

nº 20 • Revista de Auxiliares de Enfermería

El "cole" en el hospital

La menopausia

La diabetes en la visión

EL SOBREPESO y la obesidad

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

A todos los
Auxiliares de
Enfermería

S.A.E.

SINDICATO DE AUXILIARES DE ENFERMERIA



CAUDAL

**PREGUNTE A
SU DELEGADO
ÉL LE INFORMARÁ**

**Exclusivo para afiliados S.A.E.
y sus FAMILIARES:**

Las tarifas más competitivas, con precios aún más bajos.

Avalados con la garantía y solvencia de pertenecer al GRUPO ZURICH.

Agilidad

- Rapidez y agilidad en la recepción de declaraciones de accidentes a través de teléfono, fax o correo.
- Una extensa red de oficinas por todo el territorio nacional.
- Peritación inmediata en el taller que usted elija o en nuestras oficinas.

Comodidad

- El Departamento de Atención al Cliente podrá atenderle de cuantas consultas desee realizar con línea gratuita de teléfono:

900 - 13 14 15

AHORA, si solicita una oferta (sin compromiso) para el seguro de su coche



CAUDAL le

regala

este práctico

MAPA DE

CARRETERAS

de España y

Portugal



Nuestro Departamento de Atención al Cliente podrá informarle de cuantas consultas desee realizar

OFERTA VALIDA HASTA FIN DE EXISTENCIA

**Y ahora, por el mismo precio,
Coberturas más amplias...**



Su coche más seguro durante los dos primeros años

Indemnización del 100% de valor de nuevo durante los dos primeros años de matriculación en caso de Siniestro Total o Robo.

Ampliación del Servicio de Grúa

Dentro de la garantía de Asistencia en Viaje, en caso de avería o accidente, podrá elegir el taller o concesionario oficial donde reparar su vehículo, dentro de su provincia o provincias limítrofes en que se encuentre el mismo.



En el caso de Ampliación a un Segundo Conductor

Si tiene un hijo menor de 25 años y con menos de 2 años de carnet y ocasionalmente conduce su vehículo, le incluiremos como Segundo Conductor en su póliza, con un mínimo coste, siempre pensando en su seguridad.



Insolvencia del contrario

Insolvencia del contrario (declarada en sentencia firme), cobertura de hasta 200.000 ptas. cuando nuestro conductor no sea responsable del siniestro





CONSEJO EDITORIAL
DE NOSOCOMIO

Directora

Dolores Martínez Márquez

Consejo redacción

Ana Escobar Flórez

Redactora jefe

Montse García García

Redacción

Sonia Rodríguez Casado

Comité científico

Teresa Soy Andrade
María Ángeles Gómez
Bárbara Pilar García
José Ángel Peña
Cecilia Dou Marcos

Colaboradores

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE FARMACÉUTICOS
CENTRO DE INFORMACIÓN
DEL MEDICAMENTO
Marta Santamarina
Javier Subiza
Antonia Funes
Enrique Sánchez
M^a Trinidad Rodríguez
ROCHE FARMA
PULEVA

Edita

FAE (Fundación para la
Formación y Avance de
la Enfermería)
Valverde, 1, 9^o dcha.
28004 Madrid
Tels. 91 521 52 24/95
Fax 91 521 53 83
E-mail: fae@futurnet.es

**Redacción,
administración**

y servicios comerciales

Tomás López, 3, 2^a dcha.
28004 Madrid
Tels. 91 309 01 02
Fax 91 402 23 25
E-mail: sae@mad.servicom.es

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

EN ESTE NÚMERO

4

SOBREPESO Y OBESIDAD

EL PREDOMINIO DE LOS CÁNONES ESTÉTICOS ACTUALES HAN CONVERTIDO LA DELGADEZ EN SINÓNIMO DE BELLEZA Y SALUD, AUNQUE LA OBESIDAD Y EL SOBREPESO SIGUEN CONSTITUYENDO UNO DE LOS PROBLEMAS MÁS FRECUENTES DE NUESTRA SOCIEDAD.



XENICAL: LA PÍLDORA DEL SIGLO XXI

XENICAL, EL NUEVO MEDICAMENTO CONTRA LA OBESIDAD, SE HA ANUNCIADO COMO LA PRIMERA PÍLDORA CAPAZ DE BLOQUEAR EL 30% DE LAS GRASAS DE LOS ALIMENTOS EN EL INTESTINO.



7

38



AÑO LECTIVO DE FAE

LA FUNDACIÓN PARA LA FORMACIÓN Y AVANCE DE LA ENFERMERÍA PRESENTA SU PROGRAMA LECTIVO Y LAS ACTIVIDADES DE FORMACIÓN PARA EL PRÓXIMO CURSO.

ESCUELAS PEDIÁTRICAS:

LOS PROFESORES DE LA ESCUELA PEDIÁTRICA DEL HOSPITAL DE GETAFE CUENTAN LAS ACTIVIDADES PEDAGÓGICAS QUE REALIZAN CON LOS NIÑOS INGRESADOS EN ESTE CENTRO SANITARIO.



40

48

DIABETES EN LA VISIÓN

CADA VEZ ES MÁS FRECUENTE EL NÚMERO DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE RETINOPATÍA DIABÉTICA. LA DOCTORA M^a TRINIDAD RODRÍGUEZ ANALIZA LOS PRINCIPALES ASPECTOS DE LA AFECTACIÓN DE LA DIABETES EN LA VISIÓN.



X CONGRESO NACIONAL DE FAE

LA COMUNICACIÓN Y LAS RELACIONES HUMANAS FORMAN PARTE DE LAS NECESIDADES FORMATIVAS DE LOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA. CUATROCIENTOS PROFESIONALES ASISTIERON EN ALICANTE AL X CONGRESO NACIONAL DE AUXILIARES DE ENFERMERÍA SOBRE ESTE TEMA.

50



Editorial

E



El aumento progresivo que está experimentando el número de enfermos de Alzheimer obliga a la Administración a involucrarse de una forma más rigurosa y eficaz en el apoyo a estos enfermos y a sus familiares, habida cuenta de que este mal se ha convertido en uno de los grandes problemas de salud en el mundo. En este apoyo juegan un papel fundamental e inexcusable los profesionales Auxiliares de Enfermería como nexo de unión básico entre las familias y la Administración, de hecho el 80% de los cuidados asistenciales que requieren estos pacientes (higiene, movilización, atención psicológica y otras terapias), y que las familias no pueden dispensar de forma debida, son realizadas por los Auxiliares de Enfermería por lo que deben ser estos profesionales quienes integren los equipos de soporte que pudieran crearse como forma de apoyo a estas familias adecuando la política sanitaria a sus necesidades de forma que suponga una auténtica descarga para estas familias.

El papel fundamental de cuidador deberá formar parte de las actividades asistenciales de los Auxiliares de Enfermería de Atención Primaria. Es inexcusable la necesidad de que las Administraciones sanitarias apliquen un concepto básico de solidaridad con estas familias poniendo en marcha la atención domiciliaria de manera adecuada acorde tanto con las necesidades de los pacientes y familiares, como del propio sistema sanitario. El profesional Auxiliar de Enfermería supone un importante caudal humano y profesional, en la Atención Primaria de Salud y no se debe perpetuar la infrautilización de estos profesionales en este ámbito de salud.

Si las Administraciones ponen en marcha, como deberían, programas de ayuda a los enfermos de Alzheimer los Auxiliares de Enfermería deben formar parte inexcusable de los mismos tanto en los que a asistencia sanitaria estricta se refiere como en los programas de educación para la salud dirigidos a las familias, tendentes a informarles de medidas preventivas adecuadas en situaciones como caídas, hábitos alimenticios, etc.

BUZÓN de

SUGERENCIAS



En su afán por mantener una relación estrecha y fluida con sus lectores, NOSOCOMIO ha abierto esta nueva sección donde tienen cabida todas aquellas sugerencias que tengan a bien realizarnos nuestros lectores. En este buzón de sugerencias aparecerán aquellas misivas enviadas a la redacción de NOSOCOMIO con las aportaciones de nuestros lectores. Como ocurre en cualquier publicación, las cartas destinadas a esta sección deberán ajustarse a unas normas concretas: los textos no deben exceder de 30 líneas mecanografiadas. Es imprescindible que estén firmados y que conste en ellos el DNI o pasaporte de sus autores, así como su domicilio y teléfono. NOSOCOMIO se reserva el derecho de publicar tales colaboraciones, así como de resumirlas o extractarlas cuando lo considere oportuno. No se devolverán los originales, ni se facilitará información postal o telefónica sobre ellos. Los interesados pueden dirigir sus cartas a:

NOSOCOMIO - Valverde nº 1, 9º dcha. / 28004 Madrid / E-mail: fae@futurnet.es

LA PARTICIPACIÓN DE LOS AUXILIARES ES ESENCIAL

Hace poco más de cuatro meses que me he afiliado al Sindicato de Auxiliares de Enfermería y, desde esa fecha, he tenido la grata oportunidad de recibir dos números de su revista NOSOCOMIO, una publicación que me ha parecido de excelente calidad, tanto por la presentación como por los contenidos, ya que trata temas muy actuales dentro del sector sanitario y que, al tiempo, considero que son de interés para los profesionales Auxiliares de Enfermería.

También me ha parecido una excelente idea la inclusión de una separata en la que se publican nuestros trabajos, porque es una forma de que se reconozcan nuestras aportaciones en el campo sanitario, que hasta ahora se habían dejado un tanto de lado y creo que la participación de los Auxiliares en trabajos de este tipo es esencial para nosotros y para el resto de profesionales que integran el sector sanitario.

Sin más, quiero felicitarla por la revista que dirige y animarla a que siga ofreciendo al colectivo que integramos los profesionales Auxiliares de Enfermería, la oportunidad de poder colaborar y mostrar al resto de profesionales

los trabajos de investigación que muchos de nosotros realizamos, aparte de nuestra labor diaria de atención directa al enfermo.

*Mercedes Prat
Auxiliar de Enfermería de Gijón*

UN EXCELENTE CONGRESO NACIONAL

Aprovecho estas páginas para felicitar a la Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería y al Sindicato de Auxiliares de Enfermería de la provincia de Alicante por el excelente Congreso Nacional de Auxiliares de Enfermería que se celebró recientemente en esta ciudad.

En mi opinión, los temas que se trataron resultaron bastante interesantes e instructivos, además, las actividades lúdicas fueron muy divertidas y, en general, el ambiente reinante resultó sumamente agradable para los congresistas que tuvimos el privilegio de participar en este Congreso. Reitero mi felicitación y espero que las próximas convocatorias sean tan interesantes e instructivas como la del X Congreso Nacional de Auxiliares de Enfermería.

*Elena Gómez Menéndez
Auxiliar de Enfermería de Alicante*

EXTRAORDINARIA LA LABOR DE NUESTRA FUNDACIÓN

Quiero dar las gracias a la revista NOSOCOMIO por la sección del Buzón de Sugerencias que ha sido creada recientemente con el fin de que los profesionales Auxiliares de Enfermería tengamos la oportunidad de manifestar nuestra opinión con respecto a los temas que interesan a nuestro colectivo profesional.

En este sentido me gustaría felicitar a nuestra fundación, la Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería (FAE), por la labor que está desarrollando para dotar a los profesionales Auxiliares de Enfermería del nivel que merecen por méritos propios. Me parece que tanto desde la revista NOSOCOMIO como a través de las convocatorias del Premio Nacional de FAE y los Congresos Nacionales de Auxiliares de Enfermería se están estableciendo distintos vínculos que contribuyen a incrementar la incentivación para nuestro colectivo profesional, que constituye, sin lugar a dudas, el eslabón básico de la sanidad.

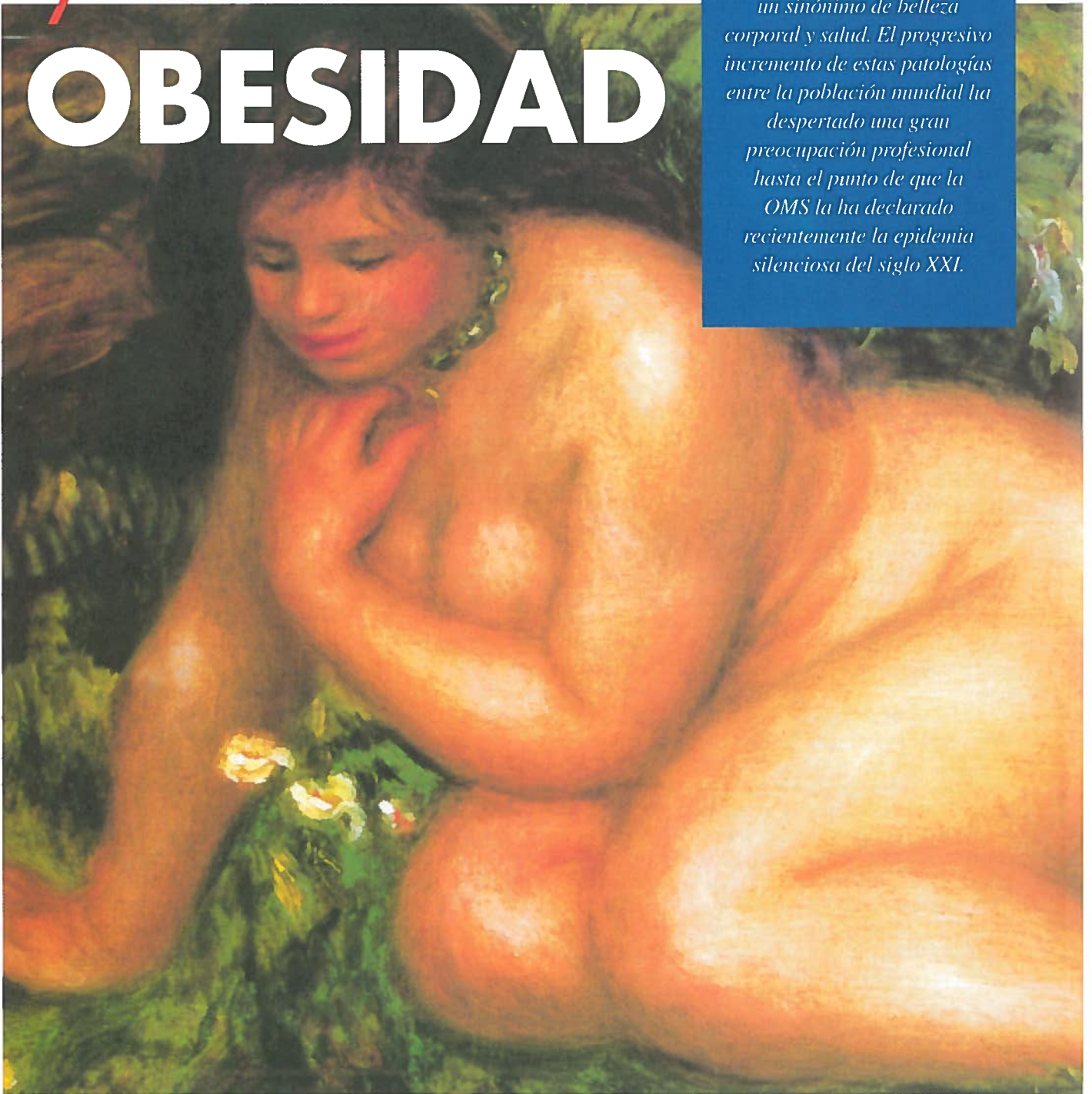
*Susana Delgado Blas
Auxiliar de Enfermería de Albacete*



el **SOBREPESO** y la **OBESIDAD**

Sonia Rodríguez

La obesidad y el sobrepeso son problemas bastante frecuentes en nuestra sociedad actual. Ambos han alcanzado una importante relevancia social debido al predominante sentido estético de esta época que hace de la delgadez un sinónimo de belleza corporal y salud. El progresivo incremento de estas patologías entre la población mundial ha despertado una gran preocupación profesional hasta el punto de que la OMS la ha declarado recientemente la epidemia silenciosa del siglo XXI.



El sobrepeso es un aumento del peso corporal del individuo por encima de lo normal para su edad, talla, sexo y constitución. La obesidad es la excesiva acumulación de grasa en el tejido adiposo, lo que incrementa el peso corporal. La obesidad y el sobrepeso están relacionados,

pero no son necesariamente interdependientes.

Según un informe técnico del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, la obesidad y el sobrepeso están convirtiéndose en un problema sanitario, pues se estima que alrededor de un 25% de los españoles padece algún grado de sobrepeso. La obesidad, por su parte, ha aumentado considerablemente en las últimas décadas, alcanzando la cifra de 250 millones de afectados en todo el mundo, lo que ha llevado a la Organización Mundial de la Salud a denominarla “La epidemia silenciosa del siglo XXI”.

No todo aumento de peso significa obesidad. Hablamos de obesidad cuando el Índice de Quetelet o Índice de Masa Corporal (IMC) es superior a 30 kg/m. El IMC resulta de dividir el peso de la persona en kilos entre su talla al cuadrado.

Pueden producirse situaciones como retención de líquidos, crecimiento de masa muscular por ejercicio físico o entrenamiento, hipotiroidismo, lipotiroidismo, traumatismos craneoencefálicos y reacciones ante antidepresivos o estrógenos que, generalmente, son reacciones del cuerpo humano ante determinados problemas de salud o cambios en nuestros hábitos cotidianos que producen un aumento de peso.

El sobrepeso debido al exceso de grasa, y la obesidad, tienen un origen común y sólo se diferencian por la gravedad, que puede llegar a ser patológica. Las causas de estos trastornos pueden ser debidas a las peculiaridades genéticas y metabólicas del individuo, desequilibrios del balance energético, inadecuada composición de las dietas o inadecuada distribución de la ingesta energética a lo largo de la jornada.

La genética facilita la posibilidad de ser obeso pero no es totalmente determinante. De hecho, los expertos en Nutrición y Dietética no se atreven a calificar la obesidad como una patología crónica. Este planteamiento ha sido corroborado por un equipo de investigadores de la Universidad de California y del Instituto Gladstone de Enfermedades Cardiovasculares mediante el descubrimiento de un gen que controla la producción de grasa en el organismo humano y es el responsable de una enzima, conocida por las siglas DGAT, cuya importancia en este proceso fisiológico es conocida desde hace décadas. Este gen defectuoso en los ratones tiene su equivalente en la raza humana y se piensa que puede ser, entre otros factores, el causante de la obesidad.

Teniendo en cuenta la localización de la grasa podemos hablar de adiposidad central o abdominal, conocida también como androide por observarse con mayor frecuencia en los varones, que le da a la persona afectada un aspecto que recuerda a una manzana. La adiposidad periférica o ginoide, en la que la grasa se acumula en los glúteos y zona femoral, recuerda en este caso a una pera y suele ser frecuente entre la población femenina. Si por el contrario consideramos las características de las células del tejido adiposo, hablaremos de obesidad hipertrófica, provocada por un aumento del tamaño de los adipocitos como consecuencia de un incremento en su contenido en grasa, característica de las personas que llegan a ser obesas en su etapa adulta. O bien, obesidad hiperplásica, que suele surgir en la infancia, cuando las células grasas se están dividiendo, es decir, cuando aumenta el número

de adipocitos en el cuerpo humano.

Las personas obesas corren el riesgo de padecer enfermedades coronarias, diabetes y cáncer; tienen más posibilidad de sufrir muertes súbitas y anginas de pecho que los individuos delgados, dado que su corazón está expuesto a una mayor tensión debido al exceso de peso.

TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD Y EL SOBREPESO

Las pautas generales del tratamiento del sobrepeso y la obesidad se centran en una restricción calórica o del incremento del gasto calórico mediante dietas hipocalóricas, disminución del apetito y ampliación de la señal de saciedad entre otras.

Actualmente, disponemos de una amplia variedad de dietas. Las restrictivas cualitativas son dietas semilibres, donde no se cuantifica el alimento a consumir ni se determina el balance calórico, sólo se realiza un control frecuente de peso. Suele utilizarse para sobrepesos recientes o para prevenir éstos. Al paciente se le aporta una lista de alimentos a evitar, restringir o que puede consumir con libertad, así como una serie de consejos dietéticos orientativos.

Las dietas hipocalóricas balanceadas o equilibradas son las más aconsejables, porque carecen de efectos negativos secundarios, se mantiene un equilibrio entre los macronutrientes que aportan y ayudan a reeducar nutricionalmente al paciente.

Las dietas hipocalóricas hiperproteicas son muy provechosas en el inicio del tratamiento de la obesidad, aunque no deben llevarse



a cabo durante un periodo prolongado, ya que son hiperuricémicas y no son equilibradas desde el punto de vista nutricional. Sin embargo, tienen a su favor el ser bien admitidas, tener un buen efecto termogénico e inducir la sensación de saciedad.

Las dietas hipocalóricas hipohidrocarbonadas presentan una contribución calórica elevada debido al aporte de hidratos de carbono (75-80%), mientras que las proteínas se sitúan entre un 10 y un 15% de las kilocalorías y las grasas de un 5 a un 15%. Tienen algunos inconvenientes, como que la sensación de hambre aparece rápidamente después de las comidas y que su elevado contenido en fibra puede llegar a reducir la absorción de grasas, vitaminas liposolubles y algunos minerales. Por el contrario, proporcionan saciedad y energía con rapidez, y evitan o corrigen el estreñimiento.

