en el torrente sanguíneo. Por consiguiente, son de acción rápida, pero hay que tener en cuenta que son muy fuertes y, en la mayoría de los casos, no se aplican a la piel sin diluir.

Cómo se obtiene un aceite esencial

La mayor parte de ellos se obtienen por destilación o por extracción del disolvente (alcoholes, petróleo y éter). El método más antiguo de extracción de aceites esenciales recibe el nombre de *enfleurage*, en el cual la esencia de la flor es absorbida por la grasa. En la actualidad, puede emplearse butano líquido o dióxido de carbono para obtener aceites de gran calidad.

La aromaterapia ha conseguido de nuevo un lugar privilegiado en cuanto a posibilidades curativas, ya que una de las principales cualidades de los aceites esenciales es la de ser antisépticos naturales, debido a su acción bactericida conocida desde la antigüedad. Esto tiene su explicación en la presencia de ácidos, fenoles y

alcoholes. Esta propiedad antiséptica puede experimentarse a través de aerosoles o vapor, o bien por contacto directo con la esencia. Otra cualidad de los aceites esenciales es la purificación bacteriológica del aire. La inhalación de los vapores por un aceite esencial es una excelente protección contra las infecciones de las vías respiratorias. Además, los aceites esenciales vaporizados son unos ambientadores deliciosos y completamente ecológicos, ya que resultan inofensivos para la capa de ozono.

Cómo se utiliza la aromaterapia

Joan Radford, en su libro *Aromas que curan*, expone las diversas formas de utilizar la aromaterapia. Según ella, un agradable modo de tratarse bien es usar aceites esenciales en el baño. Las esencias no se disuelven en el agua, pero eso no plantea ningún problema, porque puede agitarse el agua de manera enérgica y persistente para dispersar el aceite en glóbulos diminutos. También podemos aprovechar la solubilidad en grasa de los aceites añadiendo al agua de la bañera una taza de leche fresca y agitando insistentemente la mezcla. Otra alternativa es añadir una cucharada sopera de un aceite vegetal de textura fina, por ejemplo de almendra o de pepita de uva, y luego agitar bien el agua.

La inhalación es el método más antiguo, y con diferencia el mejor sistema para utilizar los aceites esenciales. Consiste en utilizar un lavabo, agua caliente, esencias y una toalla grande. Es excelente para todas las dificultades respiratorias, el catarro, la sinusitis o los dolores de cabeza.

Los antiguos alquimistas decían que las esencias son el alma, la mente de las plantas: su parte más luminosa y energética

Los quemadores de esencias constituyen el método más versátil y efectivo para utilizar los aceites esenciales y el que confiere autenticidad a la palabra AROMATERAPIA. Algunos consideran la vaporización como el único método, en tanto que los demás usos serían menos efectivos. La inhalación del vapor aromático introduce los aceites esenciales en el torrente circulatorio más rápidamente que la ingestión y, en algunos casos, que la aplicación externa. En la inhalación la difusión de esencias es mayor y, por consiguiente, se cree que se trata de un método más seguro.

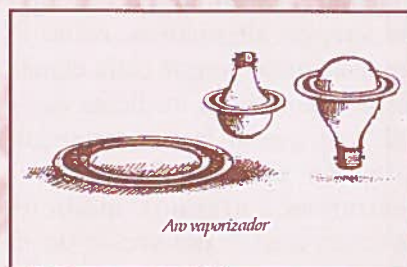


Quemador de esencias

El método para quemar aceites debe aplicarse de manera correcta. Los aceites esenciales deben estar disueltos en agua sobre una fuente de calor. Cuando el aceite

se evapora, sus moléculas se distribuyen a nuestro alrededor e inhalamos el aire aromatizado y humedecido.

Un sistema alternativo para quemar aceites esenciales es el aro vaporizador, que tiene un sorprendente modo de utilización. Se coloca el aro sobre una superficie plana y se vierte sobre el surco unas gotitas de aceite perfumado. Cuando el aro ha absorbido el aceite se coloca sobre una bombilla (60 vatios como máximo) y se enciende la luz. Este método de vaporización no es tan efectivo como el quemador de esencias para el alivio de síntomas, pero es estupendo si simplemente queremos crear una fragancia agradable en una habitación.



Aro vaporizador

A diferencia de los fármacos y medicinas actuales, los aceites esenciales de uso generalizado en aromaterapia raras veces tienen efectos secundarios desagradables, por el contrario ayudan a generar armonía, bienestar, paz y tranquilidad. Esto no quiere decir que carezcan de efectos secundarios potencialmente peligrosos si no se usan adecuadamente. Algunos aceites esenciales pueden ser peligrosamente tóxicos y producir daños en nuestro organismo si se utilizan en grandes cantidades y/o demasiada frecuencia. Éstos, afortunadamente, no suelen hallarse a disposición del público general; muchos de ellos se utilizan en

perfumes, aromatizantes de alimentos, medicinas y productos medicinales, pero en estas formas resultan inofensivos para el consumo humano.

Curar por el olfato

La medicación ortodoxa no interfiere con la eficacia de los tratamientos de aromaterapia o viceversa. En realidad, el tratamiento médico y esta terapia pueden ayudarse mutuamente. No obstante, los tratamientos homeopáticos pueden resultar afectados por ciertos aceites de aromaterapia (alcanfor, eucalipto, menta...).

Según Ana Garrido Inocencio, Terapeuta Bioenergética y gerente del herbolario *El Bosque Encantado*, “el sector médico, en general, no recomienda este tipo de terapias alternativas, como la aromaterapia, porque entra dentro de la denominada medicina natural. Los que sí las recomiendan son los médicos naturistas. Asimismo, algunos médicos jóvenes dentro del sector de la medicina tradicional están comenzando a recomendar tera-

pias alternativas como el masaje energético y la reflexoterapia. De todas maneras, la medicina naturista todavía no se ha desarrollado adecuadamente en nuestro país, en comparación con otros países como por ejemplo Alemania, donde se aplica de forma generalizada desde hace 50 años. En España existen aún muchos problemas de convivencia entre la medicina tradicional y la medicina naturista que impiden el despegue definitivo de este tipo de terapias alternativas”.

Ana Garrido comenta que, “generalmente no consumen aromaterapia personas que padezcan enfermedades graves. Depende, naturalmente, de las enfermedades que se traten de curar. De todos modos, la aromaterapia es una ayuda muy grande en combinación con otras terapias. Por ejemplo, hay personas que, tras tomar fármacos, recurren a las técnicas de aromaterapia y logran ir reduciendo la ingesta de éstos de forma que mejoran en sus dolencias. Hay que tener en cuenta

La aromaterapia es el arte de recuperar la salud, la belleza y el bienestar a través de la utilización de los aceites esenciales de las plantas

que los principios activos de las plantas están contenidos en los aceites esenciales y éstos hacen una estimulación muy fuerte por inhalación que suele ser, a veces, hasta más efectiva que la ingesta”.

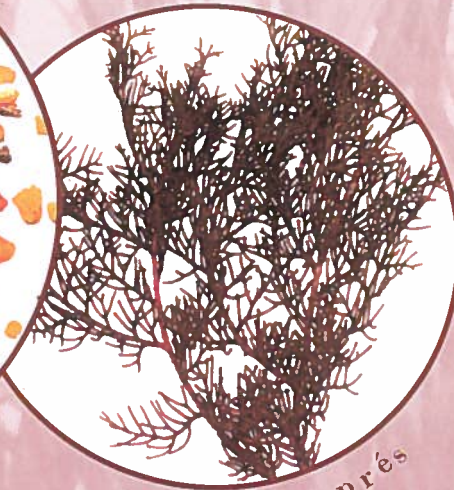
Los usuarios de los aceites esenciales puros suelen ser mayoritariamente mujeres jóvenes. Los hombres, en general, aún son reacios a utilizar estos productos.

“Los aceites esenciales más demandados por el público son los aromas relajantes que sirven para la estimulación de los estudiantes, por ejemplo menta para no dormirse, esencia de naranja y de limón, que despejan y ayudan en el estudio, la lavanda, que combate el dolor de cabeza, etc. Las jóvenes féminas saben mucho sobre los poderes de la aromaterapia y suelen pedir esencias que sirven como estimulantes sexuales. Entre ellas destacan los aceites esenciales de vainilla, grosella, jazmín, incienso, mirra, canela, almizcle, etc. Se lo aplican como si de un perfume se tratase”.

No se puede hablar de la existencia de tratamientos propiamente dichos en aromaterapia.



Inciensso



Ciprés



Pero “el que empieza a utilizar aceites esenciales se hace “adicto” a la aromaterapia, porque una vez que has comprobado lo que es un aroma natural, la madre de una planta, ya no te gusta cualquier otro aceite artificial. Los tratamientos se aplican en las zonas calientes del cuerpo; en las corvas, por donde pasan grandes vasos sanguíneos (parte interna de los codos, la yugular, la parte interna de las muñecas, las sienes, en los lóbulos de las orejas, en la parte interna de las orejas y, por último, en el entrecejo, un punto muy sensible)”, comenta Ana Garrido.

El coste aproximado de los tratamientos con aceites esenciales puros va desde las 600 pesetas que valen las esencias más asequibles, como el limón o la naranja, a las 4.500 pesetas que cuesta un frasco de 15 ml. de aceite esencial de sándalo, que es el más caro porque procede de una planta ubicada en La India, y es necesaria mucha materia prima para su proceso de destilación. También encontramos variedad de precio en esencias como el jazmín, que cuesta 2.000 pesetas, y el aceite esencial de tilo que se vende por 1.100 pesetas.

En la actualidad, es un hecho constatable que la aromaterapia se utiliza más como tratamiento de belleza que como tratamiento contra las enfermedades. Según Ana Garrido, las nuevas generaciones, al conocer mejor las utilidades de los aceites esenciales y las diversas opciones que nos ofrecen, lo utilizarán cada vez más como tratamientos medicinales y en aplicaciones para estimular, para sedar, etc.

“La aromaterapia no es por sí sola una medicina, sino una ayuda a otros tratamientos, para otras medicinas, tanto para la

alopática como para la naturista. La aromaterapia combinada con la fitoterapia sí se pueden considerar las medicinas del futuro”, concluye Garrido.

Las autoridades de diversos países occidentales estudian incluir terapias alternativas, como la aromaterapia, dentro de la enseñanza médica universitaria o en la práctica

sanitaria, ya que, después de una mútua indiferencia, médicos de formación oriental y occidental han acordado efectuar pruebas definitivas sobre la eficacia de las terapias alternativas. En los próximos años, seguramente, los ensayos darán un veredicto sobre estas prácticas, a las que según la OMS acude un 80% de la humanidad.

AROMATERAPIA PARA USO COSMÉTICO

PRODUCTO	COMPOSICIÓN	PROPIEDADES
ANTICELULÍTICO	Limón, enebro, ciprés y romero	Elimina los depósitos de grasas y aguas
ANTIARRUGAS	Limón, naranja, palo de rosa, incienso	Nutre en profundidad y lucha contra las arrugas
ADELGAZANTE	Limón, enebro, ciprés, geranio, cedro y menta	Depura el organismo
REAFIRMANTE	Geranio, limón y ciprés	Da tersura y vida a los tejidos flácidos
CLEOPATRA	Incienso y mirra	Retrasa el envejecimiento cutáneo
BABILONIA	incienso, mirra, cedro, petit-grain	Aporta nueva vida a los tejidos

AROMATERAPIA PARA EL CUERPO Y LA MENTE

PRODUCTO	COMPOSICIÓN	PROPIEDADES
ANTIESTRÉS	Naranja, pomelo, lavanda, petit-grain, mejorana y limón	Elimina tensiones y calma la mente
DEPRESIÓN	Naranja, petit-grain, pomelo, geranio y lavanda	Da optimismo y ganas de vivir
RELAJANTE	Naranja, petit-grain, lavanda, coriandro y cedro	Tranquilidad y relax
ENERGÉTICO	Limón, romero, hisopo y clavo	Fuerza y vitalidad
DULCES SUEÑOS	Naranja, mejorana, lavanda, petit-grain y manzanilla	Sueño profundo y placentero
AFRODISÍACO	Sándalo, ylang-ylang, jengibre y cardamomo	Estimula energía sexual
CONCENTRACIÓN	Limón, naranja y romero	Estimula la memoria
RESPIRACIÓN SANA	Eucalpto, romero y menta	Respiración profunda
ESPIRITUALIDAD	Limón, naranja, sándalo, cedro, incienso y mirra	Calma el espíritu
ANTI TABACO	Petit-grain, lavanda, geranio, cedro y pino	Purifica el aire
CONTRA INSECTOS	Citronella, lavanda, albahaca y cedro	Ahuyenta los insectos

Pilar Regato Pajares

Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, especialista en Educación para la Salud

LA SALUD DE LA MUJER EN CIFRAS

Si partimos de la definición que la Organización Mundial de la Salud dio en 1974 de salud como un bienestar físico mental y social total y no simplemente la ausencia de dolores y enfermedades, entendemos que no se puede identificar envejecimiento con enfermedad (un anciano/anciana no es un enfermo/enferma), y que si bien en las personas mayores aumenta la incidencia y la prevalencia de muchas enfermedades, siendo su grado de autonomía y bienestar físico y psíquico progresivamente limitados, es sobre todo la capacidad funcional el indicador con mayor valor predictivo respecto a la necesidad de recibir ayuda (v. BIBLIOGRAFÍA §1).