Las dietas hipocalóricas hipohidrocarbonadas son desaconsejables porque el aporte reducido de hidratos de carbono supone muy poca fibra y escasez de vitaminas B1, B6, ácido fólico e incluso ácido ascórbico. Además, su alto contenido en grasa y proteínas convierten a estos regímenes en cetogénicos y acidóticos,

hiperuricémicos e hiperlipemiantes.

Las dietas disociadas se basan en la antigua creencia de la importancia de separar los alimentos de diferente naturaleza, porque su digestión se haría en forma y tiempo diferentes, aunque estos aspectos parecen insostenibles.

Las dietas de fórmula completa o preparados dietéticos consisten en utilizar productos dietéticos, sólidos o líquidos, con un alto contenido en proteínas e hidratos de carbono. Por lo general, sustituyen una o dos comidas de día, y deben ser empleadas durante pocos días y siempre bajo supervisión médica. Aportan los nutrientes necesarios, vitaminas, minerales en cantidad adecuada, y suficiente cantidad de fibra, pero no educan nutricionalmente.

En los últimos años la dieta está siendo deficitaria en fibra e hidratos de carbono y abusa de proteínas y grasas, según aseguran los expertos en nutrición clínica. Lo que más preocupa a los especialistas es el exceso de grasas saturadas procedentes de dulces y bollería. Por ello, conviene saber que la terapia que debe seguirse para corregir el sobrepeso y la obesidad debe estar siempre elaborada según la historia clínica del paciente, los resultados analíticos y otras exploraciones complementarias. Si es oportuno, se suele combinar la farmacología con la práctica de actividad física, siempre adecuada a la tolerancia de cada individuo, la dieta y el apoyo psicológico cuando sea preciso, con el fin de que el paciente pierda grasa, pero no masa muscular ni agua, y se mantenga en el peso adecuado el mayor tiempo posible.



XENICAL

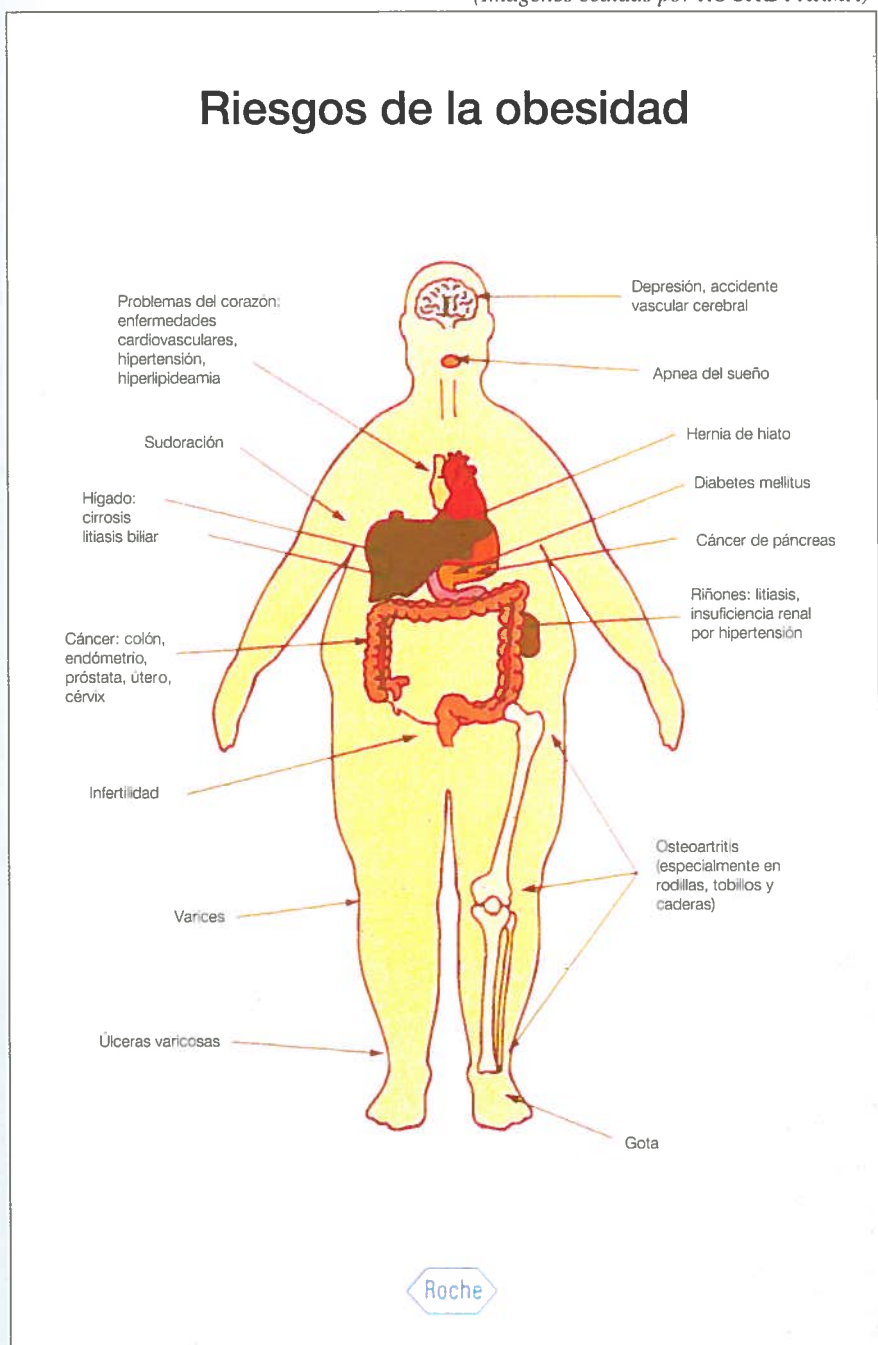
LA PÍLDORA DEL SIGLO XXI

Marta Santamarina
Sonia Rodríguez

(Imágenes cedidas por ROCHE FARMA)

Recientemente ha comenzado a comercializarse en España un nuevo medicamento contra la obesidad, el Orlistat, que se distribuye bajo el nombre de Xenical y acaba de recibir el respaldo de la Food Drug Administration (FDA) de los Estados Unidos. Se anunció como la primera píldora capaz de bloquear el 30% de las grasas de los alimentos en el intestino. Precisa de receta médica, ha salido a la venta al precio de 16.055 pesetas el envase de 84 píldoras y no tiene subvención de la Seguridad Social. El lanzamiento al mercado del Orlistat ha levantado la misma expectación que en su día tuvo la Viagra, contra la impotencia. Desde el punto de vista médico se acoge este medicamento con cautela, ya que no se trata de un medicamento milagroso y las pastillas no sirven de mucho si no se acompañan con una dieta y ejercicio físico.

Riesgos de la obesidad





El sobrepeso y la obsesión por adelgazar pueden tratarse para unos tan sólo de una cuestión estética, pero para la mayoría se ha convertido en un grave problema de salud. La obesidad, que generalmente se define como una acumulación excesiva de grasa corporal, es una enfermedad muy compleja que obedece a una serie de interacciones polifacéticas de los factores ambientales y genéticos del individuo. La obesidad es una enfermedad crónica cuya prevalencia va, sin duda, en aumento en nuestra sociedad, ya que como patología ha de ser tratada individualmente y precisa una atención médica personalizada que, en muchos casos, puede ser de por vida.

Pero no hay que ser pesimistas, porque para estos casos se encuentra en las farmacias españolas desde mediados de marzo el Orlistat, un nuevo medicamento contra la obesidad comercializado por los laboratorios Roche Farma con la marca de Xenical, con el que se abre una nueva etapa en los medicamentos contra la obesidad. Asimismo, a finales de año podremos contar con la Sibutramina, que, bajo la marca de Reductil, es un medicamento que actúa en dos sentidos: reduce la sensación de hambre y aumenta el gasto de energía para consumir así las calorías de más.

El Orlistat, que ha recibido ya la aprobación de la FDA de EE.UU. y la autorización tanto de la Unión Europea como de las autoridades sanitarias españolas, estimula de forma importante el adelgazamiento, reduce la recuperación posterior de peso y mejora los factores de riesgo relacionados con la obesidad, según los resultados obtenidos en un estudio clínico llevado a cabo en los Estados Unidos que ha sido publicado en *JAMA (The Journal of the American Medical Association)*.

En este estudio comparativo con placebo, de dos años de duración, participaron 892 pacientes obesos, distribuidos al azar en dos grupos para recibir tratamiento con Xenical (tres dosis diarias de 120 mg) o placebo. Durante el primer año, los pacientes tratados con Xenical adelgazaron más (8,8%) que los que habían recibido placebo (5,8%). Durante el segundo año, la recuperación de peso fue significativamente menor en los pacientes tratados con Xenical (35,2% de peso recuperado) que en los asignados al grupo con placebo (63,4% de peso recuperado).

El tratamiento con Xenical se asoció a mejoras importantes en los valores de insulemia y lipideemia en ayunas. La disminución importante y mantenida de la concentración sérica de insulina tiene interés clínico, puesto que

en estudios previos se ha establecido una relación entre la insulemia en ayunas y el riesgo de cardiopatía isquémica, la resistencia a la insulina y la hipertensión relacionada con la obesidad. Los resultados de este estudio coinciden con los obtenidos en un estudio europeo publicado recientemente en la revista *The Lancet*, en el que se demostró que, además de estimular el adelgazamiento, Xenical mejoraba las cifras de colesterol total y colesterol de las LDL más allá de lo que cabría esperar como consecuencia únicamente de la reducción de peso.

XENICAL, EL TRATAMIENTO ALTERNATIVO

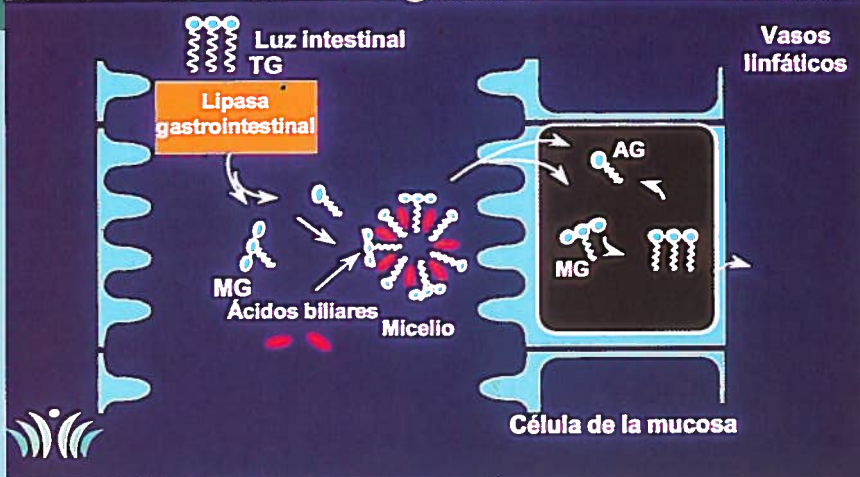
Si consideramos la obesidad como una enfermedad crónica asociada con otras enfermedades y con una serie de factores de riesgo, que obedece a un consumo excesivo de grasa en la dieta y que supone una considerable carga económica, es razonable pensar en la necesidad de un tratamiento a largo plazo que hasta ahora no existía.

En condiciones normales, la grasa que un individuo ingiere llega al intestino en forma de triglicéridos y, gracias a la acción de una enzima que fabrica el páncreas, estos triglicéridos son hidrolizados y se absorben. El mencionado medicamento actúa bloqueando la parte activa de la lipasa intestinal, de forma que esas grasas ingeridas son eliminadas con las heces.

Xenical es el primer representante de un nuevo grupo de fármacos adelgazantes, los inhibidores de la lipasa, que actúan localmente bloqueando la absorción de grasas en el tubo digestivo y evitando la absorción de casi el 30% de las



Fisiología de la absorción de las grasas



grasas ingeridas con la dieta. Es un medicamento y, como tal, requiere prescripción médica y está indicado para el tratamiento de la obesidad, incluyendo pérdida de peso y mantenimiento de éste conjuntamente con una dieta moderadamente hipocalórica.

BENEFICIOS Y EFECTOS SECUNDARIOS

Comparando la pérdida de peso que se produce con Xenical con una dieta sola, se aprecia que este medicamento también mejora los factores de riesgo asociados a la obesidad, como la hipertensión, los altos niveles de colesterol y la diabetes. A diferencia de otros fármacos que afectan al cerebro para suprimir el apetito, el modo de actuación de Xenical se centra en la zona gastrointestinal, bloqueando la absorción de grasas sin que entre en el flujo sanguíneo o en el cerebro.

En la multitud de ensayos clínicos que se han realizado a lo largo de dos años sobre la eficacia de Orlistat con casi 4.000 pacientes, se ha demostrado la efectividad de este medicamento asociado a una dieta hipocalórica, ya que, debido a su mecanismo, además de reducir de peso, Xenical actúa sobre los niveles plasmáticos de colesterol y triglicéridos. Asimismo, tiene efectos

beneficiosos sobre la presión arterial sistólica, en la reducción de los niveles de insulina y glucosa en ayunas, y en la disminución del perímetro de la cintura.

En cuanto a los efectos de este medicamento en la calidad de vida, se ha demostrado una mejoría, tanto en la satisfacción con la medicación como en el descenso de peso en los pacientes tratados, que se mostraron menos molestos por su grado de sobrepeso.

Un aspecto importante de Xenical es su falta de absorción, ya que se absorbe menos de un 1% del medicamento, con lo que la posibilidad de que tenga efectos secundarios es mínima. Pero, entre éstos, cabe mencionar efectos de tipo gastrointestinal, como la flatulencia, aumento de las deposiciones grasas, manchas fecales-aceitosas, urgencia fecal, deposiciones líquidas o incontinencia fecal, que normalmente son debidos a una ingesta incorrecta del medicamento o a que éste se toma sin prescripción médica.

¿QUIÉN DEBE TOMAR XENICAL?

Xenical llegó a España el pasado 15 de marzo tras su aprobación por parte de la Unión Europea y precedido de los éxitos de lanzamiento en 13 países de todo el mundo. Tan sólo después

de 50 días de su comercialización en nuestro país, contaba ya con más de 60.000 pacientes en tratamiento, mientras que la clase médica, aún con cautela, lo considera un producto eficaz y necesario que aporta una nueva arma para el tratamiento de una enfermedad que hasta el momento no disponía de apoyo farmacológico.

Xenical es un tratamiento diferente a los medicamentos tradicionales para adelgazar, por lo que debe ser tomado bajo prescripción médica, y solamente está indicado para personas cuyo índice de masa corporal sea igual o mayor a 30, o bien cuando se trate de un IMC de 28 acompañado de factores de riesgo asociados.

La dieta Xenical reduce el aporte calórico, ya que posibilita que no se absorban un 30% de las grasas, pero ha de tomarse durante las principales comidas si éstas contienen grasas, ya que en caso contrario es inútil. Este medicamento ha de tomarse combinado con un régimen equilibrado, rico en frutas y verduras. Además, es conveniente mejorar los malos hábitos alimenticios y el estilo de vida, así como aumentar la actividad física.

El Xenical está contraindicado para niños, ya que todavía no se han hecho experimentos clínicos con ellos, así como para mujeres embarazadas o que estén dando el pecho. El tratamiento mensual está compuesto por 84 pastillas y tiene un precio de 16.055 pesetas, pero conviene tener en cuenta que Xenical no es una píldora maravillosa, sino un programa integral de control de peso que hay que seguir de acuerdo con el médico, ya que puede tratarse de un tratamiento para toda la vida.



ALERGIA AL LÁTEX

Un 15% del personal sanitario padece alergia al látex

La alergia al látex se ha convertido en 10 años en un foco de preocupación en los hospitales y centros sanitarios. El uso generalizado de guantes de látex para prevenir el contagio de sida ha provocado un espectacular aumento de los casos de sensibilización a este tipo de goma. Según los datos aportados por la Sociedad Española de Alergia e Inmunología Clínica (SEAIC) entre un 12% y un 15% del personal sanitario padece este proceso alérgico.

El personal sanitario es el grupo profesional que más sufre esta patología. Las manifestaciones de este tipo de alergia ya no se producen sólo por contacto cutáneo, sino que también aparecen por inhalación de las partículas de látex, rinitis, asma bronquial o incluso anafilaxia, un tipo de reacción alérgica muy grave que, si no se trata inmediatamente, puede causar la muerte.

Asimismo, a juicio de los expertos, el rápido aumento de la demanda de guantes y productos fabricados con látex ha modificado los procesos de producción, de manera que se hace un látex mucho menos puro que contiene entre ocho y diez componentes alérgicos identificados.

determinados estados emocionales negativos como la depresión, hacia otros más positivos, por ejemplo, hacia un estado relajado de confianza en uno mismo”.

Un equipo de investigadores de la universidad canadiense McGill, encabezado por la doctora Anne Blood, ha descubierto que la música tiene una extraordinaria capacidad para suscitar emociones que activan zonas muy concretas del cerebro. Para ello han aprovechado una característica muy común a todos los humanos, independientemente de sus gustos musicales: la repulsión por las disonancias. Este equipo de investigadores utilizó una melodía simple acompañada por una serie de acordes estridentes que iban en aumento, para observar las diferentes emociones que producía en un grupo de diez voluntarios, mientras éstos eran examinados con una técnica de exploración cerebral llamada tomografía por emisión de positrones.

Los resultados del experimento indican que las respuestas emocionales producidas por la música activan zonas paralímbicas del cerebro similares a las que se ponen en marcha por otras experiencias placenteras o desagradables, pero distintas a las que suscitan, por ejemplo, los estados de temor. El trabajo de estos científicos demuestra cómo el placer de escuchar música produce una respuesta específica, independiente de otros procesos cognitivos.

LOS BENEFICIOS DE LA MUSICOTERAPIA

La curación a través de la música se denomina musicoterapia y es una de las muchas herramientas que la naturaleza ha puesto a nuestro alcance. A través de las notas musicales, la música se convierte en una

herramienta capaz de provocar un cambio en nuestra mente y conseguir una transformación personal. Según José Miguel Moreno, naturalista y terapeuta, “la música es, en general, una de las maneras más fáciles y agradables de abandonar



CHOCOLATE

Las sustancias antioxidantes podrían prevenir cánceres e infartos

Un estudio del Instituto Nacional de Salud Pública de Holanda publicado recientemente en la revista *The Lancet* que analiza las virtudes del cacao afirma que el chocolate contiene una gran cantidad de unas sustancias antioxidantes llamadas catequinas que ayudan a prevenir algunos cánceres y las enfermedades cardiovasculares.

Ilja Arts, coautora del estudio holandés, sugiere que "los resultados no deben interpretarse como una invitación a comer más chocolate, ya que los supuestos efectos saludables del cacao no están demostrados de manera definitiva". Además, es probable que los riesgos superen a los beneficios en las personas con sobrepeso, a pesar de que el estudio pruebe que si a una persona le gusta tomar chocolate, es posible que su salud se beneficie con este hábito.

EL EJERCICIO MEJORA LA SALUD DEL CEREBRO



Un estudio realizado en la universidad de La Jolla, en California, ha demostrado que la práctica regular de ejercicio físico es importante para nuestro cerebro, ya que estimula el crecimiento de las células.

Hasta el momento se pensaba que las células cerebrales de los mamíferos permanecían estables una vez que el cerebro maduraba, sin embargo los responsables del mencionado estudio, que se ha realizado con ratones, pájaros y monos adultos cuando se les sometía a una serie de ejercicios, han observado que de hecho se produce una regeneración celular en el hipocampo (región encargada de regular la memoria y el aprendizaje). También han observado que los animales que vivían en un entorno estimulante sufrían menos deterioro neuronal.

Los experimentos que se han llevado a cabo recientemente desmienten una de las afirmaciones que hasta hace poco sostenía la medicina de que el cerebro humano era un órgano estático y demuestran cómo las células cerebrales de los animales que fueron sometidos a ejercicios suaves y periódicos crecieron al menos el doble que las células de aquellos a los que se mantuvo en sus cajas sin realizar ningún tipo de actividad física relevante.