También en este colectivo los problemas sociales inciden y condicionan problemas de salud y viceversa, por lo tanto la necesidad de una atención integral bio-psicosocial se convierte en la base y el fundamento de los cuidados que deben recibir.

Desafortunadamente, las optimistas previsiones que se realizaron en los años ochenta (Fries, 1980-1989) en cuanto a la llamada "comprensión de la morbilidad" o disminución de las tasas de discapacidad entre las personas mayores no se han cumplido. Por el contrario, ha podido comprobarse que la prevalencia en las tasas de síndromes y trastornos que producen dependencia aumenta considerablemente a partir de los 75 años, y por lo tanto, parece que nuestra capacidad para vivir más años no ha ido acompañada de una aptitud similar para retardar la pérdida de inde-

pendencia, sino que por el contrario el aumento de la necesidad de cuidados y atención de las personas mayores es un hecho indiscutible. "Se han conquistado años de vida, pero la calidad de vida está disminuyendo con aspectos negativos como el aislamiento, la soledad y la discapacidad o la dependencia". (v. BIBLIOGRAFÍA §2)

En el seno de los países desarrollados asistimos en este final de siglo a un fenómeno peculiar que es fruto del desarrollo social, que tiene diversas facetas y resultados contradictorios sobre la sociedad en general, y la mujer en particular. Se trata del envejecimiento poblacional, las condiciones de este fenómeno son:

- El desarrollo considerable de las ciencias biomédicas, con la consiguiente mejora de los niveles de salud de toda la población y la disminución de las tasas de mortalidad.

- El aumento de la capacidad adquisitiva colectiva e individual, el incremento de la calidad de vida.

- La incorporación de la mujer al trabajo y la disminución del índice de fecundidad, que en nuestro país en 1990 era uno de los más bajos del mundo con 1,3 hijos / mujer.

El crecimiento sin precedentes de la esperanza de vida entre las personas mayores de 65 años ha implicado para la mujer un rasgo diferencial de enormes proporciones sociales, económicas y políticas. El peso de la mujer y su expectativa de influencia se hace evidente en el hecho de que para el hombre en España la posibilidad de vida

al nacer es de 73 años y para la mujer de 80. (v. BIBLIOGRAFÍA §2)

En España, según cifras aproximadas del censo de población de 1991, los mayores de 65 años son casi el 14% de la población española y un total de casi cinco millones y medio de personas. Las últimas proyecciones de población sitúan el crecimiento de este colectivo en torno a 8.659.715 (21,24%) para el año 2026. Otro fenómeno a destacar es el envejecimiento secundario de este grupo poblacional, es decir, el crecimiento del grupo de 80 y más años, que se cuadruplica, mientras los que superan los 65 años lo hacen en un 262%. (v. BIBLIOGRAFÍA §2)

Las mujeres resultan especialmente beneficiadas por su mayor longevidad relativa. Actualmente, el predominio de mujeres en la población total es muy reducido. Sin embargo, entre los mayores de 65 años, la relación es de 6 a 4. La desproporción a favor de las mujeres es tanto mayor cuanto más tiene la subcohorte considerada, hasta el punto de que entre las mujeres de 75 años la relación es casi de 7 a 3 (ver gráficos 1, 2, 3). La longevidad mayor de las mujeres tiene como consecuencia o concomitancia mayor morbilidad relativa, mayor desvalimiento medio, una tasa más alta de viudedad y tasas también más altas de algunas modalidades de convivencia: en solitaria y sin cónyuge. Véase que en cifras absolutas y relativas, hay más solteras y viudas que solteros y viudos. La proporción entre mayores de 65 es: viudos un 16% y viudas un 49%. En ambos casos, la tasa de viudedad se incrementa, obviamente, al envejecer a ritmo más acelerado las mujeres, sobre todo las que viven en torno a los 70 años. (ver gráficos 4, 5) (v. BIBLIOGRAFÍA §3)

Con diferencia a otros países de nuestro ámbito, en el nuestro una minoría de ancianos y ancianas no convive habitualmente con nadie, esta minoría representa el 16% sobre el total. La vida en solitario se incrementa con la edad y pasa del 10% a los 65 años a casi el 20% a partir de los 70 o 75. En cifras absolutas y relativas es mucho más frecuente esa forma de vida entre las mujeres que entre los varones (23% vs. 7%). Por otra parte son mujeres más de 8 de cada 10 personas de más de 65 años que no conviven habitualmente con nadie. (v. BIBLIOGRAFÍA §3)

El vivir solo a partir de los 75 u 80 años según distintos autores constituye un factor de fragilidad, aumentando de manera importante el riesgo de enfermedad o incapacidad (ver gráfico 6) (v. BIBLIOGRAFÍA §4). Los riesgos de enfermedad,

incapacidad o muerte aumentan con la edad, y la salud se convierte en la segunda gran preocupación y demanda de las personas de edad, después de la garantía de recursos económicos. Además del deterioro de determinadas funciones físicas y sensoriales, en el anciano aumenta la propensión a enfermedades crónicas y existe una percepción diferenciada de la misma según la edad, sexo y estatus socioeconómico. (v. BIBLIOGRAFÍA §1)

Las enfermedades crónicas más frecuentes padecidas por este grupo de población son las de tipo circulatorio, seguidas de las del aparato digestivo, tumores, respiratorias y traumatismos (ver gráfico 7). Pero no existen datos de morbilidad desagregados por sexo para mayores de 65 años. (v. BIBLIOGRAFÍA §1)

Respecto a la valoración subjetiva de la salud, existe una percepción diferenciada según la edad y el sexo. Según datos de la última Encuesta Nacional de Salud (1993), el 68% de la población de 16 y más años valora su estado de salud como muy bueno o bueno, el 24% como regular y el 7% como malo o muy malo. El porcentaje de individuos que valora su estado de salud como muy bueno o bueno disminuye conforme aumenta la edad y es más bajo en las mujeres y en las clases sociales bajas. Complementariamente, la proporción de personas que consideran que su estado de salud ha sido regular, malo o muy malo aumenta con la edad y es más alta en las mujeres y en las clases sociales bajas. (v. BIBLIOGRAFÍA §5)

En 1993 el 36% de las mujeres valoraron negativamente su salud, mientras que entre los hombres lo hicieron el 27%. Por lo que se refiere a la edad, la autovaloración negativa de la salud en 1993 se incrementó desde el 19% en el grupo de 16 a 44 años hasta un 39% en los mayores de 65 años (ver gráficos 8, 9, 10). (v. BIBLIOGRAFÍA §5)

Estos datos coinciden sólo parcialmente con los recogidos en el estudio INSERSO/CIS de 1993 donde se pide a los mayores que opinen de su salud "teniendo en cuenta su edad", ya que en este estudio se constata un predominio del diagnóstico positivo incluso entre los más viejos, sobre todo a partir de los 70 años. Al parecer este resultado se debe a que el individuo no reconoce aquellas enfermedades que no dan síntomas o molestias (ver gráficos 3, 1).