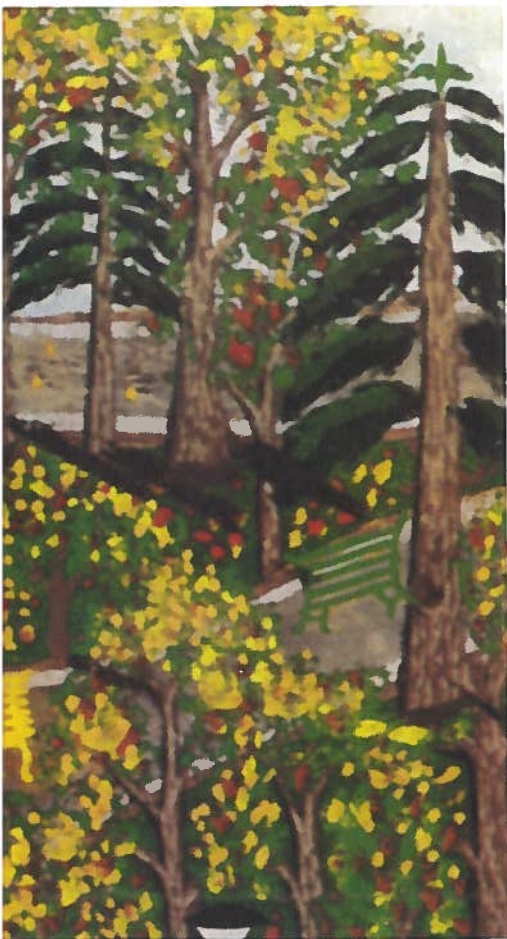
JAVIER SUBIZA:

**“LA VACUNACIÓN
ES EL ÚNICO
TRATAMIENTO
EFICAZ PARA LAS
ALERGIAS”**

Marta Santamarina



Según diversos estudios epidemiológicos realizados por la Sociedad de Alergología e Inmunología Clínica (SEAI), en nuestro país unos siete millones de personas presentan algún tipo de patología alérgica. De ellas la mitad precisan asistencia médica especializada, aunque el porcentaje de alergólogos en España es de 0,57 especialistas por cada 100.000 habitantes, muy por debajo de la cifra de uno por cada 50.000 habitantes que aconseja la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la distribución de los mismos no es homogénea en todo el territorio. En las sociedades actuales, el cambio en los hábitos de vida, de alimentación y la mayor presencia de agentes contaminantes en el ambiente, han provocado un incremento considerable en el número de personas que sufren algún tipo de alergia, que son respuestas alteradas del sistema inmunológico frente a sustancias que normalmente no producen reacción al contacto con el organismo. Igualmente son cada vez más diversos los tipos de alérgenos o sustancias potencialmente capaces de producir una patología alérgica. Entre los alérgenos más frecuentes se encuentran los inhalantes (sustancias que se encuentran en el ambiente como los pólenes o los ácaros del polvo), ciertos alimentos y algunos fármacos. Javier Subiza, coordinador del comité de Aerobiología de la Sociedad de Alergología, nos explica en esta entrevista algunos aspectos de la enfermedad.



Pregunta: ¿Cuál es el porcentaje de personas alérgicas actualmente en España?

Respuesta: Realmente las enfermedades alérgicas tienen cada vez una prevalencia más alta. Por ejemplo, la alergia al polen se estima entre un 15 y un 20% de la población, aunque si escogemos grupos concretos, que puede ser la población entre los once y los trece años, la prevalencia puede llegar a un 30 o 35%. Estamos hablando de una enfermedad que se ha convertido actualmente en el trastorno inmunológico más frecuente en el ser humano.

P: ¿Desde cuándo se habla de la alergia, y sobre todo de la alergia al polen, como una enfermedad?

R: La alergia a los pólenes, era prácticamente desconocida en el siglo pasado. La descripción científica de

esta enfermedad se hizo en 1819, pero entonces era muy raro encontrar a personas afectadas. A lo largo de este siglo se ha podido objetivar y su prevalencia ha ido aumentando. Por ejemplo, en los años veinte, la prevalencia estaba sólo en un 0,5% de la población, mientras que en la actualidad, como hemos dicho, llega a un 15-20% de la población global, refiriéndonos sólo a la alergia a los pólenes, pero hay que recordar que existen otros muchos tipos de alergias.

P: ¿Es cierto, como dicen las estadísticas, que en el 2015 la mitad de la población mundial será alérgica?

R: Sí, de hecho ya para algunos tipos de alérgenos como los pólenes, si tomamos el grupo de población entre los once y los trece años, los estudios epidemiológicos, repito, están en torno al



30-35%, lo que no está muy lejano del 50% que se estima para el 2015.

P: ¿Las alergias afectan a todas las edades por igual?

R: Depende del tipo de alergia. En el caso de los pólenes suele tener un pico o máximo de incidencia entre los 15 y los 20 años y después va descendiendo, aunque puede afectar a cualquier edad.

P: Y ¿tiene la misma incidencia en los dos sexos?

R: Siguiendo con el caso más típico de los pólenes, se puede decir que hasta los catorce años afecta más a los niños que a las niñas, sin embargo, a partir de esa edad ya se equiparan los porcentajes.

P: ¿Las alergias son hereditarias?

R: No es que las alergias sean hereditarias, pero sí hay una predisposición a sufrirlas. Hay muchos más alérgicos entre los familiares de personas alérgicas que entre los de las que no lo son. La predisposición genética es evidente, lo que pasa es que no se conocen los genes implicados. Se han investigado algunos genes en relación con la predisposición a alguna enfermedad alérgica, pero todavía no hay datos concluyentes. Lo que está claro es que la predisposición a padecer enfermedades alérgicas se hereda y después el hecho de que el paciente desarrolle la alergia a los pólenes, ácaros o cualquier otro alérgico depende de la exposición ambiental a los mismos.

P: ¿Es conveniente cambiar de hábitat cuando se padece alergia a algún inhalante?

R: Es evidente que si una persona que sufre alergia a un tipo de alérgico que se da en un área geográfica determinada se desplaza

a otra va a notar mejoría en la enfermedad. Lo que pasa es que esta mejoría va a ser transitoria porque si con el paso de los años cambia de residencia definitiva es muy probable que sea alérgico al nuevo alérgico al que se está exponiendo.

P: ¿Cuándo un alérgico debe acudir al médico y cuándo al especialista?

R: En los últimos años se están dando unos cambios de actitud muy importantes. Antes se consideraba que los pacientes debían acudir al especialista para recibir una vacuna antialérgica sólo cuando los síntomas ya eran muy acusados. Actualmente se aconseja el tratamiento con vacunas al inicio de la enfermedad, ya que se va a prevenir que la enfermedad se complique y, por tanto, se pueda controlar. En cambio, cuando la enfermedad ya está más avanzada, la eficacia de la vacuna es mucho menor.

P: Entonces, ¿la vacunación es el tratamiento más eficaz?

R: Sí, las vacunas son el único tratamiento capaz de frenar la historia de la enfermedad. Otros tratamientos son sintomáticos y la enfermedad vuelve a aparecer.

P: En ese caso, ¿por qué INSALUD pone trabas a la vacunación?

R: No es que ponga trabas a la vacunación; más que eso es que no está suficientemente concienciado de la necesidad de estos especialistas en la Atención Primaria. Hay que tener en cuenta que los especialistas de alergología en la Seguridad Social se encuentran sólo en los hospitales y en algunos centros concertados, y los pacientes, antes de nada, acuden a la Atención Primaria y van a ser atendidos por médicos

que no son alergólogos. En cuanto a las vacunas, está relacionado con esta falta de alergólogos, con lo que no se prescriben vacunas y lo único que se consigue es aumentar el gasto sanitario en fármacos antihistamínicos y el absentismo laboral producido por la enfermedad.

P: *¿Cuántas personas pasan por su consulta al año?*

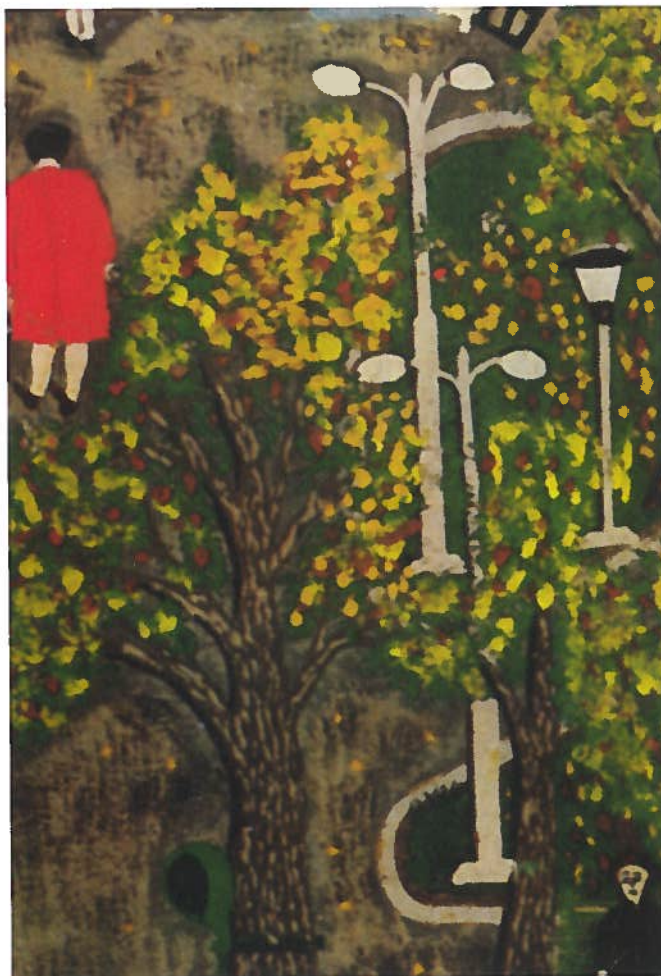
¿Aumenta mucho el número en primavera?

R: Recibimos a unas mil personas al mes. Hay pacientes todo el año, aunque el número es mayor de septiembre a diciembre y de marzo a junio. Concretamente en Madrid, la rinitis alérgica afecta sobre todo en los meses de mayo y junio, que es cuando las ventas de antihistamínicos se incrementan notablemente, pero hay pacientes en todas las épocas, sobre todo por los distintos tipos de alergias que pueden sufrir.

P: *¿Cómo realiza usted el diagnóstico?*

R: Realmente disponemos de distintas técnicas para realizar los diagnósticos, aunque la principal manera es escuchando al paciente, lo primero que hacemos es un cuestionario sobre distintos aspectos de la enfermedad, ya que la historia clínica va a ser un pilar fundamental en la investigación. Después trataremos, mediante exploración física, de identificar los signos característicos de los pacientes alérgicos. Para ello realizamos

pruebas cutáneas cuya función es determinar si el paciente muestra o no sensibilidad a algún alérgeno. Con ellas se tiene un cierto grado de sospecha de lo que es la enfermedad, pero no son pruebas definitivas y es necesario corroborarlas con la historia clínica del paciente. Si existen dudas tenemos otros criterios



como los test de provocación, que apoyan más el diagnóstico o, en el caso de alergia a los pólenes, se comprueba la evolución de su enfermedad con los recuentos de pólenes que se hacen en la ciudad.

P: *Como coordinador y miembro de la Sociedad de Alergología, ¿qué medidas aconseja a los pacientes alérgicos?*

R: El principal consejo es que no se resignen a la enfermedad, que no se conformen con un tratamiento sintomático y que pidan una asistencia especializada. Es muy importante que el paciente vaya a un alergólogo y exija unas pruebas. El especialista va a poder ayudarle si acude antes de que la enfermedad se deteriore demasiado.

En cuanto a medidas preventivas para los pólenes, no hay ninguna considerada muy efectiva, pero aconsejo que los pacientes que puedan cambien de hábitat durante los meses en que estas alergias tienen mayor incidencia. En caso de que esto no sea posible es recomendable permanecer en casa el mayor tiempo posible, con las ventanas cerradas y con aire acondicionado. Cuando se viaje en transporte público también se debe evitar llevar las ventanas abiertas. Pero no hay medidas específicas, la única es la vacunación preventiva, que va a permitir a muchos pacientes llevar una primavera un poco más calmada.

Además, el Comité de Aerobiología de la SEAIC ha elaborado una página web (<http://www.redestb.es/csim/seaic.htm>) en la que se puede obtener la máxima información acerca de los recuentos de pólenes alérgicos en España, lo que puede ser de utilidad a la hora de preparar un viaje o de elegir destino para unas vacaciones.



PROTOCOLO DE REDACCIÓN

Los trabajos que se envíen para ser publicados en NOSOCOMIO deberán ajustarse 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

exponga el planteamiento general del trabajo.

- La bibliografía debe incluir invariablemente el nombre del autor del libro, la editorial, la fecha y el 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.
- Los trabajos no admitidos para su publicación se devolverán a los autores con la mayor brevedad.



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"/>

DIRECCIÓN
POBLACIÓN PROVINCIA C.P.
..... a de 199
Firma

Tarifa suscripción, anual (incluidos gastos de envío)

AFILIADOS 1.400 pta., NO AFILIADOS 2.200 pta.

* Indicar si es afiliado a SAE y en su caso el nº de afiliación

NOSOCOMIO C/ Valverde nº 1, 9º-dcha. 28004 Madrid.

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

Talón bancario Domiciliación Cheque bancario (nominativo) adjunto nº Banco/Caja

NOSOCOMIO C/ Valverde nº 1, 9º-dcha. 28004 Madrid.

- NO AFILIADOS
 AFILIADOS

EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN UNA UNIDAD DE ONCOLOGÍA Y DE TMO (TRANSPLANTE DE MÉDULA ÓSEA)

**Esther Iglesias Blanco
y Dolores Gago Tripero**
Auxiliares de Enfermería
del Hospital Niño Jesús, Madrid

1ª PARTE

INTRODUCCIÓN

No se sabe exactamente cuándo apareció el Auxiliar de Enfermería (AE) en el ámbito sanitario. Su figura está vinculada, como la de enfermera, al cuidado de los pacientes. En un principio apareció como voluntaria y por vocación, sin unos conocimientos teóricos básicos.

Era un adiestramiento adquirido en el día a día y según la experiencia desarrollaba su trabajo. Hubo una época en la que sólo se la consideraba “la chica de los recados”, no estaba integrada como una profesional más en el equipo de trabajo.

Hoy en día, se requiere para ejercer esta profesión, una titulación profesional, con unos

conocimientos teóricos básicos y unas habilidades que se consiguen con las prácticas.

Es muy importante, que todo el colectivo de Auxiliares se consideren como unos profesionales más dentro del equipo, sabiendo que sus funciones son delegadas por la enfermera.

Nos produce una gran satisfacción compartir con vosotros

nuestros conocimientos en el cuidado del paciente oncohematológico.

Este trabajo describe la labor de un Auxiliar en la unidad de oncología-trasplante de médula ósea (TMO). Hemos intentado abarcar, desde el punto de vista del equipo de enfermería, todos aquellos aspectos del paciente oncológico desde las alteraciones de las necesidades básicas: efectos secundarios de la quimioterapia, cuidados en el tratamiento de la radioterapia, cuidados en el TMO y cuidados paliativos dentro del hospital.

Sería muy grato para nosotras que este trabajo fuera de interés y utilidad. Nuestra satisfacción sólo será completa si constituye el primer eslabón de una cadena para conseguir la estandarización de los cuidados de enfermería y para que nosotras, como Auxiliares de Enfermería, colaboremos en ellos aumentando la calidad en nuestras tareas. El último factor, la voluntad, puede ser clave; pero la voluntad personal y la voluntad profesional, el trabajar con los demás respetando la labor de cada uno de los miembros y aprendiendo día a día a colaborar un poco más.

TRABAJO EN EQUIPO

A pesar de los avances que se están produciendo, todavía tenemos una asignatura pendiente: el trabajo en equipo.

Es cierto que no actuamos de forma totalmente aislada, pero también es cierto que en nuestro quehacer diario no estamos trabajando en equipo; sabemos que no es fácil y en el ámbito sanitario no estamos acostumbrados a ello.

Los miembros del equipo no solamente ocupan una posición dentro de la organización, sino que cada cual ejerce funciones

diferentes; las tareas ejecutadas por cada uno contribuyen a un mismo objetivo: el bienestar del enfermo y sus familiares.

Sería imposible pensar que cualquier profesional de la sanidad pueda conseguir el objetivo de controlar todos y cada uno de los problemas que puedan presentar el enfermo y su familia. Por eso uno de los instrumentos necesarios es el trabajo interdisciplinar, ya que sin un trabajo en equipo, aunque el profesional individualmente sea muy bueno, no se pueden conseguir los objetivos. Por tanto, el trabajo en equipo y la coordinación de sus miembros permite una serie de posibilidades y resultados a los que no tienen acceso, al menos en la misma medida, las personas que trabajan individualmente.

El trabajo por tareas está hoy en día casi descartado, pues nos lleva a un trabajo en cadena que se convierte en rutina y con ello, el personal se siente frustrado.

Si analizamos de cerca el trabajo cotidiano vemos que existe, en diferentes colectivos, un alto nivel de desmotivación asociado principalmente a las condiciones laborales actuales y a las dificultades del día a día.

Los pacientes también solicitan ser atendidos como personas y no como números. Por ello hemos evolucionado en el sistema de cuidados llegando a lo que actualmente es la asignación de pacientes.

Con este sistema, cada enfermera y Auxiliar llevan juntas a los mismos pacientes, de manera que éste siempre sepa quién es su enfermera o Auxiliar.

Los cambios de turno se organizarán de manera que tú pases la información a tu compañera, que será la siguiente responsable de ese enfermo. La enfermera delegará a su Auxiliar las

funciones que crea convenientes, según la competencia del Auxiliar y el estado del paciente. Todo el personal de enfermería coordinará y evaluará los cuidados efectuados, ya que es una actividad muy dinámica, pues los cuidados son comprobados en cada turno.

Para un buen funcionamiento del trabajo en equipo podemos enumerar algunos puntos que hacen que un grupo funcione:

—Saber escuchar.

—Comunicación entre los individuos.

—No se trata de probar o demostrar nada, no estamos en un debate.

—Necesidad de más información escrita para que todos los miembros conozcan las valoraciones y las actividades de los demás.

—No deben existir competencias basadas en la envidia.

—No debe existir competitividad.

—Coordinación.

—Responsabilidad.

—Humanización.

Si alguna de estas condiciones indispensables para el trabajo en equipo falla, el equipo no funciona, no respondiendo bien a las necesidades del paciente.

Existe una verdadera confusión, no sólo en el ámbito social, sino también profesional, acerca de lo que es el trabajo de las enfermeras y las Auxiliares, esta indefinición en cuanto a nuestro trabajo, provocada por nosotros mismos, hace difícil que nadie logre entender qué es lo que estamos ofreciendo como profesionales, no sólo al enfermo y a la familia, sino también a la sociedad.

Con estas perspectivas debemos luchar, además está en nuestras manos y en nuestra voluntad profesional el adquirir, de una vez por todas, el compromiso

para dignificar nuestra profesión, definir nuestras actuaciones, determinar nuestras aportaciones al equipo, trabajar con otros profesionales sabiendo, y haciéndoles saber, lo que somos y lo que hacemos.

Éste es el primer e indispensable requisito, y mientras llevamos a cabo esta difícil tarea, creo que podemos ya empezar a hablar y demostrar que sí somos capaces de formar equipos de enfermería. Me estoy refiriendo al trabajo de las enfermeras con las Auxiliares. En estos dos colectivos, sí coincide el mismo objetivo: cuidar. Por tanto, debemos considerar que somos afortunadas de tener lo suficiente en común como para que, desde hoy mismo, nos pongamos manos a la obra.

QUÉ ES EL CÁNCER

El cáncer agrupa una variada gama de afecciones con una característica común: la multiplicación anárquica de las células con tendencia invasora, sin que el proceso tenga una etiología precisa pero con características malignas evidentes.

En el momento actual el cáncer es una de las enfermedades más preocupantes. Desde 1960 en todos los países del mundo, es una de las cinco primeras causas de muerte.

CÁNCER EN LA INFANCIA

El cáncer es actualmente un grupo de enfermedades, cada una de ellas con su propio nombre y con diferentes pronósticos y tratamientos.

La causa por la que aparece el cáncer en los niños es desconocida y no hay métodos eficaces para la prevención. Es importante también conocer que el cáncer

en los niños no es ni hereditario ni contagioso.

La patología oncológica más frecuente en la infancia es la siguiente:

Leucemia: uno de cada tres niños con cáncer desarrolla esta enfermedad. Se define como una proliferación incontrolada de unas células denominadas blastos que se encuentran en la médula ósea.

Un blasto es una forma inmadura de la célula antes de que aparezcan sus características definitivas, como consecuencia del exceso de estas células aparecerá anemia y plaquetopenia.

Dentro de la leucemia hay diversos tipos:

—**LLA** (leucemia linfoblástica aguda): caracterizada por el aumento incontrolado de linfocitos inmaduros.

—**LMA** (leucemia mieloide aguda): caracterizada por la transformación clonal de una célula mieloide que prolifera y madura de forma anómala.

Tumores sólidos.

Los más frecuentes son:

—**LINFOMAS:** cáncer de los ganglios linfáticos, que pueden afectar a ganglios linfáticos periféricos o a órganos linfoides se dividen en Hodgkin y no Hodgkin.

El Hodgkin afecta a los ganglios linfáticos periféricos.

El no Hodgkin es la proliferación neoplásica de células linfoides, generalmente diseminadas por todo el organismo.

Tumores cerebrales.

Representa el segundo tumor más frecuente en la infancia:

—**NEUROBLASTOMA:** tumor derivado de células nerviosas simpáticas que, por razones desconocidas, se suelen localizar en las proximidades del riñón.

—**TUMOR DE WILLMS:** se origina en las células de los riñones.

—**RABDOMIOSARCOMA:** es un tipo de sarcoma de partes

blandas que afecta fundamentalmente a las células musculares.

—**OSTEOSARCOMA:** es la forma de cáncer de hueso más frecuente en la infancia, los huesos más afectados son los largos de la extremidad inferior y superior.

—**SARCOMA DE EWING:** es otra forma de cáncer de hueso donde también son afectados los huesos planos.

Recibir un diagnóstico de cáncer supone un golpe duro, es un momento de choque e incredulidad, de no saber qué pasa, los puntos de referencia para la vida desaparecen en un instante y uno se encuentra perdido, confuso y conmocionado.