No obstante, los datos corroboran la percepción de deterioro de salud en hombres y mujeres a medida que avanza la edad, pero con una diferencia sistemática entre ellos y ellas: a igual edad



siempre es mayor entre las mujeres, la proporción que considera mala o muy mala su salud. Esta diferencia es, sin embargo, reducida a partir de los 80 años aproximadamente (ver gráficos 11, 12). (V. BIBLIOGRAFÍA §3)

El grado de dependencia, traducido en necesidad de ayuda de una tercera persona, que declaran padecer las personas de 65 y más años, constituye uno de los indicadores claves en la planificación de servicios y programas sociales y sanitarios. Así pues, teniendo en cuenta los datos recogidos en el gráfico 12 del estudio INSERSO/CIS de 1993, esta necesidad de ayuda se correlaciona con la edad, y se puede afirmar que hasta los 75 años nuestra población mayor disfruta de una excelente situación de autonomía y competencia personal.

En contraposición, las personas mayores de 80 años, que en su gran mayoría son mujeres viudas, se encuentran en situación de gran necesidad de cuidados y atención. La encuesta del INSERSO cifra en un 26,6% el número de personas mayores que presenta algún grado de dependencia. En cuanto al perfil de estas personas que se ven necesitadas de ayuda, hay un claro predominio femenino (66% de los mayores de 65 años y el 73 por ciento de los mayores de 80 años son mujeres). La dependencia parece que se acentúa significativamente en relación con el más bajo nivel de estudios y también, lógicamente, se correlaciona con el estado de salud (el 86% considera su salud mala o regular). (V. BIBLIOGRAFÍA §2)

La investigación mencionada del INSERSO incluía en la mencionada encuesta una pregunta sobre las personas o instituciones que se ocupan de atender a quienes respondieron precisar ayuda. (V. BIBLIOGRAFÍA §2-3)

Los resultados pueden agruparse así:

— La familia cercana (cónyuge o hijos /as) realiza el 63, 8% de los cuidados.

— Otros allegados (familiares, parientes, amistades, vecindad, etc.) asumen el 8,1% de la atención.

— A cargo de empleados/as de hogar está el 5,4% del total de los cuidados.

— Los servicios sociales asumen el 3,8%.

En resumen, la inmensa mayoría de los cuidados que precisan las personas mayores dependientes están a cargo de familiares y allegados.

¿Cuál es el perfil de las personas cuidadoras? En esta investigación se ha confirmado que el perfil típico de quienes cuidan en España a personas

mayores puede sintetizarse en la fórmula enunciada “género femenino, número singular”: el 83% del total de cuidadoras/es son mujeres, y el 61,5% de ellas declaran que no reciben ayuda de nadie para la realización de este trabajo. En cuanto a edad, también se confirma para España lo que sucede en otros lugares, es decir, que el grupo de edad del potencial cuidador se sitúa entre los 45 y los 69 años. El estado civil que predomina es el de casados/as (76,6%, solteros/as el 15,8%, viudos/as el 16, 9% y separados el 2,5%).

El 65% del conjunto de la muestra tiene un nivel de enseñanza muy bajo (sin estudios o estudios primarios), mientras que sólo cuentan con estudios universitarios, medios o superiores el 6,1%.

El 75% del total de personas cuidadoras no tienen actividad laboral alguna (son amas de casa el 50%, jubilados/as el 15% y parados/as el 9,7% y sólo el 18,5% de la muestra desarrolla un trabajo remunerado que compatibiliza con los cuidados. (V. BIBLIOGRAFÍA §2-3)

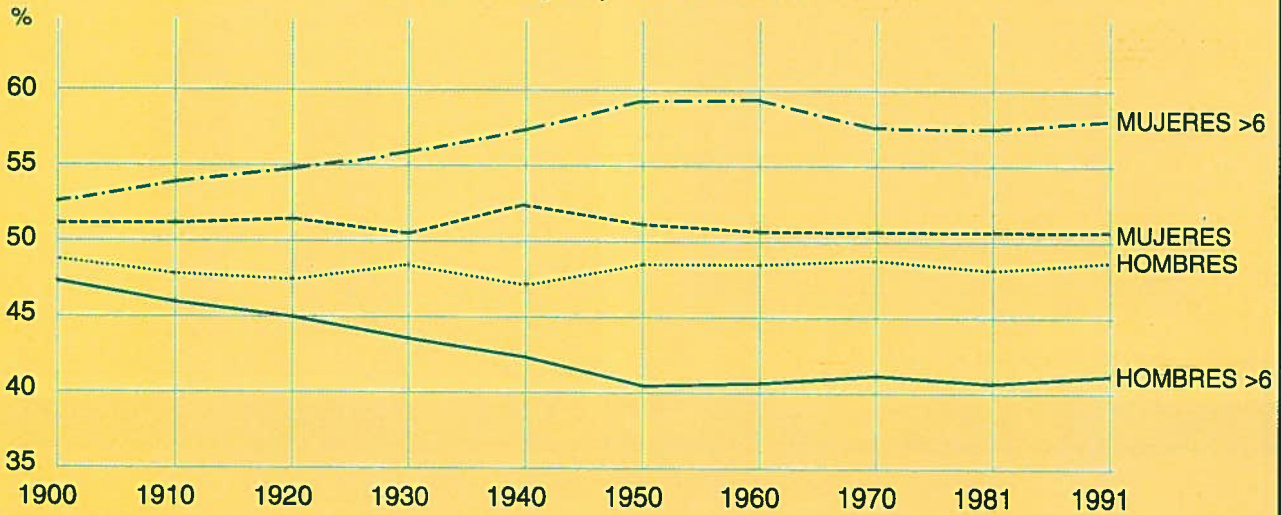
Como se puede ver a través de los datos y cifras aportados, la mujer en nuestro país vive más que el hombre, pero las encuestadas corroboran una mayor necesidad de ayuda y de cuidados. La mujer suele estar casada, en muchos casos viuda y por lo tanto vive sola, pero generalmente, sobre todo, la que está en torno a los 65 años se encarga del cuidado de su marido, algún hijo o nieto, y en muchas ocasiones de su padre, madre o suegro.