Los padres no pueden entender cómo es posible que ocurra, tienen sentimientos de culpa, tienen miedo y angustia, aparecen sentimientos de rabia, pena, desánimo... estas reacciones son absolutamente naturales y en ocasiones pueden ser un camino para enfrentarse a la nueva situación.

Normalmente y poco a poco los padres suelen terminar por aceptar que su hijo tiene cáncer. En un primer momento la información al niño y a su familia debe realizarse de tal forma que podamos averiguar el grado de comprensión que éstos tienen sobre el problema, con el objetivo de:

—Conocer la cultura del niño y su familia.

—Valorar el deseo de información.

—Crear empatía y abrir canales de comunicación.

—La información debe ser realista; deben utilizarse términos comprensibles.

—Debemos favorecer la verbalización de los sentimientos.

—No se debe ocultar información ni a la familia ni al niño.

—Se debe informar con el mayor tacto posible y buscando el momento más adecuado.

Con frecuencia, el equipo de enfermería se encuentra con familias que han aceptado la negación como una poderosa herramienta, la cual sirve de defensa ante situaciones que amenazan la integridad personal del niño; en este punto debemos evitar los enfrentamientos con determinadas afirmaciones que la familia no quiere escuchar.

La familia y el niño deben disponer de toda la información que requieren, sin suponer para el equipo de enfermería una molestia o amenaza, manteniendo un comportamiento sereno y estimulante.

El apoyo al niño con cáncer y su familia debe estar centrado en dos puntos importantes:

a) información realista sobre el futuro.

b) dar al niño y a su familia sensación de control sobre el paciente y su enfermedad.

Ante la actitud depresiva tanto del niño como de su familia, debemos mantener una actitud positiva y de comprensión.

En estados de retraimiento provocaremos reacciones verbales y no verbales, buscaremos la exteriorización de los sentimientos. Mantendremos conversaciones sobre el pasado y el presente; planificaremos actividades.

Cuando se produce el diagnóstico, cada niño suele llegar a él por un camino diferente, que en general suele ser difícil y complicado para la familia.

En ocasiones el diagnóstico se realiza de forma más o menos rápida, imprevista, la sintomatología puede aparecer de forma súbita, de un día para otro, situación que suele ser muy traumática; en otros casos llega tras un

largo y difícil camino por pediatras, ambulatorios y tratamientos ineficaces.

Aunque cada niño suele seguir un camino distinto hasta llegar al diagnóstico de su enfermedad, es muy frecuente que éste se produzca de forma definitiva en un gran hospital. Esta primera hospitalización acostumbra a ser larga y difícil para el niño y su familia.

Con la admisión en el hospital el niño se introduce en un nuevo mundo con gente nueva y extrañas máquinas, observa a otros pacientes y compara su estado, puede sentir rebeldía cuando tiene que cumplir algún tipo de orden o norma.

El funcionamiento organizado del hospital exige una renuncia de los signos de identidad, quien entra en el hospital se siente humillado en su dignidad y su libertad.

El hospital debe ser un lugar de encuentro humano y humanizante para el enfermo y su familia, un entorno constante de solidaridad.

El hospital es uno de los pocos lugares donde el individuo pierde el control sobre las tareas de la vida diaria, esta pérdida de control ayuda a despersonalizar al paciente y a su familia, asumiendo el papel de buen o mal paciente.

Ambas reacciones producen consecuencias fisiológicas, comportamentales y afectivas.

Una vez instalado en su habitación debe enfrentarse a una total falta de intimidad, siendo totalmente accesible al personal de enfermería.

A las actuaciones médicas (extracciones de sangre, punciones, radiografías, exploraciones, etc.), que son necesarias en el proceso del diagnóstico y tratamiento y que suelen ser vividas por el niño como agresiones físicas, se

añaden otras que afectan a la estabilidad emocional del niño y de sus padres.

Se debe informar al niño de todos los procedimientos que se van a realizar, debemos, además, mostrarnos comprensivos.

En general los hospitales con servicios de pediatría suelen contar con salas de juego para los pacientes y con profesores. Ello les permite relacionarse con otros niños; así pueden seguir desarrollándose armoniosamente a pesar de la hospitalización y sustituir las relaciones interrumpidas con sus hermanos y compañeros.

En general estas salas cuentan con personal formado para esta labor, los cuales tendrán ocasión de observar el comportamiento del niño. Es importante fomentar la participación de los niños en estas actividades.

Si el niño está en la cama y no es posible que participe en la sala de juegos es importante ofrecerle algún tipo de terapia recreativa. La vida del niño hospitalizado debe contener aspectos de distracción y de trabajo para permitir que la experiencia hospitalaria y el tratamiento sean lo menos negativos posibles para él.

Se debe intentar que las salas de juego incluyan algún tipo de medios de actividad o diversión para los niños más mayores y los adolescentes que deben participar en juegos propios de su edad.

La hospitalización es una amenaza seria para el creciente sentido de independencia, es particularmente desagradable para los adolescentes que con frecuencia protestan de esta forzada dependencia. El continuar las relaciones previas con los amigos y compañeros será un elemento de gran ayuda para los jóvenes con cáncer.

Sobre la familia, el proceso de hospitalización tendrá repercusiones importantes; pueden surgir problemas de adaptación al tratamiento, rechazo de las exploraciones complementarias, falta de adhesión a las normas de la unidad y a los tratamientos y, eventualmente, la alianza con otras familias contra el equipo de enfermería y contra el médico.

La familia tiene un papel insustituible al lado del niño hospitalizado:

—Lo mantiene en contacto con el exterior.

—Es el defensor del niño.

—Conoce el día a día.

—Colabora en la atención directa del niño y lo acompaña continuamente.

Una vez que la familia ha conocido las duras noticias del diagnóstico de cáncer debe decidir cómo van a explicar la situación de su enfermedad al niño, una de las preguntas más habitual es:

¿DEBE CONOCER MI HIJO TODA LA VERDAD ACERCA DE SU ENFERMEDAD?

Ciertos estudios han demostrado que, en general, los niños comprenden y conocen la gravedad de su enfermedad con gran facilidad.

Normalmente entienden que algo no va bien y se dan cuenta de la ansiedad de su familia y amigos, puede ser frecuente que crean que su enfermedad es consecuencia de algo que hicieron mal y ello les puede ocasionar una innecesaria y cruel ansiedad y culpabilidad. La mayoría de los profesionales de la salud están de acuerdo que hablar a los niños acerca de la verdad de su enfermedad decrece su ansiedad y les previene

de sentimientos de culpa, además al conocer la verdad suelen colaborar mucho mejor en el tratamiento.

La cantidad y naturaleza de la información que se proporciona al niño depende de la edad y de su madurez intelectual, una explicación suave, abierta y verdadera parece ser lo mejor.

Los niños menores de dos años no pueden entender una enfermedad como el cáncer, para ellos la separación de sus padres es su mayor tristeza.

Los niños con edades comprendidas entre dos y siete años están mejor preparados para comprender su enfermedad, entienden las cosas desde su punto de vista, consideran que la enfermedad es causada por un acto o una acción más o menos concreta, por ello necesitan que se les afirme que ellos no han hecho nada que cause su enfermedad. Necesitan una explicación honesta y clara.

Para los niños con edades comprendidas entre siete y doce su enfermedad es una serie de síntomas y tienen capacidad de cooperar con el tratamiento; en este caso las explicaciones deben ser más detalladas y deben incluir la situación familiar.

Para los niños mayores de doce años, dado que ya son capaces de relacionar todos los aspectos de su vida, la explicación debe ser lo más amplia posible.

A parte de la información sobre la enfermedad debemos conocer cuáles son los tratamientos a seguir, así como los efectos secundarios. El tratamiento por elección es la quimioterapia, que ejerce una función primordial en el tratamiento y la curación del cáncer infantil.

La quimioterapia se utilizó con éxito por primera vez en 1943, utilizando imparita o gas mostaza en un paciente afectado

por la enfermedad de Hodgkin. No deja de ser llamativo que una sustancia empleada como arma letal en la guerra haya servido de base para salvar posteriormente tantas vidas humanas. Permite la destrucción de los tumores mediante la administración de fármacos que impiden la reproducción celular o paralizan su crecimiento, lesionando los ácidos nucleicos o interfiriendo en funciones biológicas vitales para el desarrollo de las células tumorales. Por ello reciben el nombre de citolíticas, citotóxicos.

La respuesta puede ser total, llamada respuesta completa, mientras que en otros casos, puede ser tan sólo parcial.

A lo largo de los programas de quimioterapia se precisa de una adecuada y permanente vigilancia clínica, analítica, y por métodos de visualización del objeto, evaluar y detectar los posibles efectos secundarios, así como la respuesta tumoral a los fármacos utilizados.

Posiblemente sea la edad pediátrica, donde se da el mayor número de tumores sensibles a la quimioterapia. Muchos son los agentes quimioterápicos utilizados en la lucha contra el cáncer, en general, se utilizan de forma combinada para conseguir una mayor eficacia.

Las drogas quimioterápicas pueden ser administradas por vía oral o vía intravenosa; la periodicidad de la administración es variable, en unos casos se administra diariamente, mientras que en otros una vez por semana o incluso cada tres o cuatro semanas.

La quimioterapia dirige sus efectos sobre las células cancerosas pero también afecta a células que tienen una gran capacidad de crecimiento (células sanguíneas, células del aparato digestivo, folículos pilosos) produciendo

unos efectos indeseables que se denominan "efectos secundarios" de la quimioterapia.

ALTERACIONES EN LAS NECESIDADES BÁSICAS

Las necesidades básicas que con más frecuencia se alteran en el niño con cáncer durante los tratamientos con quimioterapia, son las que a continuación vamos a enumerar:

Necesidad de respiración

Se valorará:

1. Ruidos respiratorios y secreciones.
2. Tos seca o productiva.
3. Sangre (hemoptisis).
4. Dolor al respirar.
5. Dificultad respiratoria: disnea o taquipnea.
6. Coloración de piel y mucosas.
7. Necesidad de O₂.

Nuestra actuación debe ir encaminada a restablecer su estabilidad.

*Colocar al niño en la posición que respire mejor, preferiblemente en posición fowler.

*Desprenderle de aquellas ropas que puedan oprimirle.

*Mantener la habitación ventilada.

*Limitar las actividades físicas.

*Colocarle sobre el lado afecto en caso de derrame pleural o anulación funcional de un pulmón.

*Enseñarle ejercicios respiratorios.

Las demás actuaciones: farmacológicas, instauración de O₂ y broncoaspiraciones de secreciones, serán valoradas por el médico y la enfermera, el AE en todo momento colaborará para facilitar la labor en estas actuaciones.

Una de las necesidades que sufre con más frecuencia, y de forma devastadora los efectos secundarios de la quimioterapia, es la:

Necesidad de alimentación

Se valorará:

1. Estado de nutrición e hidratación.

2. Estado de la boca.
3. Dietas preferenciales e intolerancias.
4. Náuseas y vómitos.
5. Anorexia.
6. Disfagia.
7. Nutrición enteral.

La mal nutrición protéico-calórica es el principal problema en el niño con cáncer, existen datos que demuestran que un buen estado nutricional se asocia a una mayor tolerancia a la quimioterapia, una menor susceptibilidad a la infección y una mayor sensación de bienestar.

El principal objetivo es la prevención de la pérdida de peso y otros déficits nutricionales mediante la administración de una dieta adecuada complementada con preparados comerciales.

La educación a la familia es un punto esencial que no debe descuidarse, hay que insistir a los padres en la necesidad de una alimentación variada y suficiente; conviene preparar a la familia para afrontar las situaciones de intensa anorexia, así como los continuos cambios de gusto. Es frecuente que los niños presenten una gran apetencia de los sabores fuertes.

Se requiere una vigilancia continua de la dieta, sometiendo ésta a modificaciones cuando los aportes sean insuficientes. Cuando un niño es incapaz de ingerir un volumen determinado de alimentos existen una serie de recomendaciones en cuanto horario, número de comidas y la composición, que permiten aumentarlo aportando calorías, y así alcanzar unos mínimos que eviten su deterioro nutricional.

La administración de una comida ligera compuesta principalmente por hidratos de carbono antes de la administración del citotóxico facilita la menor aversión a los alimentos; otra estrategia es

interponer entre la última comida y la administración del citostático algún alimento de escaso valor nutricional (caramelo, helado...) de forma que el niño asocie el efecto desagradable de la quimioterapia con dicho alimento, evitando así, la asociación con los alimentos de mayor valor nutricional.

Es aconsejable que durante los períodos de quimioterapia no se proporcione al niño sus alimentos favoritos y se reserven éstos para etapas libres de tratamiento.

Uno de los efectos secundarios que se producen dentro de la nutrición, es la anorexia, causada por la fatiga, la alteración de la mucosa bucal, del gusto y del olfato, náuseas, vómitos, estrés; la hospitalización representa además otro factor negativo.

Durante el desayuno es cuando más apetito sienten, por lo que intentaremos que consuman una tercera parte de sus requerimientos protéicos y calóricos, les animaremos a comer pero sin forzar.

Muchos niños detectan un sabor metálico debido a la quimioterapia, la vista del metal puede alterar el gusto y el rechazo a la comida, por ello es aconsejable utilizar vajillas de plástico u otro material no metálico. Los alimentos deben ingerirse templados o fríos; con el fin de enmascarar su sabor amargo, adecuaremos la presentación de los alimentos utilizando aderezos.

En los períodos en los que exista pérdida importante del apetito, dificultad para tragar, problemas digestivos o cuando las necesidades sean tan grandes que no puedan alcanzarse los mínimos requeridos mediante la ingestión normal de alimentos, se recurrirá a la nutrición enteral por sonda nasogástrica.

Sus complicaciones son mínimas, las más frecuentes son:

*Obstrucción de la sonda.

*Expulsión por vómito.

La forma más frecuente de administrar alimento por la sonda es hacerlo por la noche mediante la ayuda de una bomba de infusión enteral, aprovechando que el niño está dormido. La cama debe estar incorporada. Este tipo de tratamiento permite una alimentación normal durante el día.

Otras alteraciones que se producen dentro de la alimentación son las náuseas y vómitos.

*Debemos intentar que el niño mantenga o recupere un estado nutricional óptimo en el menor tiempo posible.

*Es el efecto secundario más temido por los niños y su familia.

*Valoraremos los episodios de náuseas y vómitos, haciendo un exhaustivo registro.

*Realizaremos un control de aportes y pérdidas.

*Proporcionaremos bienestar en el momento del vómito.

*El ambiente a la hora de la comida será relajado.

*Indicaremos el lavado de boca antes de la comida; se dará una pequeña cantidad de coca-cola o zumo para evitar el sabor metálico producido por la quimioterapia; evitaremos en la medida de lo posible las comidas olorosas.

*Disminuiremos la estimulación del centro de vómito.

*Fomentaremos la ingestión de alimentos que le estimulen el apetito.

*Daremos la posibilidad de elegir un horario, así como los alimentos que más le apetezcan.

Una de las complicaciones potenciales que se pueden producir dentro de los efectos secundarios, y que afecta a la nutrición del niño oncológico, es la mucositis.

*Inspeccionaremos la boca para detectar lesiones, asegurándonos que se realiza una correcta higiene bucal; es muy importante omitir el cepillado si el niño tiene menos de 50.000 plaquetas, por lo que se enjuagará la boca con bicarbonato 1/6 molar.

*El dolor de la mucosa oral se reduce mediante enjuagues con fórmula de mucositis, compuesta por Lidocaina + Alugelibys + Benadryl jarabe.

*Valoramos la capacidad del niño para tragar y masticar.

*Explicaremos al niño y a los padres que no puede tomar zumos de frutas ácidas, comidas especiadas ni alimentos excesivamente calientes, ya que pueden erosionar la mucosa.

*Daremos alimentos frescos y suaves en pequeñas cantidades.

*Ofreceremos líquidos fríos muy frecuentemente.

Necesidad de eliminación

Se valorará:

1. Eliminación intestinal:

— Estreñimiento.

— Diarrea.

2. Eliminación urinaria:

— Frecuencia.

— Cantidad.

— Anomalías.

También puede encontrarse alterada por efecto de la quimioterapia.

Eliminación intestinal: los problemas son muy frecuentes y causan una gran incomodidad en el niño.

Las principales complicaciones con las que nos encontramos son: el estreñimiento y la diarrea.

En ambos casos valoraremos el patrón de eliminación habitual, inspeccionaremos siempre las deposiciones del niño por si hiciera falta variar su alimentación.

Debemos adoptar medidas correctoras.

En caso de estreñimiento:

*Proporcionaremos dieta adecuada para favorecer la deposición:

zumos de frutas, ciruelas, dieta rica en residuos.

*Utilizar, si es posible, el cuarto de baño antes que la cuña o el orinal.

*Control de la defecación: nos alertaremos cuando pasen más de tres días sin evacuar, o cuando la deposición sea dura y seca.

*Facilitaremos la intimidad.

*Facilitaremos la movilidad.

*Enseñaremos ejercicios para aumentar el tono muscular abdominal, siempre que no esté contraindicado.

*Aumentaremos la ingestión de líquidos.

Si estas medidas no fuesen efectivas se administrará laxantes por orden facultativa.

Al alta, informaremos a los padres de las medidas a tomar para evitar el estreñimiento.

En caso de diarrea:

*Interrumpiremos la alimentación sólida, ingiriendo líquidos.

*Evitaremos productos lácteos, grasas, cereales integrales, fruta fresca y verdura.

*Añadiremos gradualmente semisólidos y sólidos (arroz y zanahoria), al principio ofreceremos pequeñas cantidades y muy frecuentemente, iremos aumentando la dosis paulatinamente hasta volver a una dieta normal.

*Vigilaremos signos de deshidratación proporcionando abundantes líquidos.

Eliminación urinaria:

*Controlaremos la frecuencia de las micciones, la cantidad de diuresis, olor, color de la orina así como las molestias o anomalías en la micción.

*Realizaremos un control de la diuresis por turno, con un balance de ingestión y diuresis diario.

*Analizaremos mediante una tira reactiva la orina para detectar anomalías como hematuria, cuerpos cetónicos, medición del pH...

*Aumentaremos la ingestión de líquidos durante el tratamiento para favorecer la eliminación de metabolitos tóxicos, que en altas concentraciones podrían causar daños muy importantes.

Necesidad de termorregulación

Se valorará:

1. Hipertermia.
2. Hipotermia.

Hipertermia:

- * Controlaremos la temperatura.
- * Proporcionaremos comodidad y cambiaremos la ropa de la cama cuando sea preciso; mantendremos un ambiente tranquilo.
- * Daremos líquidos abundantes.
- * Eliminaremos el exceso de ropa para fomentar la pérdida de calor.

* Pondremos paños de agua templada.

* Según el protocolo la enfermera deberá tomar dos hemocultivos, el Auxiliar recogerá un frotis nasofaríngeo, dos urocultivos y un coprocultivo.

Hipotermia: Puede ser producida por fármacos o causas ambientales.

* Abrigaremos al niño y en el caso de que la temperatura no se regulase aplicaremos calor seco.

Necesidad de higiene

Se valorará:

1. Oídos y fosas nasales.
2. Uñas.
3. Zona perianal.
4. Cuidados de la boca.
5. Estado de la piel.

* La higiene diaria corporal se realizará mejor en ducha que en baño.

* Rasuraremos el pelo cuando empiece a caerse por efecto de la quimioterapia.

* Oídos y fosas nasales se limpiarán meticulosamente así como los ojos, cuya higiene se realizará con suero fisiológico.

* Los labios se hidratarán con vaselina para evitar que se sequen o agrieten.

* Las uñas se cortarán y se mantendrán limpias.

* La zona perianal debe mantenerse en todo momento limpia, para evitar el cultivo de microorganismos, después de cada micción o deposición se lavará con povidona yodada diluida en suero fisiológico.

* En caso de que el paciente esté encamado se realizará higiene pasiva; hidratarémos la piel con crema o aceite de almendras.

* Los cuidados de la boca van encaminados a mantener la mucosa oral y los labios húmedos, limpios y suaves eliminando la placa bacteriana y los restos alimentarios para evitar halitosis o infecciones.

* El cepillado de los dientes debe realizarse después de cada comida.

* El niño y la familia se lavarán las manos cuando utilicen el cuarto de baño, cuña o botella; también antes y después de cada comida.

* Se debe realizar una buena educación en la higiene del niño oncológico, pues contribuye a disminuir el riesgo de infección y aumentará el bienestar.

* El aseo corporal diario es primordial en el cuidado de la piel.

* Debemos tener en cuenta algunos detalles:

1. Respetar la intimidad.
2. Respetar sus gustos (colonias, jabones...).
3. Estimular la autonomía en el aseo y hacer partícipe a la familia.
4. La temperatura del agua debe ser la adecuada.
5. Se utilizarán cremas emolientes; los jabones deben ser neutros.

6. Para los niños encamados se realizará un protocolo de prevención de úlceras por decúbito.

Necesidad de autoestima y bienestar

Se valorará:

1. Autoestima:
 - Alopecia.
 - Aumento de peso.
2. Bienestar:
 - Dolor.
 - Técnicas agresivas.

* La alteración de la imagen corporal por alopecia y aumento de peso (debido a los corticoides) perturba en gran medida la autoestima del niño, con lo cual debemos actuar con el apoyo de los padres, valorando su actitud frente a los problemas y haciendo que expresen sus preocupaciones.