Si bien la expectativa de vida de las mujeres es mayor, entre otras causas porque la mujer se autocuida más, al consumir menos tabaco o alcohol, tener menos accidentes y realizar trabajos menos arriesgados, también se ha constatado en otros estudios (V. BIBLIOGRAFÍA §6) que la prestación continuada de asistencia a los mayores tiene como consecuencias la restricción del tiempo libre y la participación en actividades sociales, el deterioro de la salud, la concurrencia de sentimientos de malestar, y convertirse en carga económica o presentar dificultades en la vida laboral.

Esta situación está cambiando más lentamente de lo deseado con la incorporación de la mujer al mundo laboral, hecho que deberá modificar los patrones de morbimortalidad en un futuro y que obligará a los poderes públicos a sustituir por servicios modernos el importante papel social que la mujer desempeña como educadora y cuidadora.

GRÁFICO 1

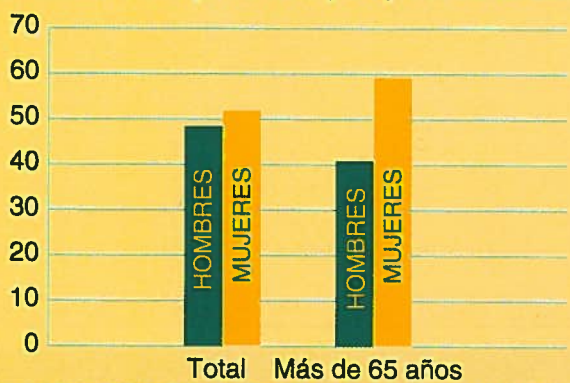
Relación hombres-mujeres: 1900-1991
Población total y mayores de 65 años



Fuente: Anuario Estadístico de España 1992.

GRÁFICO 2

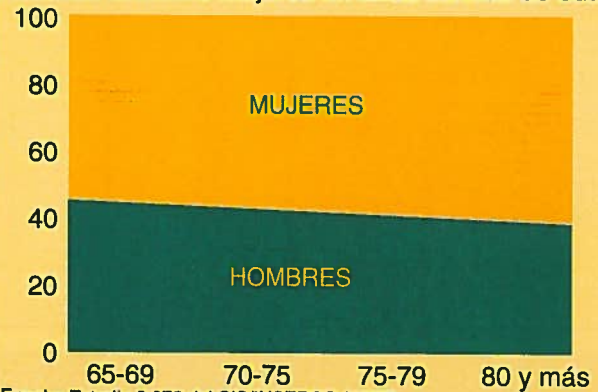
Predominio de mujeres: total y mayores de 65 años



Fuente: Anuario Estadístico de España 1992. (Datos censo de 1991)

GRÁFICO 3

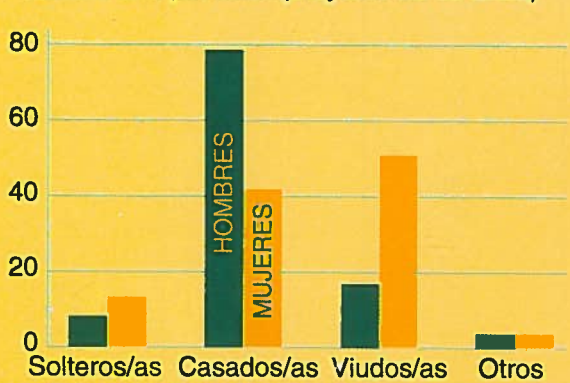
Relación hombres-mujeres en cada cohorte de edad



Fuente: Estudio 2.072 del CIS/INSERSO (1993)

GRÁFICO 4

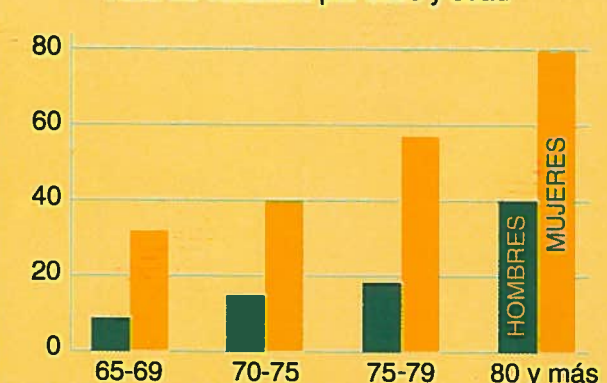
Estado civil por sexo (mayores de 65 años)



Fuente: Estudio 2.072 del CIS/INSERSO (1993)

GRÁFICO 5

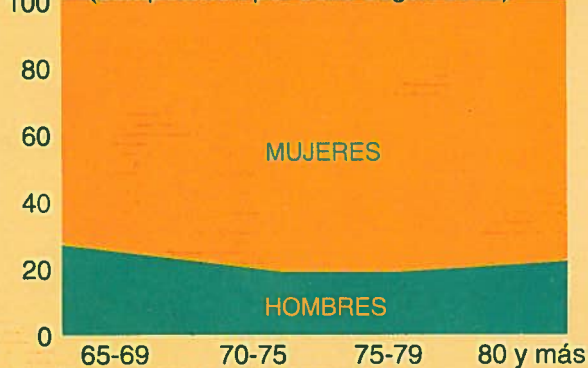
Tasa de viudedad por sexo y edad



Fuente: Estudio 2.072 del CIS/INSERSO (1993)

GRÁFICO 6

Personas mayores de 65 años que viven solas
(composición por sexo según edad)



Fuente: Estudio 2.072 del CIS/INSERSO (1993)

GRÁFICO 9

Porcentaje de población de 16 y + años que declara tener una salud regular, mala o muy mala, según sexo

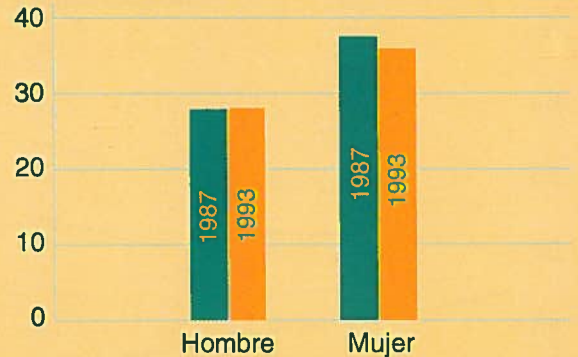


GRÁFICO 7

Morbilidad hospitalaria (1988) y defunciones (1985), según causas

Enfermedad	Morbilidad hospitalaria				Defunciones	
	<65 años		65 y + años		<65 años	65 y + años
	%	días*	%	días*	%	%
I. Infecciones	2,7	13	1,3	28	1,7	0,8
II. Tumores	5,8	13	10,9	14	31,7	18,7
III. Endocrinas	1,3	13	2,6	12	2,1	3,4
VII. Circulatorias	4,8	12	17	16	25,8	51,1
VIII. Respiratorias	5,9	8	9,3	16	5,4	10,5
IX. Digestivo	10,2	10	12,4	11	8,4	4,8
X. Genitourinarias	6,4	8	6,5	12	1,2	2,4
XVI. Mal definidas	8,2	8	7,7	13	2,9	3,5
XVII. Traumatismos	20,2	9	17,8	18	14,7	18
Riesgo enfermedades	36,6	18	14,8	39	8,8	2,9

(*) Días de estancia media

Fuente: INE Encuesta de Mortalidad Hospitalaria. Madrid 1990

INE Movimiento Natural de la Población Española. Madrid 1990

GRÁFICO 8

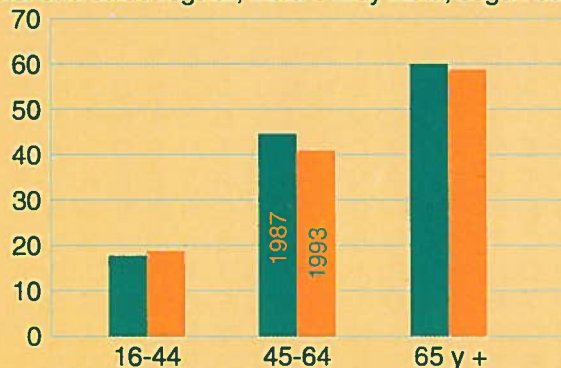
Distribución porcentual de la población según la autovaloración del estado de salud, por edad, sexo y clase social.
Población de 16 y más años. España 1993

	Muy bueno	Buena	Regular	Malo	Muy malo
TOTAL	11	57	24	6	1
EDAD					
16-44	15	66	15	3	1
45-64	7	52	31	8	2
65 y +	4	37	43	14	2
SEXO					
Hombre	13	61	21	5	1
Mujer	9	54	28	7	1
CLASE SOCIAL					
Alta	18	65	13	3	1
Media-alta	17	66	14	3	0
Media-media	14	64	18	3	0
Media-baja	9	57	26	6	1
Baja	8	49	32	9	2

Fuente: ENS 1993

GRÁFICO 10

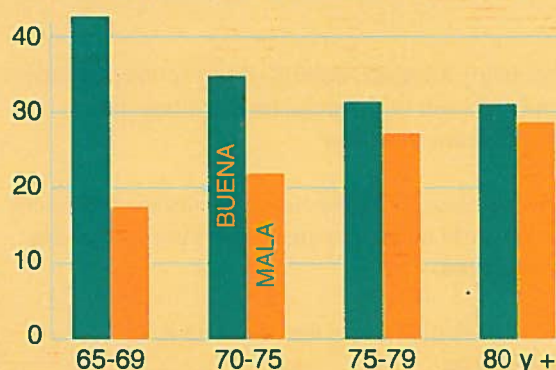
Porcentaje de población de 16 y + años que declara tener una salud regular, mala o muy mala, según edad



Fuente: ENS 1993

GRÁFICO 11

Autodiagnóstico de salud según la edad



Fuente: Estudio 2.072 del CIS/INSERSO (1993)

GRÁFICO 12

Mayores de 65 años con necesidad de ayuda para realizar actividades según sexo y edad (en % sobre el total de la categoría)

	65-60		70-74		75-79		80 y +	
	H	M	H	M	H	M	H	M
Necesitan ayuda para:								
— Levantarse/acostarse de la cama	2,6	3,0	2,8	2,8	7,6	6,2	12,9	18,3
— Vestirse/desvestirse	3,4	3,0	2,8	4,2	10,2	6,7	14,5	22,0
— Cuidar de su espacio físico (peinarse, lavarse)	1,7	2,2	2,8	3,1	7,2	6,1	13,1	23,0
— Bañarse o ducharse	6,2	4,9	6,1	8,7	12,6	15,0	28,8	41,5
— Acudir al servicio	1,7	2,2	1,4	1,0	6,1	4,0	10,8	17,8
— Comer	0,4	1,1	0,9	1,0	3,4	3,5	8,0	11,0
— Quedarse solo durante la noche	2,6	3,4	2,3	3,6	6,6	7,5	14,1	23,4
— Subir o bajar escaleras	1,7	3,4	3,7	6,0	7,2	12,1	16,7	27,0
— Realizar tareas domésticas (hacer la comida, limpiar la casa, etc.)	2,6	7,0	3,3	12,2	8,6	14,3	16,5	27,8
— Andar, pasear...	1,3	3,7	2,8	4,9	11,6	8,8	6,1	26,0

Fuente: Estudio 2072 del CIS/INSERSO 1993

BIBLIOGRAFÍA

- 1.— Martínez Aguayo, Carmen; Gorgocena Aoiz, M. A.; y Regato Pajares, P.: *Bases para la ordenación de servicios sociales de atención sanitaria a las personas mayores*. N.º Publicación INSALUD, 1656.
- 2.— Rodríguez Rodríguez, P. y Sancho Castiello, M. T.: "Nuevos retos de la política social de atención a las personas mayores. Las situaciones de fragilidad". *Revista Española Geriatria y Gerontología*.
- 3.— *Apoyo informal a la Tercera Edad*. Estudio INSERSO/CIS, n.º 2.072, 1993.
- 4.— *Encuesta Nacional de Salud*. Ministerio de Sanidad y Consumo, 1993.
- 5.— Gorgocena Aoiz, M. A. y Regato Pajares P.: *Criterios de ordenación de servicios para la atención sanitaria a las personas mayores*. N.º Publicación INSALUD, 1974.
- 6.— Montorio Cerrato, I.; Díaz Verga, P.; y Fernández de Troconiz, M.ª I.: "Programas y servicios de apoyo a familiares cuidadores de ancianos dependientes". *Revista Española Geriatria y Gerontología*, 1995, 30 (3): 157-168.



SABÍAS QUE...

- Piel fría y húmeda, debilidad y respiración poco profunda son los principales síntomas del agotamiento por calor
- Los indios de los Andes tienen el corazón tres veces mayor de lo normal lo que les permite vivir a esta gran altitud.
- La sensación de sed se desencadena en el hipotálamo.
- Los síntomas de la ceguera se presentan entre 12 y 18 horas después de la exposición de los ojos al reflejo del sol.
- Un mosquito tiene 47 dientes.
- El esqueleto de un gato tiene 244 huesos.
- Una pareja de ratas puede producir en tres años veinte millones de descendientes.
- La fructosa es el azúcar natural de las frutas.