* Reforzaremos los aspectos positivos, asegurando que el pelo vuelve a crecer.

* Animaremos a cortarse el cabello y a que utilicen gorros, pañuelos y pelucas.

* En caso de aumento de peso daremos una dieta baja en calorías y pediremos colaboración a la unidad de dietética.

La alteración del bienestar en el niño oncológico es producida en primer lugar por la hospitalización, en segundo lugar por el dolor, aunque éste debe ser evaluado subjetivamente en pediatría, también existen métodos objetivos como son dibujos faciales, escala de color, escala numérica...

La alteración del bienestar también puede ser producida por las técnicas agresivas; se intentará relajar al niño y en el caso de los bebés intentaremos realizar un contacto maternal para lograr esa relajación.

Una de las principales complicaciones potenciales que se producen en el niño, debido al tratamiento con quimioterapia y que altera su bienestar, es la neutropenia. La mayoría de los agentes quimioterápicos, producen una depresión de la

médula ósea, que se traduce en la disminución de glóbulos rojos, así como de los blancos y de las plaquetas, decimos entonces que el niño está neutropénico, ante esta situación el modo de actuación será el siguiente:

*Colocaremos al niño en una habitación individual.

*Restringiremos las visitas, pero podrá estar acompañado las veinticuatro horas del día por un familiar.

*Será necesario el uso de mascarilla, que se cambiará cada veinte minutos si es de papel y cada cuatro o seis horas si es quirúrgica.

*Lavado riguroso de manos siempre que se entre en la habitación

con povidona yodada quirúrgica.

*Limpieza minuciosa de juguetes y objetos personales del niño.

*Uso de ropa, vajilla... estéril.

*Dieta cocinada o envasada. Prohibido las frutas y verduras frescas.

*Los familiares llevarán bata además de la mascarilla.

2ª PARTE

INTRODUCCIÓN

El cáncer es un grave problema de salud en el mundo. No es sólo una enfermedad sino un conjunto de enfermedades neoplásicas distintas, que exigen formas específicas de diagnóstico y tratamiento. Es una de las causas principales de muerte en los niños, tanto en países desarrollados como subdesarrollados, la leucemia aguda y los tumores del sistema nervioso central comprenden el 60% de todas las neoplasias que afectan a los niños.

Por una parte, es notable el desarrollo metodológico y terapéutico de la oncología en las últimas décadas, es prioritario disponer de una información completa sobre la enfermedad; cualquier cáncer deteriora el organismo, los tratamientos son largos, tóxicos..., pero los continuos avances hacen que muchos tumores y leucemias actualmente tengan altas tasas de curación, el trasplante ha cambiado el pronóstico de algunas de estas enfermedades al recuperar

a pacientes que de otro modo hubieran fallecido.

La mejoría en los resultados obtenidos con el trasplante de médula ósea (TMO) en las distintas patologías son debidas entre otros factores al perfeccionamiento en los regímenes de acondicionamiento, a las medidas de soporte y a la mejor prevención y tratamiento de la enfermedad injerto contra huésped. No obstante, todavía la mortalidad y morbilidad es muy alta.

Una limitación evidente del TMO es la necesidad de un donante HLA idéntico, siendo éste uno de los factores que han determinado el desarrollo del trasplante autólogo de médula ósea (TAMO).

Desde hace tiempo se conoce que, en condiciones basales, en la sangre periférica circulan células madre hematopoyéticas y que su número se puede incrementar en determinadas circunstancias, como por ejemplo, la administración de factores de crecimiento de colonias granulocíticas, es lo que llamamos

movilización de células progenitoras.

Estas células pueden extraerse de la médula ósea bien por aspirado directo del hueso, en quirófano, ya que necesita varias aspiraciones de crestas ilíacas (Harvets), o bien la recolección se realiza a través de un separador celular semiautomático que recoge dichas células de un modo continuo en una bolsa situada en el exterior de una máquina, esta técnica se denomina aféresis. La vía de acceso al flujo sanguíneo se realiza a través de un catéter venoso central en régimen ambulatorio. Las células recolectadas se criopreservan mediante congelación y almacenamiento en nitrógeno líquido hasta su posterior utilización.

Con el desarrollo de estos nuevos métodos en la obtención de células hematopoyéticas; y la utilización de donantes familiares no idénticos y por último, con la utilización de donantes no familiares y de trasplantes de cordón umbilical, el trasplante de médula ósea se ha convertido en un procedimiento de uso

común en un número creciente de enfermedades malignas y no malignas que se ha difundido por todo el mundo.

¿QUÉ ES UN TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA?

La médula ósea es el tejido esponjoso que está en el interior de los huesos (más abundante en el esternón y en las crestas ilíacas). Es además, donde se producen las células progenitoras de la sangre, células madre o stem-cell que son capaces de dar origen a todas las demás células sanguíneas. Estas células también se pueden encontrar en pequeña cantidad en la sangre circulante.

Un trasplante se puede definir como "la infusión de células hematopoyéticas por vía intravenosa de un donante a un receptor que previamente ha sido tratado con drogas inmunosupresoras para facilitar su implante".

TIPOS DE TRASPLANTE

—A partir de un hermano gemelo univitelino con HLA idéntico y denominándose trasplante singénico.

—A partir de un hermano que ha heredado el mismo HLA, siendo entonces trasplante alogénico con HLA idéntico.

—Donante familiar no compatible totalmente, que se llamará trasplante alogénico parcialmente compatible.

—Donante HLA idéntico obtenido a través de un registro internacional: se denominará trasplante alogénico no emparentado.

—Donante de cordón umbilical.

—Trasplante autólogo en el que la fuente de las células progenitoras es el propio paciente.

La unidad de TMO

El trasplante de médula ósea requiere el manejo de pacientes severamente inmunodeprimidos

durante largos períodos de tiempo. El paciente será ingresado en una unidad de aislamiento eficaz, con flujo laminar aéreo, aire filtrado con presión positiva o aislamiento invertido simple.

Generalmente el niño viene a realizarse el TMO desde el servicio de oncología, o bien viene de otros hospitales. A la llegada del paciente y la familia, previa presentación del equipo, les enseñaremos la unidad; a continuación realizaremos la historia de enfermería, la cual es necesaria para conocer tanto al niño como a la familia. Con este primer contacto podemos detectar los miedos al trasplante, aclararemos información falsa que puedan tener, daremos seguridad y apoyo.

El establecimiento de una relación positiva con los padres puede facilitar la colaboración del niño en el tratamiento. El papel de los padres es esencial, transmitiendo confianza a su hijo. Es importante también que tanto los padres como el propio niño puedan disponer de un soporte psicosocial adecuado.

Durante el trasplante aconsejamos que se establezcan turnos entre dos o tres personas para evitar el cansancio.

Es posible que debido a la ansiedad de los primeros días la familia no haya retenido la información y ésta deba ser explicada varias veces; debemos tener en cuenta las condiciones psico-socio-culturales de ambos padres.

Se deben atender todas las preguntas que nos hagan, y todo el equipo dará la misma información.

Los padres deberán traer unas zapatillas nuevas, tanto para el niño como para ellos, de uso exclusivo para la habitación, así como ropa interior y utensilios de aseo personal.

También aprovechamos para explicar las normas de funcionamiento de la sala, respecto a:

1. Estructura física y situación de la unidad.

Los boxes son independientes para cada niño y están dotados de una antesala que actúa de zona neutral entre el pasillo central de la sala y la habitación aséptica del niño.

En esta antesala, se encuentran unos armarios donde está colocado todo el material necesario que se va a utilizar para entrar a la habitación, como son gorros, calzas, batas, mascarillas, sábanas, toallas, pijamas..., todo ello estéril, además del material sanitario agujas, jeringas, sistemas, filtros..., para evitar en lo posible las entradas y salidas de la habitación y así garantizar la máxima asepsia posible.

En esta antesala se encuentra la puerta de acceso al baño, que es individual para cada habitación y de uso exclusivo para el acompañante.

2. Objetos permitidos al paciente y al acompañante.

Se permitirá la entrada de objetos de ocio (vídeo, walkman, libros —siempre que estén bien precintados—, juguetes...), que se limpiarán con un desinfectante de superficie. No se acumulará mucho material en la habitación.

El acompañante podrá tener también algún objeto de ocio.

3. Régimen de visitas.

El niño podrá estar acompañado por un familiar las 24 horas del día, persona que debe cumplir antes de entrar las normas establecidas; evitaremos la entrada de personas con procesos infecciosos; el niño podrá recibir las visitas a través de los cristales de una galería y hablar con ellas por los interfonos que allí se encuentran.

Limpieza y mantenimiento del hábitat

La habitación del trasplantado es una zona aséptica que requiere

una limpieza exhaustiva diaria. Antes del ingreso del niño se realiza una limpieza, según protocolo, de toda la habitación y de los filtros de aire.

A diario, en el turno de mañana, se limpiarán techos, paredes, suelo, cristales y todo el mobiliario de la habitación; se vigilará la estricta limpieza de ellos. En el turno de tarde volverá a hacerse un repaso general de toda la habitación; el baño se limpiará dos veces al día y el material de limpieza será exclusivo para cada habitación.

Tomaremos frotis de diversas superficies de la habitación como son tomas de oxígeno, pared, rejillas del aire..., se realizarán periódicamente para comprobar la eficacia de los desinfectantes.

La limpieza y mantenimiento de material como bombas de infusión, pies de goteo, palanganas, monitores, tomas de oxígeno, tomas de aire medicinal, son competencia del auxiliar, deberán realizarse diariamente y por turno.

INGRESO DEL NIÑO

Acondicionamiento

Los días previos al trasplante se denominan "acondicionamiento", son registrados a partir del séptimo día antes del "día cero", que es el día de la infusión; en ellos el paciente recibe un tratamiento protocolizado, el objetivo es conseguir una inmunosupresión y la eliminación de las células tumorales. Estas altas dosis suelen producir efectos secundarios que se manifiestan en náuseas, vómitos, irritación de la mucosa de la boca y en el tubo digestivo.

Estos días sirven además para que el niño y los padres se familiaricen con el entorno y las normas a seguir durante el trasplante.

Dentro de las normas explicaremos a los padres en qué cuidados pueden participar, ya que ello representa un gran alivio para el niño.

Se les enseñará cómo deben entrar en la habitación, que tienen que ducharse y secarse bien el pelo a diario y cada vez que salgan a la calle, cómo deben lavarse las manos con Povidona yodada quirúrgica, que han de cepillarse bien las uñas además de llevarlas cortas, cómo han de colocarse el gorro, la mascarilla...

Las explicaciones serán simples, de modo que puedan entenderlas bien, además debemos transmitirles sensación de seguridad y de conocimiento. Es importante asegurarse de que han entendido bien lo explicado.

En todo momento el equipo de enfermería dará al niño y a la familia la información necesaria para confortar la angustia que sienten ante la nueva situación. Tenemos que tener en cuenta que para el niño es duro enfrentarse al tratamiento y al aislamiento al que es sometido, también habrá veces que por su edad no comprenda su situación por lo que pasará por momentos de depresión o falta de ánimo, también hay veces que tienen sentimientos de culpa.

Es importante proporcionar y hacer partícipe de toda la información a la familia, de este modo podemos conseguir la colaboración de todos ellos y ayudar al niño en su recuperación.

Trasplante o "día cero"

En él se procede a la infusión de la médula ósea y células hematopoyéticas previamente extraídas. La técnica es muy sencilla y similar a la de una transfusión de sangre.

El Auxiliar junto con la enfermera preparará todo el material necesario para la infusión, como

son guantes y paños estériles, monitor de la saturación, de la tensión, llaves de tres pasos, jeringas de 50cc.

El Auxiliar de Enfermería revisará todas las medidas de asepsia en el material que se utilice, tendrá la habitación preparada con todo lo necesario, revisará y comprobará las tomas de oxígeno y aspiración, así como también tendrá preparado el baño de descongelación de la médula a una temperatura de 37° C, ya que si la médula es de un donante o si es del propio paciente, viene en un contenedor especial con nitrógeno líquido y es necesario descongelar las bolsas a esta temperatura.

Durante el trasplante el Auxiliar estará situada en la antesala de la habitación para proporcionar a la enfermera el material o aparataje necesario durante el proceso, estará alerta ante cualquier complicación que pueda surgir en ese momento.

Después de la infusión se retirará, limpiará o desechará todo el material utilizado, controlaremos minuciosamente las siguientes horas al trasplante: náuseas, vómitos, cefaleas, diuresis, pH y temperatura.

Debido al conservante, existe un olor peculiar como a berberechos que se mantendrá durante tres o cuatro días. La orina también puede aparecer sanguinolenta debido a la rotura de algunos hematíes durante el proceso.

Postrasplante

Estos días se registran como +1,+2,+3, es la fase más problemática en el cuidado del niño siendo aquí donde se presentarán las mayores complicaciones, que estarán ocasionadas por la neutropenia severa a la que estará sometido durante las siguientes dos o tres semanas.

Es habitual que aparezca fiebre, en este caso realizaremos un

protocolo en el cual la enfermera recogerá dos muestras de sangre para hemocultivo y las Auxiliares recogeremos un frotis naso-faríngeo, dos muestras de orina para urocultivo y un coprocultivo.

Es muy importante observar todas las medidas de asepsia establecidas. Los riesgos durante este período son:

—Infecciones. Observaremos y vigilaremos posibles signos y síntomas que indiquen el inicio de un proceso infeccioso como es el aumento de la temperatura; vigilaremos la integridad de la piel y mucosas.

—Hemorragias. Vigilaremos síntomas como son la epíxtasis, petequias, hematomas, hemoptisis, hematuria, avisando a la enfermera responsable.

—Mucositis. Es muy frecuente que aparezca. La mucositis es una inflamación de la mucosa digestiva desde la boca hasta el ano, los síntomas son ronquera, sensación de quemazón, sialorrea, disfagia, diarrea e inflamación de las mucosas. Para aliviar el dolor de las llagas administraremos una fórmula de mucositis para realizar enjuagues y calmantes para el dolor. A veces es tan intenso que se hace necesario el uso de morfina, ésta se administrará bien de forma continua o a través de una bomba de infusión con una perilla a demanda del paciente.

—Enfermedad injerto contra huésped (EICH). Constituye el conjunto de manifestaciones clínicas que resultan de la reacción inmunológica de los leucocitos del donante contra los tejidos del receptor. Los órganos principales que quedan afectados son la piel y el tubo digestivo. El principal órgano afectado es la piel, en la que se observa un eritema pruriginoso sobre las plantas de los pies y manos, en los casos más graves

se necrosará la epidermis; podemos aliviar estos picores con cuidados básicos de enfermería como son los baños coloidales y la hidratación intensiva.

Otra complicación que suele producirse tiene lugar a nivel del tubo digestivo, la manifestación más frecuente es la diarrea, que es acuosa y a veces superior a 1'5 litros/día.

Además pueden existir otras muchas complicaciones que requieren tratamiento médico.

En estos días se necesitarán transfusiones de sangre y plaquetas.

CUIDADOS BÁSICOS DEL NIÑO TRASPLANTADO

Higiene del paciente

Será diaria mediante lavado pasivo, se utilizarán jabones bactericidas, aceites corporales, y baños coloidales, se emplearán compresas estériles, después del baño utilizaremos lociones o cremas hidratantes para evitar la sequedad de la piel. Se hará especial hincapié en los pliegues, manteniéndolos limpios y secos; no frotaremos la piel en la zona genital y perianal, se harán lavados con suero fisiológico y Povidona yodada en proporción 250/2cc.; administraremos cremas protectoras en caso de enrojecimiento y después de cada micción o defecación se realizará una minuciosa higiene.

Requiere especial cuidado la mucosa oral, realizaremos enjuagues varias veces al día y siempre después de las comidas o vómitos, éstas se realizarán con soluciones antisépticas o suero bicarbonatado. Está prohibido el cepillado de los dientes. Las uñas se mantendrán cortas y limpias cuidando de que no quede ningún pico en ellas, pues pueden producir lesiones cutáneas al rascarse.

Inspeccionaremos rigurosamente el estado de la piel; se le

harán cambios posturales y se utilizará el protocolo de úlceras por presión en caso necesario.

Hay veces que el niño viene exclusivamente a realizarse un trasplante trasladado de otros centros hospitalarios, si no sufre de la alopecia típica en estos casos, antes de entrar al trasplante se le rasurará el pelo. En estos momentos se necesita el apoyo de los padres, ya que ante esta circunstancia su autoestima decae, aseguraremos al niño que el pelo volverá a crecer y reforzaremos su ánimo con palabras cariñosas.

El cambio de ropa tanto del niño como de la cama se realizará a diario y tantas veces como sea necesario; esta ropa será estéril y empaquetada individualmente.

Al acompañante se le proporcionará pijama estéril y toallas para su higiene personal.

Alimentación

El correcto mantenimiento del estado nutricional de un paciente es un requisito fundamental para asegurar una respuesta adecuada en la terapia, y es un punto importante en todo este proceso. Todo niño sometido a TMO está en aislamiento intestinal, por ello su dieta es cocinada en olla exprés para conseguir la esterilidad de todos los alimentos. Hay que procurar que sea una dieta apetecible, por lo que elaboraremos unos menús especiales.

Se facilitarán al niño aquellos alimentos que prefiera, es mejor que las ingestiones sean escasas y frecuentes que someter al niño a un horario rígido y que coma poco.

Si padece mucositis estarán presentes problemas de masticación y deglución así que actuaremos según protocolo.

Durante el TMO están prohibidos todos los alimentos crudos así como la fruta, también está prohibida la leche por su contenido en

lactosa, por lo que será sustituida por BCL, tampoco puede tomar yogures tipo Bio o Actimel. Puede comer todo tipo de embutidos siempre que vengan envasados al vacío, también todo tipo de conservas y fruta en almíbar.

Cuando esta alimentación sea insuficiente y debido a que el niño pasa por temporadas de anorexia, la alimentación se reforzará con preparados comerciales hipercalóricos para evitar el deterioro nutricional.

En el proceso del trasplante existe un período de negación a los alimentos debido a los efectos de la quimioterapia recibida y a sus efectos secundarios (vómitos, náuseas y mucositis), en estos períodos existen dos técnicas básicas de apoyo nutricional —(el servicio de nutrición es el encargado de las pautas y volumen a pasar)—:

—Nutrición enteral: consiste en la infusión de una solución de nutrientes y electrolitos por medio de una sonda nasogástrica, la solución administrada dependerá de la edad del paciente y de la capacidad funcional del intestino. En nuestro servicio, el auxiliar es la encargada de administrarla.

—Nutrición parenteral: consiste en el aporte por vía intravenosa de todos los nutrientes de una dieta completa como son H₂O, H de C, lípidos, grasas, vitaminas, oligoelementos...

Control hídrico

Se contabilizará diariamente y por turno: temperatura, ingestión de líquidos y todas las excretas como son la diuresis, vómitos, deposiciones y esputos. Se observará el aspecto de los mismos, se analizará a través de las tiras reactivas y se anotará todo en la gráfica correspondiente notificando a la enfermera cualquier anomalía.

Pesaremos al paciente a diario por la mañana antes del desayuno.

Todo este control es fundamental en el desarrollo del trasplante y es muy importante la parte contabilizada por el Auxiliar para los balances totales de todo el día.

Dolor en el niño trasplantado

Si el dolor puede considerarse innecesario, en el niño es, además, injusto.

Por ello en oncología infantil se ha de considerar por partida doble, innecesario e injusto.

Hay que evitar una serie de errores muy comunes, tales como que el niño pequeño no siente, que no guarda memoria del dolor, y que si se administran drogas como la morfina pueden llegar fácilmente a acostumbrarse.

Debemos reconocer manifestaciones del dolor, que en ocasiones pueden ser verbales, a través de la alteración de la conducta, a través de dibujos, etc.; el Auxiliar de Enfermería está en una posición privilegiada, ya que pasa mucho tiempo con los niños y esta observación tan directa ayuda a detectar el dolor rápidamente.

Se utilizarán los analgésicos con criterio progresivo y en relación a la intensidad del dolor. Se comenzará con analgésicos no narcóticos (la aspirina está prohibida), como el paracetamol o el nolotil.

Cuando el dolor sea severo utilizaremos la morfina, bien a perfusión continua, bien a través de una bomba que suministra el equipo de dolor del hospital; esta bomba puede ser también, a demanda del niño, a través de una pera.

Los posibles efectos secundarios del uso de la morfina son:

—Somnolencia: común al principio pero generalmente cesa pronto.

—Estreñimiento: en este caso se administrarán laxantes.

—Náuseas: poco frecuentes en los niños.

Apoyo psicosocial

El aislamiento a que es sometido el niño supone una importante carga de acontecimientos estresantes, miedo, separación, dolor, tensión, sensación de culpa... haciendo necesaria la actuación del equipo multidisciplinar en estrecha colaboración con el personal de enfermería.

El niño dependiendo de su edad y nivel madurativo reacciona de diferente manera; el niño pequeño se vuelve ansioso, aprensivo, tiene un período de negación ante todo y de rechazo a sus padres; al niño más mayor el impacto de la enfermedad le hace "parecer diferente", la caída del pelo, el temor a la muerte y al dolor hacen que muchas veces esté angustiado.