SOPA DE LETRAS A

A	O	D	E	T	S	S	I	P	O	S	T	E	R	I	O	R	D	M
P	I	A	X	E	Y	I	B	U	C	I	D	E	R	U	F	F	G	U
I	E	I	J	R	D	G	M	C	T	T	G	C	A	M	S	L	J	S
C	M	E	O	E	U	A	C	R	O	A	T	M	P	O	I	A	N	C
O	Y	T	U	C	O	R	N	E	A	N	R	V	E	R	K	J	R	U
P	E	R	W	P	P	R	G	T	D	H	G	M	Z	V	D	D	O	L
O	V	C	T	F	O	O	E	I	T	A	S	A	O	I	S	L	V	O
S	U	O	U	H	S	T	I	N	W	N	T	P	I	T	T	A	J	O
T	A	T	E	R	T	O	I	A	K	Q	E	S	N	R	R	S	X	L
E	E	O	E	Y	E	I	H	E	M	C	M	E	D	I	A	L	Z	A
R	A	R	T	H	R	L	N	T	P	T	E	E	O	O	Q	R	L	T
I	P	R	O	O	I	O	O	E	O	A	T	O	A	T	U	R	C	E
O	I	A	S	R	O	R	R	Q	E	T	I	E	V	L	E	A	N	R
R	C	G	T	M	R	E	I	U	G	I	A	P	I	A	A	E	N	G
E	A	I	N	U	I	T	S	S	A	A	I	L	D	T	E	C	X	L
A	L	A	O	S	V	A	L	A	L	D	E	J	F	O	W	L	I	H
D	B	M	E	A	N	T	E	R	I	O	R	L	I	N	V	I	A	D

Localiza las ramificaciones bronquiales.

SOLUCIONES

Sopa de Letras A

D	B	M	E	A	N	T	E	R	I	O	R	L	I	N	V	I	A	D
A	L	A	O	S	V	A	L	A	L	D	E	J	F	O	W	L	I	H
E	A	I	N	U	I	T	S	S	A	A	I	L	D	T	E	C	X	L
H	A	I	N	U	I	T	S	S	A	A	I	L	D	T	E	C	X	L
G	A	I	N	U	I	T	S	S	A	A	I	L	D	T	E	C	X	L
A	L	A	O	S	V	A	L	A	L	D	E	J	F	O	W	L	I	H
E	A	I	N	U	I	T	S	S	A	A	I	L	D	T	E	C	X	L
H	A	I	N	U	I	T	S	S	A	A	I	L	D	T	E	C	X	L
G	A	I	N	U	I	T	S	S	A	A	I	L	D	T	E	C	X	L
A	L	A	O	S	V	A	L	A	L	D	E	J	F	O	W	L	I	H
E	A	I	N	U	I	T	S	S	A	A	I	L	D	T	E	C	X	L
H	A	I	N	U	I	T	S	S	A	A	I	L	D	T	E	C	X	L
G	A	I	N	U	I	T	S	S	A	A	I	L	D	T	E	C	X	L
A	L	A	O	S	V	A	L	A	L	D	E	J	F	O	W	L	I	H
E	A	I	N	U	I	T	S	S	A	A	I	L	D	T	E	C	X	L
H	A	I	N	U	I	T	S	S	A	A	I	L	D	T	E	C	X	L
G	A	I	N	U	I	T	S	S	A	A	I	L	D	T	E	C	X	L
A	L	A	O	S	V	A	L	A	L	D	E	J	F	O	W	L	I	H
E	A	I	N	U	I	T	S	S	A	A	I	L	D	T	E	C	X	L
H	A	I	N	U	I	T	S	S	A	A	I	L	D	T	E	C	X	L
G	A	I	N	U	I	T	S	S	A	A	I	L	D	T	E	C	X	L
A	L	A	O	S	V	A	L	A	L	D	E	J	F	O	W	L	I	H
E	A	I	N	U	I	T	S	S	A	A	I	L	D	T	E	C	X	L
H	A	I	N	U	I	T	S	S	A	A	I	L	D	T	E	C	X	L
G	A	I	N	U	I	T	S	S	A	A	I	L	D	T	E	C	X	L
A	L	A	O	S	V	A	L	A	L	D	E	J	F	O	W	L	I	H
E	A	I	N	U	I	T	S	S	A	A	I	L	D	T	E	C	X	L
H	A	I	N	U	I	T	S	S	A	A	I	L	D	T	E	C	X	L
G	A	I	N	U	I	T	S	S	A	A	I	L	D	T	E	C	X	L
A	L	A	O	S	V	A	L	A	L	D	E	J	F	O	W	L	I	H
E	A	I	N	U	I	T	S	S	A	A	I	L	D	T	E	C	X	L
H	A	I	N	U	I	T	S	S	A	A	I	L	D	T	E	C	X	L
G	A	I	N	U	I	T	S	S	A	A	I	L	D	T	E	C	X	L
A	L	A	O	S	V	A	L	A	L	D	E	J	F	O	W	L	I	H
E	A	I	N	U	I	T	S	S	A	A	I	L	D	T	E	C	X	L
H	A	I	N	U	I	T	S	S	A	A	I	L	D	T	E	C	X	L
G	A	I	N	U	I	T	S	S	A	A	I	L	D	T	E	C	X	L
A	L	A	O	S	V	A	L	A	L	D	E	J	F	O	W	L	I	H
E	A	I	N	U	I	T	S	S	A	A	I	L	D	T	E	C	X	L
H	A	I	N	U	I	T	S	S	A	A	I	L	D	T	E	C	X	L
G	A	I	N	U	I	T	S	S	A	A	I	L	D	T	E	C	X	L
A	L	A	O	S	V	A	L	A	L	D	E	J	F	O	W	L	I	H
E	A	I	N	U	I	T	S	S	A	A	I	L	D	T	E	C	X	L
H	A	I	N	U	I	T	S	S	A	A	I	L	D	T	E	C	X	L
G	A	I	N	U	I	T	S	S	A	A	I	L	D	T	E	C	X	L
A	L	A	O	S	V	A	L	A	L	D	E	J	F	O	W	L	I	H
E	A	I	N	U	I	T	S	S	A	A	I	L	D	T	E	C	X	L
H	A	I	N	U	I	T	S	S	A	A	I	L	D	T	E	C	X	L
G	A	I	N	U	I	T	S	S	A	A	I	L	D	T	E	C	X	L
A	L	A	O	S	V	A	L	A	L	D	E	J	F	O	W	L	I	H
E	A	I	N	U	I	T	S	S	A	A	I	L	D	T	E	C	X	L
H	A	I	N	U	I	T	S	S	A	A	I	L	D	T	E	C	X	L
G	A	I	N	U	I	T	S	S	A	A	I	L	D	T	E	C	X	L
A	L	A	O	S	V	A	L	A	L	D	E	J	F	O	W	L	I	H
E	A	I	N	U	I	T	S	S	A	A	I	L	D	T	E	C	X	L
H	A	I	N	U	I	T	S	S	A	A	I	L	D	T	E	C	X	L
G	A	I	N	U	I	T	S	S	A	A	I	L	D	T	E	C	X	L
A	L	A	O	S	V	A	L	A	L	D	E	J	F	O	W	L	I	H
E	A	I	N	U	I	T	S	S	A	A	I	L	D	T	E	C	X	L
H	A	I	N	U	I	T	S	S	A	A	I	L	D	T	E	C	X	L
G	A	I	N	U	I	T	S	S	A	A	I	L	D	T	E	C	X	L
A	L	A	O	S	V	A	L	A	L	D	E	J	F	O	W	L	I	H
E	A	I	N	U	I	T	S	S	A	A	I	L	D	T	E	C	X	L
H	A	I	N	U	I	T	S	S	A	A	I	L	D	T	E	C	X	L
G	A	I	N	U	I	T	S	S	A	A	I	L	D	T	E	C	X	L
A	L	A	O	S	V	A	L	A	L	D	E	J	F	O	W	L	I	H
E	A	I	N	U	I	T	S	S	A	A	I	L	D	T	E	C	X	L
H	A	I	N	U	I	T	S	S	A	A	I	L	D	T	E	C	X	L
G	A	I	N	U	I	T	S	S	A	A	I	L	D	T	E	C	X	L
A	L	A	O	S	V	A	L	A	L	D	E	J	F	O	W	L	I	H
E	A	I	N	U	I	T	S	S	A	A	I	L	D	T	E	C	X	L
H	A	I	N	U	I	T	S	S	A	A	I	L	D	T	E	C	X	L
G	A	I	N	U	I	T	S	S	A	A	I	L	D	T	E	C	X	L
A	L	A	O	S	V	A	L	A	L	D	E	J	F	O	W	L	I	H
E	A	I	N	U	I	T	S	S	A	A	I	L	D	T	E	C	X	L
H	A	I	N	U	I	T	S	S	A	A	I	L	D	T	E	C	X	L
G	A	I	N	U	I	T	S	S	A	A	I	L	D	T	E	C	X	L
A	L	A	O	S	V	A	L	A	L	D	E	J	F	O	W	L	I	H
E	A	I	N	U	I	T	S	S	A	A	I	L	D	T	E	C	X	L
H	A	I	N	U	I	T	S	S	A	A	I	L	D	T	E	C	X	L
G	A	I	N	U	I	T	S	S	A	A	I	L	D	T	E	C	X	L
A	L	A	O	S	V	A	L	A	L	D	E	J	F	O	W	L	I	H
E	A	I	N	U	I	T	S	S	A	A	I	L	D	T	E	C	X	L
H	A	I	N	U	I	T	S	S	A	A	I	L	D	T	E	C	X	L
G	A	I	N	U	I	T	S	S	A	A	I	L	D	T	E	C	X	L
A	L	A	O	S	V	A	L	A	L	D	E	J	F	O	W	L	I	H
E	A	I	N	U	I	T	S	S	A	A	I	L	D	T	E	C	X	L
H	A	I	N	U	I	T	S	S	A	A	I	L	D	T	E	C	X	L
G	A	I	N	U	I	T	S	S	A	A	I	L	D	T	E	C	X	L
A	L	A	O	S	V	A	L	A	L	D	E	J	F	O	W	L	I	H
E	A	I	N	U	I	T	S	S	A	A	I	L	D	T	E	C	X	L
H	A	I	N	U	I	T	S	S	A	A	I	L	D	T	E	C	X	L
G	A	I	N	U	I	T	S	S	A	A	I	L	D	T	E	C	X	L
A	L	A	O	S	V	A	L	A	L	D	E	J	F	O	W	L	I	H
E	A	I	N	U	I	T	S	S	A	A	I	L	D	T	E	C	X	L
H	A	I	N	U	I	T	S	S	A	A	I	L	D	T	E	C	X	L
G	A	I	N	U	I	T	S	S	A	A	I	L	D	T	E	C	X	L
A	L	A	O	S	V	A	L	A	L	D	E	J	F	O	W	L	I	H
E	A	I	N	U	I	T	S	S	A	A	I	L	D	T	E	C	X	L
H	A	I	N	U	I	T	S	S	A	A	I	L	D					