Aunque el tratamiento es competencia del personal médico y de enfermería el apoyo psicosocial debemos entenderlo como una labor de equipo en la que están implicados todos los profesionales que estén en contacto con el niño.

El personal de enfermería es el que establece un vínculo más estrecho, profundo y prolongado. Muchas veces asumimos el "rol" de madre, por ello, es de gran importancia que el personal disponga de un buen adiestramiento psicológico del niño enfermo, que sean unas personas con una buena capacidad afectiva, vitalistas, positivas y seguras. Dicho personal corre un alto riesgo psicológico por lo duro de su función y por los compromisos afectivos que se establecen. La comunicación intraequipo debe ser fluida y constante, una buena comunicación es la base para el desempeño de nuestro trabajo.

Es fundamental permanecer al lado del niño, oír sus problemas, acercarnos a su mundo, jugar mucho con ellos, les dejaremos material sanitario con el fin de que exterioricen sus miedos a través del juego.

Se ha de crear un clima de confianza suficiente para confortarles y consolarles en los momentos de la realización de alguna de las técnicas que son dolorosas.

Trabajar en estas circunstancias supone un reto y un trabajo personal añadido, sin embargo, las respuestas obtenidas son muy gratificantes.

CUIDAR CUANDO NO SE PUEDE CURAR

El niño en proceso de muerte es una de las situaciones con las que se encuentra el auxiliar de enfermería.

Elisabeth Kübler-Ross, psiquiatra, fue la primera profesional que se acercó decididamente a los enfermos que iban a morir y se interesó seriamente por sus problemas.

En su obra describió sus observaciones sobre el proceso de muerte, coordinándolo en una serie de fases por las que atraviesan no sólo los pacientes sino también sus familias.

*Negación y aislamiento.

*Ira.

*Negociación.

*Depresión.

*Aceptación.

Los niños expresan su temor a la muerte, y lo hacen más frecuentemente mediante el lenguaje verbal, en todos los casos, es el adulto el que teme enfrentarse al problema; en muchos casos, éste prohíbe que se hable con el niño o que se responda a sus preguntas. El ocultamiento disminuye la capacidad de pensar del niño, perjudicando su desarrollo. Si el adulto miente, el

niño deja de creer en él y no vuelve a preguntar, se siente confuso, pues espera que el adulto le diga la verdad.

Para un niño, la muerte es siempre la muerte de otro.

En la etapa preescolar, entre cinco y seis años, piensa que morir, no es definitivo y que los mayores le protegerán hasta de la muerte. En esta época el niño está en plena etapa mágica.

A partir de los seis años de vida, la idea de la muerte se hace cada día más real.

Alrededor de los diez años, la muerte es comprendida como irreversible, con un concepto adulto de la muerte; se interesan por rituales y servicios funerarios.

Para el adolescente, inmerso en su futuro, la muerte es algo lejano, aunque conoce perfectamente el límite y la mortalidad.

Las reacciones del niño dependerán de varios factores:

*Tipo de enfermedad.

*Duración.

*Lo dolorosa que sea.

*La actitud de la familia.

*La capacidad de percepción.

*La edad.

Los niños en proceso de muerte necesitan cerrar círculos, como por ejemplo regalando cosas personales, o diciéndole a alguien que lo haga.

Otra manera de despedirse es la regresión, los niños mayores exigen la lectura de cuentos de cuando eran pequeños, canciones...

Al niño que padece una enfermedad terminal hay que:

*Hablarle siempre honestamente.

*Permitirle que reaccione según su propio modo de ser.

*Conforme avance su enfermedad, los niños sentirán la necesidad de despedirse, y lo harán de manera directa y simbólica.

*Debemos recordar que el niño necesita sentirse a salvo y esto se logra cuando sus seres más queridos se encuentran a su lado.

La ayuda a la familia de un niño en fase terminal es un punto importante en nuestra labor profesional.

Uno de nuestros objetivos ante la situación de duelo anticipado es favorecer la verbalización de los sentimientos negativos y respetar y acompañar en las diferentes fases de duelo.

Favoreceremos un clima de confianza e intimidad, apoyaremos a la familia y al niño en las reacciones de aflicción, fomentaremos la cohesión de la familia, proporcionaremos una expresión de aflicción e identificaremos las reacciones potencialmente patológicas. Nuestra presencia será a demanda de los padres.

Se cuidará del niño moribundo y se avisará al médico ante cualquier empeoramiento o muerte inminente. Cuando ésta se produzca debemos dejar a la familia un tiempo con el niño, daremos la posibilidad de buscar consuelo espiritual (respetando las creencias), se amortajará al niño de acuerdo con los deseos de la familia y dejando que éstos participen si lo desean.

Los cuidados del niño en estado terminal deben ser una meta en nuestra profesión, porque de su buena actuación dependerá el posterior entorno familiar del niño y también nuestro propio entorno profesional.

Todas estas actividades, que se derivan de las necesidades alteradas de los niños con cáncer y que realizan los Auxiliares de Enfermería, forman parte del plan de cuidados que realizan en equipo.

La buena coordinación del equipo de enfermería proporciona alta calidad en los resultados, garantizando la satisfacción de niños y padres, así como la autoestima y motivación del personal de enfermería.

CONOCIMIENTO Y FUNCIONES DEL

AUXILIAR DE ENFERMERÍA

EN UNA UNIDAD CENTRALIZADA DE

MEZCLAS INTRAVENOSAS

Adela Pérez Díaz

Auxiliar de enfermería
Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres

INTRODUCCIÓN

Desde 1942, en que Gilma Goodman Ydougherty iniciaba los estudios clínicos con mostaza nitrogenada, hasta nuestros días, la investigación en el tratamiento antitumoral no ha cesado.

Meta: Alcanzar que el fármaco cure el cáncer.

En los últimos años se han dado grandes pasos en este sentido dentro de los ámbitos de la genética, la inmunología y la farmacología, concretamente dentro de éste, puesto que es del que hoy nos ocupamos con los llamados citostáticos, aunque la meta aún está muy lejos ciertamente, la tenacidad de la investigación no cesa y todo hace pensar que los citostáticos tienen un campo lleno de posibilidades.

Citostático: Se puede definir como aquella sustancia química que interfiere en el crecimiento

celular en cualquiera de sus fases, y como quimioterapia, el método terapéutico curativo o paliativo a través de estos químicos.

El trabajo en el recinto de mezclas intravenosas, campana de flujo laminar, es multidisciplinario, y como el AE forma parte del mismo es de recibo tener conocimiento de aquello en que básicamente consiste, por lo que antes de describir las tareas específicas del AE, nos detendremos someramente en lo que es éste.

Hace cuatro décadas comenzó en USA la centralización en la preparación de mezclas intravenosas (MIV) en cabinas de flujo laminar, que consiguen un ambiente estéril.

Estas cabinas de flujo laminar se ubicaron en los Servicios de Farmacia, desarrollándose una nueva sistemática de trabajo en la que estarían implicados farmacéuticos, enfermeras y Auxiliares de Enfermería (AE).

El Auxiliar de Enfermería cumple un importante papel en estas áreas de preparación de mezclas intravenosas colaborando de forma activa con el personal que directamente elabora la formulación.

En general podemos dividir las MIV en tres grandes grupos, según sus características, composición y requisitos de elaboración:

A- Mezclas intravenosas de pequeño volumen.

B- Mezclas intravenosas de gran volumen.

C— Mezclas de citostáticos.

A continuación se describirá brevemente cada una de ellas.

A— Mezclas intravenosas de pequeño volumen

Consisten en preparaciones en las que se reconstituye un medicamento en su diluyente apropiado para administrar vía intravenosa directa o en perfusión corta. Como ejemplo de este tipo de preparaciones tenemos: antibióticos, antivirales,

antifúngicos, broncodilatadores, etc.

Estas MIV deben ser preparadas, al igual que el resto, en un ambiente totalmente estéril (ya que son para administración IV). Para ello se elaboran en las cabinas de flujo laminar horizontal, que se describirán con posterioridad.

B— Mezclas intravenosas de gran volumen

Son formulaciones similares a las anteriores pero de gran volumen sin contener medicamentos específicos y con el objeto de mantener el equilibrio hidroelectrolítico del paciente o nutrirlo por vía IV.

En las zonas que se preparan las formulaciones de MIV de pequeño y gran volumen no existe el peligro de toxicidad.

Como se ha explicado con anterioridad las MIV de pequeño volumen son medicamentos para su administración IV, su centralización reporta las siguientes ventajas asistenciales:

*Se asegura la composición, compatibilidad y estabilidad de estas preparaciones por parte de los farmacéuticos hospitalarios.

*Evita posibles errores y manipulaciones incorrectas en planta.

*Ahorra tiempo del personal de enfermería de planta.

*Se asegura la esterilidad de las preparaciones evitando contaminaciones de su preparación en planta.



Por otro lado, se preparan en estas mismas cabinas las MIV de gran volumen, que consisten básicamente

en preparados de nutrición parenteral total, para su posterior administración por vía IV central o IV periférica.

Estos preparados tienen como objeto nutrir al paciente que no puede ingerir alimentos por vía oral y su soporte nutricional con nutrición enteral es inviable. Estas grandes MIV contienen en un volumen entre 2000 y 3000 ml, todo lo que requiere el paciente para su mantenimiento diario; básicamente y a modo de resumen consta de: hidratos de carbono en forma de glucosa, proteínas en forma de aminoácidos esenciales y no esenciales, lípidos en forma de cadena de LCT y MCT, electrolíticos como sodio, potasio, magnesio, calcio, cloruro, fosfato y acetato y finalmente, vitaminas y oligoelementos en días alternos.

Las características de la zona de cabina son similares a las de los citostáticos (que más adelante describiré), pero con la diferencia de que la cabina es de flujo laminar horizontal (los productos no son tóxicos y no es necesario proteger al manipulador). El resto de los condicionantes son similares a los citostáticos.

NORMAS DE TRABAJO EN LA ZONA DE CABINA DE FLUJO LAMINAR HORIZONTAL

*Sólo podrá permanecer en el interior de las cabinas el personal manipulador.

*No podrán trabajar las personas con cualquier proceso infeccioso ni heridas infectadas en las manos.

*Se deberán evitar los movimientos bruscos para no producir corrientes de aire que alteren el flujo (horizontal).

*La bata verde, mascarilla, gorro, guantes y calzas serán de uso exclusivo de este recinto, y no intercambiables con el recinto de citostáticos.

*El personal manipulador deberá vestirse, en la zona de precabina con:

- Bata limpia.
- Mascarilla.
- Gorro.
- Guantes.
- Calzas de papel.

Las puertas deberán permanecer cerradas para mantener la asepsia del recinto.

Se deberá limpiar diariamente la cabina con alcohol de 70º antes y después de trabajar. Una vez puesta en funcionamiento se encenderá la luz ultravioleta y transcurridos 30 minutos se puede comenzar a trabajar (tiempo necesario para conseguir condiciones de esterilidad).

*Antes de sentarse a trabajar se procederá a apagar la luz ultravioleta y a encender la propia luz de la cabina.

*Todo el material introducido en la cabina deberá ser sumergido en alcohol de 70º al menos tres minutos.



*La enfermera tomará la bandeja, comprobará que la etiqueta corresponde con la prescripción y que el contenido de la bandeja corresponde a la preparación prescrita, este aspecto es sumamente importante.

El orden de administración será:

*Aminoácidos con aporte de fosfato si los hubiera.

*Glucosa con aditivos y vitaminas.

*Glucosa con cationes monovalentes.

*Glucosa con oligoelementos y cationes divalentes (calcio, magnesio).

*Grasas.

*Concentrados multielectrolíticos.

*Fármacos autorizados por el farmacéutico.

*En el caso de neonato, el manipulador comprobará al igual que el resto de las dietas los datos de la etiqueta que deben corresponder a la prescripción, y que el contenido de la bandeja es correcto. Por otro lado, dado que el volumen es pequeño, se prepararán en jeringas todos los aditivos y se irán introduciendo en la bolsa comprobando uno a uno la prescripción. Cualquier duda consultar al farmacéutico.

*Los tapones de los frascos y viales se limpiarán con alcohol de 70° impregnado en una gasa. No se debe pinchar si quedan restos de alcohol en el tapón.

*Se trabajará a 12-15 cm del borde de la cabina. Al ser el flujo horizontal, y para mantener la esterilidad del campo de trabajo, no se interpondrán ningún obstáculo entre dicha zona y la pantalla de donde parte el flujo. Únicamente se colocarán en el interior de la cabina los líquidos correspondientes a la dieta que se está preparando, nunca las demás bandejas.



*La apertura del embalaje de las jeringas se hará en el interior de la cabina, así como la de las agujas, siendo la apertura de éstas por el extremo opuesto al cono para evitar tocarlas. Antes de comenzar a trabajar se tomarán todas aquellas

jeringas y agujas que se estimen necesarias.

*La apertura de las ampollas se hará limpiando con gasa empapada en alcohol de 70° el cuello de las mismas. Se extraerá el líquido sin tocar el tallo de la aguja y con el bisel hacia arriba para evitar aspirar las posibles partículas de vidrio o pintura.

*Una vez llenas las bolsas, se secará el aire por completo y se conectarán al equipo en los casos establecidos.



C— Mezcla de citostáticos

Los fármacos citostáticos son inhibidores de la replicación celular empleados en el tratamiento del cáncer. Dada su gran toxicidad para el personal manipulador, su preparación se centralizó en cabinas de flujo laminar vertical con objeto de dotar al operario que manipula estos fármacos de una protección y normas de trabajo.

El objetivo de este trabajo es describir estas áreas de preparación de MIV situadas en el Servicio de Farmacia del Hospital y desarrollar cuál es la labor de Auxiliar de Enfermería en esta función que debe asumir como propia.

CARACTERÍSTICAS DE LA ZONA DE PREPARACIÓN DE MIV

Como hemos explicado anteriormente, existen dos grandes áreas de preparación de MIV, aquéllas que no requieren protección del manipulador y las que emplean aditivos citostáticos tóxicos para el manipulador. Podemos describir esta última área.

Área de preparación de citostáticos

Es sabido que la actividad de los medicamentos citostáticos para destruir las células malignas va unida a una toxicidad aguda importante, sistémica y local, y que esta toxicidad local tiene una significación especial en caso de extravasación o contaminación del personal manipulador.

A lo largo de los últimos años se ha puesto de manifiesto la existencia de una toxicidad crónica por exposición repetida. Por ello se optó por la centralización en los Servicios de Farmacia, en los que el personal trabaja convenientemente protegido, siguiendo una técnica rigurosa, protocolizando los diluyentes, concentraciones y sistemática de trabajo. De esta forma se evitan riesgos.

Condiciones de la zona de cabina de flujo laminar vertical

La preparación de las mezclas estériles de citostático se realiza en una cámara de flujo laminar vertical situada en una área del Servicio de Farmacia. Las condiciones ideales de estas zonas son:

*Zona aislada dentro del Servicio de Farmacia.

*Que no posean ventanas que den al exterior, con paredes lisas y recubiertas de resina Exposi para facilitar su limpieza. El

suelo de Polispan con uniones herméticas que impidan la acumulación de polvo y residuos. Debe estar equipada con aire acondicionado reciclado a través de filtros "Hepa".

*Es aconsejable o imprescindible la existencia de una zona de precámara o descontaminación (la misma que la disponible para NPT) donde se efectúen aquellas operaciones antes de estar en la zona de cámara (ponerse la indumentaria, preparar las bandejas, etc.). Dispondrá de un lavabo con grifo de codo, donde se lavará las manos el personal manipulador. En este lugar se dejará el calzado y batas que se empleen en el exterior.

*En la zona de cámara se dispondrá de una mesa poyata o similar para la colocación de las bandejas con las mezclas a realizar. Hay una pequeña estantería en donde está situada la medicación y sueros necesarios para el trabajo de un día y será repuesto periódicamente.



*En el interior de la cabina deberá incorporarse un sistema de flujo de aire vertical, esterilizado por filtración al pasar por unos filtros especiales con tamaño de poro (inferior a 0,22 micras) llamados filtros "Hepa", que permita un correcto funcionamiento de la campana de flujo laminar, así como una temperatura apropiada para el personal manipulador.

El material necesario en una cámara CFLU sería:

- Bata estéril.
- Mascarillas.
- Gorro.
- Guantes estériles dobles o especiales.
- Paños estériles.
- Compresas.
- Láminas absorbentes.
- Calzas.
- Gafas protectoras.
- Contenedor de boca ancha para material biopeligroso.
- Alcohol de 70º.
- Bolsas fotoprotectoras.
- Jeringas y agua Teo Luer-lock.
- Tapones.
- Bolsas impermeables para sellar.
- Sistemas de perfusión.
- Sueros.
- Etiquetas.
- Mesa auxiliar.
- Selladora.
- Stock de medicamentos.

NORMAS DE TRABAJO EN LA ZONA DE CABINA DE FLUJO LAMINAR VERTICAL

- Sólo podrá permanecer en el interior de la cabina el personal manipulador de citostáticos.
- No podrán trabajar las personas con cualquier proceso infeccioso ni heridas infectadas en las manos.
- No se introducirán en la cabina objetos que vayan a estar en contacto con mucosas (cosmético, tabaco, etc).
- Todas las personas que trabajen en el recinto deberán vestir batas reforzadas, guantes, gorro, mascarilla y calzas o zuecos verdes exclusivos para esta área.
- Los guantes deberán colocarse por encima de los puños de la bata para no dejar las muñecas sin proteger.
- El material de deshecho seguirá la normativa establecida

por Medicina Preventiva según la legalidad vigente.

—Se deberán evitar movimientos bruscos, para no producir corrientes de aire que alteren el flujo.

—Las puertas deberán permanecer cerradas para mantener la asepsia del recinto.

—Una vez terminado el trabajo en la zona de la cabina todo el personal deberá quitarse la indumentaria, que puede quedar en la zona de descontaminación. No deberá ir vestido por el resto de la farmacia con la ropa especial destinada a la zona de cabina. Las batas de protección se desecharán de un día para otro y siempre que se contamine por algún vertido o derrame.

FUNCIONES DEL AUXILIAR DE ENFERMERIA EN LA ZONA DE PREPARACIÓN DE MEZCLAS INTRAVENOSA DIRECTA

El Auxiliar de Enfermería debe integrarse en el equipo multidisciplinar junto con el Farmacéutico y la Enfermera. Esta integración es vital para un correcto funcionamiento de esta importante área de preparación de medicamentos estériles.

En el Complejo Hospitalario de Cáceres, el AE es una pieza más de este engranaje y realiza su trabajo siguiendo unas normas que aseguran la calidad del producto final.

1. Antes de comenzar el trabajo diario, el AE debe apagar la luz ultravioleta de la cabina.

2. Pondrá la cabina en funcionamiento 30 minutos antes de emprender el trabajo.

3. Limpiará la superficie de la cabina con una compresa impregnada en alcohol de 70º que es el antiséptico adecuado para este proceso, dado que el alcohol de 96º tiene menos poder desinfectante.

4. AE preparará según unas indicaciones los diferentes sueros y medicamentos necesarios. Esta preparación que se hace de forma individualizada por paciente y día, se lleva a cabo en la zona de precabina, en donde se coloca en un carro metálico que es introducido en la cabina.



5. Las bandejas individualizadas deben ser revisadas por el enfermero/a antes de su elaboración, dado que el AE no puede asumir por sí sola esta responsabilidad.

6. Todos los sueros y viales introducidos en la cabina deben limpiarse como hemos dicho otras veces con alcohol de 70º, que es el antiséptico adecuado.

7. El AE trabaja en directa relación con el enfermero/a, proporcionándole las preparaciones individualizadas y aquellos medicamentos y sueros que surjan en el proceso de elaboración.

8. La apertura del embalaje de las jeringas se hará en el interior de la cabina, así como la de las agujas, siendo la apertura de éstas por el extremo opuesto al cono para evitar tocarlo. Antes de comenzar a trabajar se tomarán todas aquellas jeringas y agujas que se estimen necesarias.

La enfermera tomará la bandeja (que le ha preparado anteriormente el AE) y comprobará que la etiqueta corresponde con la prescripción y el contenido de la bandeja a la preparación prescrita,



este aspecto es sumamente importante (cualquier duda que surja durante la manipulación se consultara con el farmacéutico).

La enfermera prepara los citostáticos de forma correcta, según la normativa, coloca todos los de un paciente en bolsas fotoprotectoras etiquetadas con su nombre, apellidos, medicación, volumen introducido y fecha de preparación; se lo pasará al AE para que ésta lo introduzca en una bolsa impermeable con el destino del mismo.



Y se pasará al sellado.



Dispensación: Mediante un listado por servicios que se elaborará diariamente. Los celadores firmarán la recogida en dicho listado. Se dispensarán a medida que se elaboren los ciclos.

Transporte: Se hará en un recipiente de plástico destinado exclusivamente para ello, atendiendo especialmente a los envases de vidrio y procurando que siempre vayan en posición vertical para evitar cualquier tipo de derrame (esto será misión del celador que lo recoja).



LIMPIEZA Y MANTENIMIENTO DE LA CAMPANA DE FLUJO LAMINAL VERTICAL

Una vez que la enfermera encargada de la cabina haya finalizado el trabajo, avisará al AE, que comenzará la limpieza por este orden.

Material necesario: Este capítulo es de gran importancia para asegurar la asepsia de los preparados.

- Bata.
- Gorro.
- Guantes.
- Mascarilla.
- Cubo.
- Producto desinfectante.
- Paños limpios.
- Alcohol de 70º.

NORMAS DE TRABAJO:

1. Apagar el funcionamiento del flujo laminar.
2. Revisar el material y medicamentos para efectuar las

reposiciones necesarias, para que al día siguiente esté todo preparado en común acuerdo con la enfermera.

3. Tras la reposición, se iniciará la limpieza quitando previamente toda la ropa usada de las cabinas, para lo cual deberán usarse bolsas rojas debidamente reseñadas.

4. Una vez hecho esto, se enjabonará toda la superficie de la cabina con solución desinfectante, dejando actuar durante unos minutos. Transcurridos estos se aclarará con abundante agua, se secará con un paño limpio y se aplicará alcohol de 70º dejando secar al aire libre.

El cristal protector se limpiará sólo con agua.

Después de esto, entrará el personal de limpieza que limpiará las encimeras y el suelo de cada habitáculo con cubos, fregonas y paños exclusivos para esta cabina. Esta limpieza de encimeras y suelo se hará sólo con agua y lejía.

Posteriormente, se conectarán los rayos ultravioleta y se dejarán actuar toda la noche para asegurar la asepsia de la misma.

Una vez al mes se hará una limpieza terminal que incluye gavetas, estanterías, cristales, paredes y cajones.

CONOCIMIENTOS Y FORMACIÓN PARA LA SEGURIDAD EN EL TRABAJO CON CITOSTÁTICOS

DERRAMES: Si durante la preparación, transporte o administración de estos fármacos hay algún derrame se procederá a la neutralización, si es posible. Existen en farmacia neutralizantes específicos para cada fármaco. Si el producto es sólido, recoger con una gasa empapada en agua, y si es líquido con una gasa

seca; a continuación se empapará una compresa con lejía y se dejará durante diez minutos para pasar a dar una solución detergente, y posteriormente aclarar. No se deben dejar para que sean limpiados por el personal de limpieza, sino que serán limpiados convenientemente por el personal sanitario formado, utilizando ropa protectora (bata, mascarilla, guantes etc.).

—Cuando se retiren vidrios rotos contaminados, llevar otro par de guantes (encima de los que habitualmente se utilizan, por precaución).

—Posteriormente se pondrán en una bolsa, y después en una segunda bolsa de plástico, cerrándola y rotulándola como material contaminado.

Instruir al personal de limpieza qué debe hacer con esos desechos.

CONTAMINACIÓN DEL PERSONAL MANIPULADOR

En caso de contacto de algún citostático con la piel, lavar instantáneamente el área afectada con agua, al menos durante 10 minutos. Si la zona de contacto de algún citostático son los ojos o mucosas, lavar con agua abundante durante 15 minutos.

Automáticamente consultar con el especialista de Medicina Preventiva, que tomará las medidas establecidas.

CONTROL DEL PERSONAL MANIPULADOR

Conjuntamente con Medicina Preventiva se llevará a cabo periódicamente un control de todo el personal implicado en la manipulación de citostáticos. En cualquier caso la frecuencia de la revisión no será superior a un año.

Toda persona que prepara citostáticos o permanezca de forma continuada en el recinto de la CFLV debería firmar diariamente en un libro de registros el tiempo que en ella permanezca.

RESUMEN

Los medicamentos citostáticos y las nutriciones parenterales se emplean cada vez más en la Medicina Hospitalaria.

El propósito de este trabajo es evitar o minimizar los riesgos del personal que trabaja en la campana de citostáticos, así como aumentar la calidad y cantidad de las mezclas realizadas.

La necesidad de mejorar en esta área de trabajo se puso de manifiesto en un estudio llevado a cabo en la Baja Sajonia (Alemania) en 1985. De hecho, este estudio reveló que en muchas ocasiones el personal de las campanas de flujo laminar no estaban informadas y por tanto no se tomaban las precauciones necesarias, lo que disminuía la calidad de los mismos.

El presente trabajo pretende simplemente ofrecer un estudio estructurado, aunque limitado en su extensión, de los conceptos que se manejan actualmente y de las directrices prácticas para el personal sanitario, entre el que nos encontramos, que en su rutina diaria trabajan con nutriciones parenterales y medicamentos citostáticos.

Obviamente, cada miembro de este equipo multidisciplinar debe obtener la información que le sea necesaria para su trabajo, no olvidando que: La seguridad y la calidad del trabajo en el área de mezclas intravenosas depende del conocimiento y la disciplina de cada uno de sus miembros.



Premio científico



FUNDACION PARA LA FORMACION
Y AVANCE DE LA ENFERMERIA

IV PREMIO BASES

- 1** El PREMIO FAE consta de un primer premio de 200.000 pesetas y un accésit que consta de 25.000 pesetas y una inscripción al congreso anual de FAE (sujetos a las retenciones legalmente establecidas). Está dirigido a los profesionales de la enfermería, Auxiliares de Enfermería, tanto a los que desarrollan activamente su labor profesional en cualquiera de los ámbitos de la sanidad, como a los que encontrándose en posesión de la titulación requerida para el ejercicio de dicha profesión, no la ejercen en la actualidad.
- 2** Entrarán en concurso todos aquellos trabajos remitidos a la sede de FAE (C/Valverde nº1, 9ª dcha. 28004-Madrid) requiriéndose que sean originales, novedosos, inéditos y relacionados con la temática propia de la sanidad o la salud. Quedarán fuera de concurso los temas premiados en los años anteriores (El enfermo terminal, Alzheimer y Úlceras por presión).
- 3** Se valorarán los aspectos científicos y técnicos de los trabajos así como su interés social y profesional y la labor investigadora desarrollada en los mismos.
- 4** Los trabajos deberán presentarse en tamaño DIN A4 en una cara mecanografiados a doble espacio, en castellano y con margen lateral, superior e inferior, debiendo ir las páginas numeradas. Irán precedidas de un resumen de no más de quince líneas en el que se exponga el planteamiento general del trabajo. La bibliografía debe incluir invariablemente el nombre del autor, título del libro, editorial, fecha y lugar de publicación. Se podrán presentar los trabajos acompañados de soporte documental, fotografías, diapositivas y vídeos que realcen la presentación.
- 5** El premio tendrá periodicidad anual y ámbito nacional. La fecha límite de presentación de trabajos será el 31 de enero del año 2000.
- 6** El tribunal estará compuesto por cinco miembros, dos destacados profesionales del mundo sanitario, dos miembros de FAE y un representante nombrado por el patrocinador.
- 7** El premio se entregará el 12 de mayo, coincidiendo con el Día Internacional de la Enfermería, siendo inapelable la decisión del tribunal, que puede declarar desierto el premio. Su adjudicación se comunicará directamente a los interesados, haciéndose público a través de los medios de comunicación que FAE considere oportunos.
- 8** Los trabajos remitidos no serán devueltos y pasarán a ser propiedad de FAE quien se reserva el derecho a su inserción en las publicaciones que se estime convenientes, respetando la autoría de los mismos.
- 9** La participación en el premio supone la aceptación de las presentes bases.



FAE COMIENZA SU QUINTO AÑO LECTIVO

La formación y actualización de conocimientos del colectivo de Auxiliares de Enfermería es el objetivo básico y fin primordial de la Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería (FAE), que comienza ahora su quinto año lectivo. Aunque FAE comenzó a impartir cursos de formación desde que se constituyó, en marzo de 1994, fue en 1995 cuando la Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería y la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED) firmaron un Convenio Marco en el que se recogían los aspectos de un sistema de formación innovador para estos profesionales de la enfermería. Desde entonces, más de 8.000 alumnos, Auxiliares de Enfermería de toda España, se han beneficiado de una metodología lectiva que combina la formación presencial con la que el alumno realiza por su cuenta.

Los cursos de FAE tienen una duración de 65 horas, a excepción de los cursos que se presentan como I y II que tienen una duración de 130 horas. En cualquier caso, un tercio de estas horas son lectivas, es decir, con explicaciones presenciales en el aula. Al final de las mismas se realiza un ejercicio escrito cuya modalidad y extensión queda a criterio de cada profesor. Los dos tercios restantes se dedican a la elaboración de unas pruebas de evaluación a distancia que han de enviarse al profesor quien, una vez corregidas, las devuelve al alumno. La superación del curso está en función de estos dos ejercicios, considerándose igualmente imprescindible una asistencia a las clases presenciales del ochenta por ciento.

El programa de cursos que se impartirán durante el año lectivo 1999-2000, y que se recoge en el cuadro adjunto, ha sido elaborado por los responsables de la FAE, el

patronato de ésta y el equipo de profesores y en él se recogen las sugerencias y aportaciones de los alumnos asistentes a los cursos. En este sentido, conviene destacar que los Auxiliares de Enfermería han manifestado una mayor preferencia por aquellos aspectos de su profesión en los que el papel de la enfermería que desempeñan con el paciente es más relevante y constante, demostrando una mayor preferencia hacia cursos en los que esta relación paciente-profesional

es un punto de referencia básico en la sanidad actual.

También han manifestado un interés creciente por aquellas cuestiones sanitarias que afectan cada vez a un mayor número de personas y que suponen un problema sanitario para toda la sociedad, como pueden ser el Alzheimer o los problemas nutricionales que derivan en enfermedades como la anorexia y la bulimia, y en las que el apoyo de los profesionales sanitarios a los pacientes y a sus familiares es



M^a José Esteban y M^a José Solís recogen el primer premio en la III convocatoria del Premio Nacional de FAE

fundamental para superar o para enfrentarse a estos procesos.

Otras actividades FAE

Sin embargo, con ser los cursos una de las actividades fundamentales de la FAE son varios los objetivos sobre los que ésta trabaja anualmente para posibilitar a los Auxiliares de Enfermería una oferta variada en la que ampliar su formación a través de seminarios, conferencias, congresos, etc.

Es el caso de los congresos científicos que anualmente reúnen a cientos de profesionales Auxiliares de Enfermería y expertos en las distintas materias en las que se centran estas reuniones anuales. En esta ocasión, la cita será en Pontevedra del 7 al 9 de junio del año 2000 y el eje central del mismo será *La anorexia y la bulimia*, un problema de salud que cada vez afecta a un mayor número de personas. La edad en la que se sitúan la mayor parte de estos pacientes, la mayoría son niñas y adolescentes, hace evidente que una de las cuestiones fundamentales en su atención es el apoyo psicológico que reciben por parte de los profesionales que les atienden y de sus familias. Es aquí



Tomás Franco, coordinador de estos cursos FAE-UNED

donde los profesionales Auxiliares de Enfermería desempeñan una labor de radical importancia.

Asimismo, se mantendrá durante el próximo año el ciclo de jornadas que FAE inició recientemente con la colaboración de Puleva y que bajo el epígrafe general de Salud y Mujer desarrollan temas de gran relevancia para un colectivo formado mayoritariamente por mujeres. En estas jornadas celebradas en los propios centros de trabajo, profesionales de reconocido prestigio pronuncian conferencias o intervienen en mesas redondas sobre aspectos de la importancia de la menopausia, la osteoporosis o la nutrición.

Por último, no podemos olvidar entre las actividades anuales de FAE la que se ha convertido en la única oportunidad de los Auxiliares de Enfermería de ver reconocido su trabajo y su labor investigadora a través de un certamen científico. El Premio FAE, ya en su cuarta edición, premia los trabajos elaborados por Auxiliares de Enfermería que sean novedosos, originales y relacionados con la temática propia de la sanidad o la salud. El acto de entrega de estos premios se celebra el día 12 de mayo formando parte de los actos conmemorativos del Día Internacional de la Enfermería.

PROGRAMA DE CURSOS

- Actualización del Auxiliar de Enfermería en el equipo de cuidados.
- Alzheimer y calidad de vida.
- Anorexia y Bulimia.
- Antropología de la salud.
- Aparato Digestivo. Patologías.
- Atención a domicilio.
- Atención al paciente minusválido físico y psíquico I y II.
- Bioética.
- Biología de la nutrición.
- Cuidados al paciente geriátrico I y II.
- Cuidados al paciente transplantado.
- Cuidados en la unidad de hemodiálisis.
- Cuidados en salud mental y psiquiatría I y II.
- Cuidados materno-infantiles.
- Cuidados en UCI pediátrica.
- Cuidados intensivos.
- Cuidados paliativos.
- Cuidados, patologías y prevención del VIH-SIDA.
- Cuidados pediátricos.
- Curso básico de actualización de conocimientos I y II.
- Curso básico de epidemiología.
- Desinfección y esterilización.
- Diseño, desarrollo y evaluación de programas para la salud.
- Drogas versus salud.
- Economía básica para el personal sanitario.
- Educación para la salud.
- Educación sexual.
- El paciente diabético. Educación y cuidados.
- El paciente en la unidad de traumatología.
- El paciente oncológico.
- Emergencias en politraumatismos.
- Habilidades para trabajar en equipos sanitarios.
- Informática aplicada a las ciencias sanitarias.
- La salud a través de la historia de la ciencia.
- Medio ambiente y salud.
- Medios de comunicación y salud.
- Nutrición y dietética.
- Organización de las emergencias y catástrofes I y II.
- Reanimación cardiopulmonar.
- Salud laboral y riesgos laborales en el medio sanitario.
- Salud pública y comunitaria en atención primaria.
- Sociología de la salud.

Las escuelas pediátricas son pequeñas aulas educativas que existen en los hospitales y cuya función principal consiste en evitar que las estancias hospitalarias de los más pequeños supongan para éstos una pérdida de escolaridad y también de tiempo. En estas aulas trabajan maestros procedentes del Ministerio de Educación y Ciencia que controlan la escolaridad de los pacientes y continúan con el proceso de aprendizaje de éstos durante la hospitalización.

Antonia Funes lleva 32 años ejerciendo la docencia en nuestro país y fue la encargada de poner en marcha la escuela pediátrica del madrileño Hospital Universitario de Getafe. Antonia trabajaba en el colegio "Pío Baroja", de Leganés, y conocía la existencia de escuelas, que se encuentran en todos los hospitales madrileños (exceptuando el Hospital Príncipe de Asturias, de Alcalá de Henares), por esta razón se le ocurrió plantearle el proyecto al concejal de Educación en una entrevista que mantuvo con éste. Posteriormente se reunió con el director provincial de Educación para ultimar los datos sobre este proyecto que se puso en marcha hace ocho años en este centro hospitalario.

Enrique Sánchez, por su parte, es maestro desde hace 17 años y está en la Unidad de Pediatría del Hospital de Getafe, junto a Antonia Funes, desde su creación.

En las escuelas pediátricas trabajan profesores gracias a un convenio anual que establecen



MARTA SANTAMARINA
SONIA RODRÍGUEZ

EL "COLE"

el Ministerio de Educación y Ciencia y el correspondiente hospital, de tal manera que el Ministerio aporta el personal y una dotación de material pedagógico y el hospital, por su parte, completa la demanda de material con los elementos de los que dispone (folios, lapiceros, radiografías, corchos, etc.). Los maestros para realizar sus funciones en estas unidades deben cumplir una serie de requisitos, como ser funcionarios del Ministerio de Educación y Ciencia, tener las oposiciones hechas y solicitar las plazas en

las escuelas de los centros hospitalarios, ya que las plazas están habilitadas por años (sólo están creadas en el Hospital del Niño Jesús y en el Gregorio Marañón).

Los profesores no tienen que prepararse especialmente para ejercer la docencia en estas unidades. Realizan algún curso de formación interna a posteriori sobre las características del niño hospitalizado o el enfermo oncológico, talleres, animación a la lectura, etc. Asimismo, los 20 profesores que trabajan en las nueve aulas de la Comunidad

En la práctica totalidad de los hospitales madrileños existen unas escuelas ubicadas en los Servicios de Pediatría que, más que dedicarse a la docencia, desempeñan una labor encaminada a evadir a los pequeños de las dolencias que están sufriendo y del lugar en el que se encuentran ingresados. Mediante una serie de actividades pedagógicas y lúdicas los jóvenes pacientes asisten diariamente al cole aunque se encuentren en un centro hospitalario. Antonia Funes y Enrique Sánchez, profesores de la escuela adscrita al Servicio de Pediatría del Hospital de Getafe, en Madrid, nos explican cómo son estas escuelas pediátricas y cuáles son las principales actividades que realizan.

DENTRO DEL HOSPITAL

de Madrid se suelen reunir con cierta periodicidad para analizar la formación que deben impartir a lo largo del curso, dado su carácter específico, los recursos disponibles, la formación que se impartirá al año siguiente, etc. Según Enrique Sánchez, el objetivo principal que persiguen las escuelas pediátricas es conseguir que los niños no pierdan la escolaridad durante su estancia en los hospitales. “Si las estancias son largas, procuramos ponernos en contacto con sus escuelas y con sus profesores para que nos informen de los

temas que estaban aprendiendo los pequeños, para poder continuar con las mismas unidades didácticas. Generalmente es la familia la que actúa de intermediario entre nosotros y el tutor, quien nos recomienda lo que considera necesario, después de consultar al resto de los profesores. Nosotros, dentro de lo posible y de acuerdo con el estado del paciente, continuamos con la actividad académica que llevaba en su colegio. Actuamos un poco como las clases particulares. Si por el contrario las estancias son cortas disponemos de

un campo más amplio, porque los críos no suelen traer los libros y aquí disponemos de cuadernillos de distintas editoriales con fichas del colegio en las que tratamos materias como matemáticas, lengua o algún otro tema que quieran estudiar”. Estas escuelas pediátricas han tenido una buena aceptación por parte de los niños, de sus familias y por parte del personal sanitario que trabaja en estas unidades de pediatría. En el Hospital Universitario de Getafe se empezó a gestar el proyecto cuando todavía estaban ubicados

en el hospital de la Cruz Roja, en el que ya buscaban profesores para organizar las actividades lúdicas de los más pequeños durante los ingresos hospitalarios. Las familias están encantadas con la

existencia de estas escuelas y aunque al principio cuesta un poco que los niños se integren en las aulas, pues piensan que se trata de un colegio como al que asisten normalmente, cuando se supera el primer contacto ya no hay que

ocuparse más de su asistencia, porque regresan ellos solos.

“Cuando los niños ingresan durante el fin de semana, es el personal sanitario el encargado de informarles de la existencia de esta escuela, pero los días laborables nosotros nos encargamos de controlar los nuevos ingresos, hacer las fichas correspondientes con los datos de los pacientes y pasarnos por las habitaciones para contarles que hay un colegio en esa unidad, cómo se trabaja en él, que tenemos ordenadores, que a primera hora trabajamos las materias del colegio, que hacemos manualidades, etc., procurando que sientan curiosidad y asistan a las aulas. Después ya no nos volvemos a preocupar porque siempre vuelven”, apunta Antonia Funes.



Locos por la informática

La actividad que más gusta a los niños son los juegos didácticos con los ordenadores, lo que menos son las fichas didácticas y los collages; leer no les suele gustar mucho, pero sí se sienten atraídos por las manualidades, como la pintura de radiografías antiguas.

En la escuela pediátrica del Hospital Universitario de Getafe asiste voluntariamente una media de 12 a 14 alumnos diarios con unas edades que oscilan entre los 3 y los 16 años, ya que una vez que están ingresados en la unidad pueden incorporarse a las clases. Aquellos pacientes que sufren una enfermedad que les obliga a estar encamados o incluso aislados, reciben la visita directa de los profesores en sus propias habitaciones. Antonia Funes comenta que “los horarios son prácticamente iguales a los de un colegio normal, entramos a las 10 y hacemos un turno de trabajo fuerte, con las fichas y principales materias, estiramos un poco el trabajo con los ordenadores mediante un programa educativo y, para que no se cansen vamos variando para que trabajen y aprendan al mismo tiempo,

además de divertirse. Después, los niños se pueden ir a comer y volver por la tarde, como en un colegio normal”.

Antonia Funes se muestra bastante satisfecha de su experiencia en estas escuelas pediátricas porque le apasiona la enseñanza y califica de muy agradable el trato diario con los chicos, con sus familias y con el personal de la planta. “A la menor ocasión te muestran su agradecimiento y cuando vuelven posteriormente a revisión o a consulta siempre pasan a verte para contarte cómo les va en el cole, sus vacaciones, los problemillas que tienen, etc. Con ellos se mantiene una relación muy buena, incluso después de abandonar el hospital”.

Enrique Sánchez opina que su trabajo tiene sus pros y sus contras porque en el hospital tienes otros alicientes. “Aquí tienes una serie de recursos de los que careces en un colegio normal, sobre todo en el tema de talleres, en el que nos hemos especializado; los ordenadores conectados a Internet, con los que nos podemos comunicar con las aulas de otros hospitales de toda España. La desventaja es que no tienes tu clase sino que van pasando y pasando y puedes llegar a tener 500 alumnos, ya que las estancias, aunque hay excepciones, no son muy largas. Muchas veces no llegamos a conocer bien a los pequeños porque pueden llegar a pasar más de 1.000 alumnos por año, de los que apenas llegas a aprender los nombres. La pena es que a los que más conoces son los que están más enfermos y repiten cada vez que les ingresan y dependiendo de la enfermedad que tengan nos dan algún disgustillo que otro porque llegas a encariñarte con ellos”.