ESTOS LIBROS TE INTERESAN...

FAE

FUNDACION PARA LA FORMACION Y AVANCE DE LA ENFERMERIA

Valverde, 1 - 28004 Madrid - Tel.: 521 52 24
Fax 521 53 83

RUEGO ME ENVIEN CONTRA REEMBOLSO LOS SIGUIENTES TITULOS:

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.)

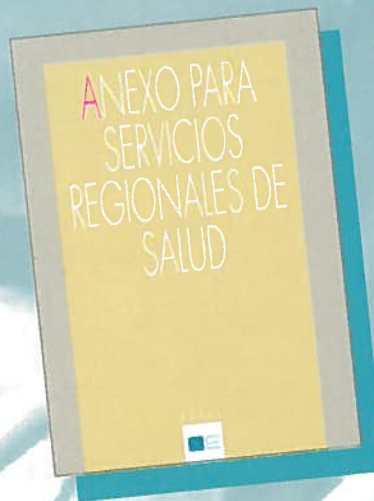
ANEXO PARA SERVICIOS REGIONALES DE SALUD
(Por favor, indiquenos su Comunidad Autónoma.....)
P.V.P. 590 pts.
(afiliados 490 pts.)

OBRA COMPLETA PARA EL CONCURSO-OPOSICION (los tres volúmenes): MANUAL DEL AUXILIAR DE ENFERMERIA, CUESTIONARIO PARA EL AUXILIAR DE ENFERMERIA, ANEXO PARA SERVICIOS REGIONALES DE SALUD.
P.V.P. 6.500 pts.
(afiliados 5.300 pts.)*
(Por favor, indiquenos su Comunidad Autónoma).....

REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICA
P.V.P. 1.850 pts.
(afiliados 1.500 pts.)

LOS CUIDADOS DEL ENFERMO TRASPLANTADO
P.V.P. 1.850 pts.
(afiliados 1.500 pts.)

ATENCION A DOMICILIO
P.V.P. 1.850 pts.
(afiliados 1.500 pts.)



Nombre y apellidos.....

Afiliado a SAE: Sí No

Nº de afiliación

Dirección.....

Provincia.....

Población..... C. P.....

Teléfono.....

* Todos los precios incluyen I.V.A.