SAE PARTICIPA EN UNAS JORNADAS DE AUXILIARES PORTUGUESES



Firmino Santos Duarte, Dolores Martínez, Dina Lopes, Aurora González y Manuel Avelino Duarte integrantes de la mesa "Diferencias en la carrera de los Auxiliares de Acción Médica en la Península Ibérica"

Los Auxiliares portugueses celebraron recientemente las II Jornadas de Auxiliares de Acción Médica que congregaron a más de ochocientos profesionales lusos. A las mismas fueron invitados por el Comité Organizador del evento dos profesionales españoles: Dolores Martínez, Secretaria General del Sindicato de Auxiliares de Enfermería (SAE) y Auxiliar de Enfermería en el hospital madrileño Doce de Octubre, y Aurora González, miembro de la comisión ejecutiva provincial de SAE en Alicante y Auxiliar de Enfermería en el Hospital General de Elda. La ponencia que presentaron los Auxiliares de Enfermería españoles analizó la historia y evolución de todo el colectivo, planteando las reivindicaciones básicas y las expectativas de estos profesionales para un futuro inmediato. Así, se profundizó en explicar el diseño de una carrera profesional de

enfermería que abanderara el Sindicato de Auxiliares de Enfermería y que supone un modelo lógico y adecuado a las necesidades reales y formativas de los profesionales Auxiliares de Enfermería. La situación actual de los Auxiliares de Enfermería españoles, además de ser un agravio para el colectivo supone un claro perjuicio en su avance y desarrollo profesional. La aplicación del modelo formativo propuesto por SAE abre paso a estos profesionales en el campo de trabajo europeo, al que hoy en día tienen difícil acceso ante lo anticuado de su situación académica que no encuentra fiel reflejo en la situación laboral diaria. En definitiva, el modelo propuesto por el Sindicato de Auxiliares de Enfermería trata de aplicar lo que en otros países como Francia, Suiza o Italia aplican con referencia a la enfermería, es decir, una sucesión de niveles en los que se discurre conjugando formación y experiencia.

En España es una necesidad prioritaria que el Ministerio de Educación y Ciencia modifique los planes de estudio actuales del personal de enfermería y anule el actual modelo de estratificación en dos compartimentos estancos y sin acceso posible del nivel básico, el Auxiliar de Enfermería, al nivel superior de la enfermería (el enfermero). Por su parte, es el Ministerio de Sanidad y Consumo, como máximo empleador de este personal, quien debe adecuar y regular las funciones y competencias que se establecen en el ámbito laboral. Dolores Martínez y Aurora González recalcaron ante los asistentes a estas jornadas que "la adaptación de la formación al trabajo que vienen desarrollando los Auxiliares de Enfermería es una cuestión de coherencia. Es urgente y necesaria la implantación de una carrera profesional para toda la enfermería y la denominación de enfermería base para las actuales Auxiliares de Enfermería".



EL TRABAJO EN EQUIPO ES FUNDAMENTAL EN LA ATENCIÓN A PACIENTES ONCOLÓGICOS



l Auxiliar de Enfermería en una unidad de oncología es el título de la ponencia que Esther Iglesias y Dolores Gago, Auxiliares de Enfermería del Hospital Niño Jesús, presentaron en las Jornadas Cuidados básicos del niño oncológico y trasplantes de médula ósea que se celebraron recientemente en este hospital madrileño y al que asistieron los profesionales sanitarios de este centro.

La citada ponencia describe el trabajo de un Auxiliar en la unidad de oncología-trasplante de médula ósea (TMO) abarcando desde el punto de vista del equipo de enfermería todos aquellos aspectos del paciente oncológico, desde las alteraciones de las necesidades básicas a los efectos secundarios de la quimioterapia, los cuidados en el tratamiento de la radioterapia, los cuidados en el TMO y los cuidados paliativos dentro del hospital.

Para Esther Iglesias y Dolores Gago "es fundamental la estandarización de los cuidados de



Dolores Gago, Auxiliar de Enfermería



Esther Iglesias, Auxiliar de Enfermería

enfermería y que los Auxiliares de Enfermería colaboren con ellos aumentando la calidad en las tareas realizadas. A pesar de los avances que se están produciendo en la sanidad todavía se carece de una cultura de trabajo en equipo que resulta fundamental para conseguir el bienestar del paciente y sus familiares. Sería imposible pensar que cualquier profesional de la sanidad puede conseguir el objetivo de controlar todos y cada uno de los problemas que puedan presentar el enfermo y su familia. Por eso, uno de los instrumentos necesarios es el trabajo interdisciplinar, ya que sin un trabajo en equipo, aunque el profesional individualmente sea muy bueno, no se pueden conseguir los objetivos planteados".

La demanda de los pacientes de una atención más personalizada ha llevado a una evolución en el sistema de cuidados que se traduce en la asignación de pacientes. Con este sistema, cada enfermera y Auxiliar llevan juntas a los mismos pacientes de manera que éstos conocen quién es su

enfermera y Auxiliar que coordinan y organizan la información de cada turno. Es fundamental el trabajo del equipo de enfermería de forma que enfermeros y Auxiliares tengan el mismo objetivo: cuidar.

En el caso de niños oncológicos y trasplantados de médula ósea el apoyo psicosocial es una labor fundamental del equipo, implicando en éste a todos los profesionales que están en contacto con el niño.

El personal de enfermería es el que establece un vínculo más estrecho, profundo y prolongado, por lo que es de gran importancia que el personal disponga de buen adiestramiento psicológico del niño enfermo. La comunicación intraequipo debe ser fluida y constante, porque la comunicación es la base para el desempeño de este trabajo.

La buena coordinación del equipo de enfermería proporciona alta calidad en los resultados, garantizando la satisfacción de niños y padres, así como la autoestima y motivación del personal de enfermería.

La MENOPAUSIA

Y LAS BUENAS RAZONES PARA TRATARSE CON HORMONAS SUSTITUVAS

Dr. S. Palacios, Dra. C. Menéndez, Dra. J. Szczedrín, E. Díaz
Instituto Palacios de Salud y Medicina de la Mujer. Madrid

* (Imágenes cedidas por PULEVA)

Existen numerosas razones para tratarse con hormonas sustitutivas. Es imprescindible que exista una aceptación por parte de la paciente que las va a utilizar y una individualización de la terapia.

BUENAS RAZONES PARA TRATARSE CON HORMONAS SUSTITUTIVAS

- Mejoría o desaparición de los sofocos, sudores y síntomas vasomotores.
- Mejoría de la atrofia vaginal y vejiga, y otras mucosas.
- Mejoría de la piel y de la distribución de la grasa del cuerpo.
- Prevención de la osteoporosis y del riesgo de fracturas.
- Prevención de los ataques de corazón.
- Mejoría de otros síntomas como sueño, memoria, tono vital y sexualidad.
- Posible prevención de la enfermedad de Alzheimer.

Todos estos factores pueden contribuir a conseguir una clara mejoría de la calidad de vida, además existen diferentes investigaciones que señalan que las personas tratadas con hormonas pueden vivir entre 24 y 36 meses más que aquéllas que rechazan la terapia o la tienen contraindicada.

En definitiva, un tratamiento hormonal adecuado aumenta la cantidad y calidad de vida.

Indicaciones

La terapia hormonal sustitutiva, siempre y cuando no existan contraindicaciones o riesgos, está indicada principalmente en los siguientes casos.

1. Menopausia precoz, ya sea espontánea o quirúrgica. Las pacientes que la sufren corren un

mayor riesgo de padecer los efectos derivados de la disminución de los estrógenos. Los estudios señalan que el riesgo de sufrir un infarto de miocardio a lo largo de la vida que corre una mujer con menopausia antes de los 40 años es siete veces mayor que el que tiene una mujer que ha alcanzado la menopausia a la edad normal.

2. Mujeres con sintomatología menopáusica florida. Toda mujer con sofocos importantes, con insomnio y malestar general o con atrofia genitourinaria molesta, puede beneficiarse claramente del tratamiento hormonal sustitutivo. La mejoría puede observarse a los pocos días de iniciarse el tratamiento.

3. Mujeres con osteoporosis demostrada o con riesgo de presentarla.



Las mujeres que ya han sido diagnosticadas de osteoporosis y/o que tras una densitometría presentan un bajo índice de masa ósea, u otros riesgos de osteoporosis se beneficiarán de manera clara del tratamiento.

Desde el momento en que se inicia el tratamiento, la pérdida de masa ósea se detiene, o incluso se puede

recuperar en el primer año hasta un 4-6% de ella. Esta detención de la pérdida ósea durará tanto tiempo como se mantenga el tratamiento. La THS ha demostrado ser el tratamiento más eficaz para la prevención de la pérdida ósea en la mujer menopáusica.

En este punto, habría que incidir en que, aunque la pérdida de masa

ósea se frene con el tratamiento, la ingesta de calcio es fundamental, por ello es lógico pensar que si tenemos que llegar a unos determinados niveles de absorción de calcio para no tener que recurrir a nuestros depósitos de los huesos (1500 miligramos/día en una mujer que se encuentra en torno a la menopausia), siempre tendremos



que ingerir este calcio con la dieta sigamos o no tratamiento. Esta cantidad se cubriría, por ejemplo, con cuatro vasos de leche enriquecida en calcio o tres vasos y dos yogures... y siempre siguiendo una dieta variada y equilibrada.

4. Mujeres con enfermedad cardiovascular o riesgo de padecerla. Este grupo de mujeres, dado el magnífico efecto que producen los estrógenos sobre las arterias, es el que se beneficia del tratamiento hormonal. Tanto es así que ya se ha demostrado que la administración de estrógenos a mujeres que ya han sufrido un infar-

to de miocardio las protege de manera muy eficaz contra un nuevo ataque.

5. Finalmente, creemos que puede someterse a tratamiento hormonal sustitutivo toda aquella mujer que

debidamente informada y sin contraindicaciones lo desee. El tratamiento proporciona una serie de ventajas como la mejoría de la calidad de la piel, la lubricación de las mucosas, un mejor tono vital, etc., que pueden impulsar a la mujer a elegirlo como medida para conservar y/o mejorar su calidad de vida.

Los nuevos conocimientos de las acciones benéficas de la Terapia Hormonal Sustitutiva están abriendo nuevas vías para su uso. Existen estudios que señalan que la THS también podría prevenir el cáncer de colon, la enfermedad de Alzheimer, la queratoconjuntivitis seca, la caída de los dientes, etc. Todo esto viene a demostrar que en este campo no está dicha la última palabra, por lo que no deberá extrañarles que en los próximos años se planteen nuevas indicaciones de la THS.

Contraindicaciones

En cuanto a las contraindicaciones, hoy son difíciles de señalar ya que el médico, en todo momento, debe valorar si los beneficios superan a los riesgos o viceversa. Sin embargo, existen ciertas circunstancias que deben desaconsejar el tratamiento.

1. Un cáncer de mama o alto riesgo de padecerlo. Ya se señaló el incremento, aunque pequeño, del riesgo del cáncer de mama que supone la THS. Por lo tanto, debe evaluarse con mucho detalle una posible prescripción en estos casos.

En la actualidad existen varios grupos de investigación en diferentes países que están administrando THS a mujeres que han padecido cáncer de mama, y que están obteniendo magníficos resultados. Sin embargo, son trabajos de investigación todavía no aceptados por consenso. Además en la actualidad contamos con un tratamiento llamado Tamoxifén que, además de procurar un efecto protector sobre la mama, tiene efectos positivos sobre el hueso y el aparato cardiovascular. Éste es el tratamiento elección en estos casos.

Próximamente dispondremos de otros medicamentos más potentes que el Tamoxifén que abrirán muchas posibilidades.

2. Cáncer de endometrio. Es también un cáncer hormodependiente. Se piensa que no existe contraindicación de la THS en los estadios precoces del cáncer de endometrio. En los demás casos preferimos no administrarlo o esperar cinco años tras el tratamiento inicial del cáncer para hacerlo.

3. Existen otra serie de contraindicaciones, muchas de ellas relativas, que determinarán la idoneidad o no del tratamiento en función de la clínica de la paciente y de su respuesta a la THS una vez iniciada. Entre estas contraindicaciones incluimos enfermedades hepáticas, miomas uterinos grandes, obesidad extrema, tromboembolismo venoso reciente y tromboflebitis severa.

¿Todas las mujeres deben tratarse con hormonas sustitutivas?

No, creemos que no. Algunas mujeres no las necesitarán y otras padecerán enfermedades o estarán sometidas a riesgos que desaconsejen las THS. Por ello es importante que la paciente sea informada de las ventajas y riesgos del tratamiento en general, y de los que obtendrá ella en su caso en particular para que, finalmente, paciente y médico tomen la decisión.

Dra. M^a Trinidad Rodríguez Márquez
Oftalmóloga
Hospital Universitario de Getafe

LA AFECTACIÓN DE LA

Son muchos los casos de Retinopatías Diabéticas que cada día se diagnostican en los centros hospitalarios. Intentaré explicar el porqué de esta enfermedad en los pacientes diabéticos, los tipos de complicaciones y el desarrollo de las mismas, con la finalidad de arrojar un poco de luz a este tema que, aunque habitual, es, por constatación diaria de la información que se da en los pacientes en la consulta, sobremanera desconocido.

Retinopatía Diabética

Los pacientes con Diabetes Mellitus (D.M.) pueden ser divididos en dos grupos:

- Diabéticos Mellitus Insulino Dependientes (DMID) tipo I con un trastorno en la producción de la insulina.
- Diabéticos Mellitus no Insulino Dependientes (DMnID) tipo II con un defecto en la captación celular de la glucosa.

No existe tratamiento curativo para la D.M., pero hay un cambio importante en el diagnóstico vital de los pacientes a partir de la aparición de la insulina en 1921 (Banting y Best) y su uso generalizado en la década de los cuarenta, pero la mayor supervivencia provoca la aparición de complicaciones ligadas a la mayor duración de las enfermedades ente ellas la Retinopatía Diabética (R.D.). Desde el punto de vista de la Medicina Preventiva la prevención por parte del oftalmólogo no sería posible, más bien, hablaríamos de la detección precoz al evitar la progresión o la ceguera, sien-

do éste el principal objetivo, puesto que la R.D. es una de las causas de ceguera más importante en el mundo occidental y la primera causa de ceguera en el rango de edad de 25 a 74 años en países industrializados.

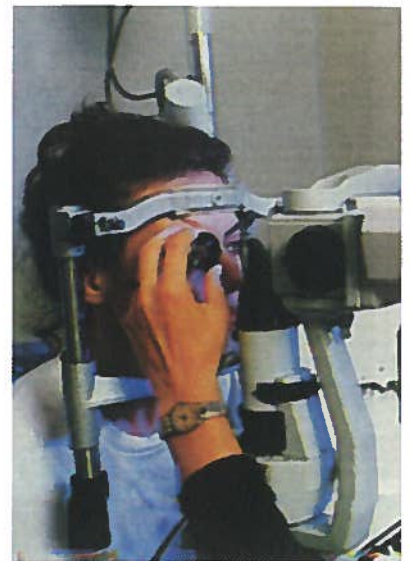
Casi todos los pacientes van a desarrollar algún grado de R.D. a lo largo de su vida, así el mejor predictor de la R.D. es la duración de la enfermedad:

5 años	no R.D.
10 años	15% de los pacientes con R.D.
15 años	70% R.D.
30 años	90% R.D.

Los pacientes con D.M. tipo I tienden a desarrollar Retinopatía antes que los pacientes D.M. tipo II. Se recomienda, por tanto, el control de fondo de ojo por un oftalmólogo a todo paciente DMID y DMnID de más de cinco años de evolución de la enfermedad de forma anual.

Además de la duración de la D.M. y el tipo de diabetes, hay otros factores que condicionan la evolución de la Retinopatía:

- La pubertad con los cambios hormonales que favorecen un desarrollo precoz de la Retinopatía.



DIABETES EN LA VISIÓN

- El embarazo y sus cambios hormonales también pueden favorecer el curso de la Retinopatía.
- La hipertensión, recomendándose a los pacientes un control riguroso de la tensión arterial.
- Factores genéticos que podrían explicar la variabilidad de la respuesta de los pacientes a pesar de los controles similares.
- Y por supuesto la hiperglucemia, siendo hoy día de fácil determinación ambulatoria por el paciente junto con la hemoglobina glicosilada A1C que nos informa del control metabólico en las últimas 12 semanas, con niveles normales aproximadamente del 5%.

Patogenia de la R.D.

La Retinopatía Diabética es un proceso que depende sobre todo de alteraciones vasculares. La enzima aldolosa reductasa en presencia de una elevada concentración de glucosa la convierte en alcohol que no puede difundir fuera de la célula provocando un desequilibrio osmótico que origina daño en la membrana basal capilar y pérdida de pericitos

vasilares, originando oclusiones capilares e isquemia retiniana que se traduce en exudados algodonosos y provocan la aparición de un factor vasoproliferativo que induce la aparición de neovasos retinianos.

Clasificación de la Retinopatía Diabética

1. R.D. de fondo, simple, no proliferativa, caracterizada por la presencia en fondo de ojo de: microaneurismas, microhemorragias, exudados lipídicos y edema retiniano (sobre todo del área macular) siendo la maculopatía diabética la primera causa de disminución de AV, más frecuente en pacientes DM tipo II en tratamiento con insulina.

2. R.D. proliferativas caracterizadas en el fondo de ojo por la presencia de: neovasos de retina y/o papila. Tejido fibrovascular.

En su evolución aparecen complicaciones de tipo hemorragias vítreas, desprendimiento de retina traccional y el glaucoma neovascular.

El tratamiento con láser de la Retinopatía Diabética se aplica en la maculopatía diabética y en la retinopatía proliferativa con distinto tipo de técnica, según el caso. La decisión de aplicar láser se basa en hallazgos clínicos y angiofluoresceingráficas y es independiente de la agudeza visual y su objetivo es mantener la visión.

La indicación más frecuente de la cirugía del vítreo (vitrectomía) es el tratamiento de las complicaciones de la R.D. que permite la rehabilitación visual de los ojos antes intratables, pero por sí misma tiene severas complicaciones y se debe valorar de forma individualizada la relación entre el riesgo y el beneficio en cada paciente.

En cualquier caso, la R.D. ha vivido en los últimos tiempos una importante evolución, la abnegación al estudio de esta enfermedad por parte de los profesionales de la oftalmología, tanto a nivel nacional como internacional, abre cada vez más las expectativas y esperanzas de todos los pacientes que sufren irrevocablemente estas complicaciones derivadas de la diabetes.



Los Auxiliares de Enfermería participaron activamente en el X congreso nacional de F.A.E.

Sonia Rodríguez Casado

Numerosos especialistas y profesionales de la Enfermería se reunieron recientemente en Alicante para asistir a lo largo de tres jornadas científicas al X Congreso Nacional de Auxiliares de Enfermería, que en esta ocasión debatía un tema de trascendental importancia en el ámbito hospitalario: la Comunicación y las Relaciones Humanas en el medio Sanitario.

La ciudad de Alicante fue el escenario en el que a lo largo de tres fructíferas jornadas más de 400 profesionales pertenecientes a los distintos estamentos de la sanidad, en su mayoría profesionales AE, debatieron las claves de la comunicación y de las relaciones humanas en el medio sanitario, lema de este X Congreso Nacional de Auxiliares de Enfermería, que se desarrolló del 9 al 11 de junio.

La FAE, entidad organizadora de este encuentro científico, en colaboración con el SAE, han tenido el privilegio de que Su Alteza Real Don Felipe de Borbón y

Grecia, Príncipe de Asturias, aceptase la presidencia de honor del X Congreso Nacional de Auxiliares de Enfermería, Roberto Roig Oltra, secretario general de la Consellería de Sanidad, Dolores Martínez Márquez, presidenta de la FAE y M^a Soledad Belvis Pastor, presidenta del Congreso, fueron los encargados de presidir el acto inaugural,

La X edición de este Congreso ha contado con la presencia de un nutrido grupo de profesionales de gran renombre, que intercambiaron sus opiniones sobre comunicación y relaciones humanas en el ámbito sanitario español. En este sentido ha destacado la presencia de Victoria Irigaray, pedagoga clínica, Rafael Bernabéu, director del Instituto Bernabéu de Fertilidad y Ginecología de Alicante, Ernesto Armañanzas Villena, director del Hospital General Universitario de Elche, Bárbara Pilar García, Auxiliar de Enfermería del Hospital Universitario de San

Juan y miembro del Comité Científico de la revista Nosocomio de FAE, Octavio Caballero Carpena, jefe del Servicio de Medicina Nuclear del Hospital Universitario de San Juan, Doña Olvido Ayala, Auxiliar de Enfermería del Hospital de Elda, Don Luis Cibanal, enfermero, psicólogo y profesor de la Universidad de Alicante y de un reconocido equipo de profesionales Auxiliares de Enfermería que participaron como comunicantes, analizando los principales aspectos relativos a la calidad asistencial y la comunicación e interrelación que se establece entre los mismos profesionales sanitarios y la relación de éstos con los pacientes en los distintos centros sanitarios del territorio nacional.

Gran asistencia de profesionales Auxiliares de Enfermería

El X Congreso Nacional de FAE aglutinó a numerosos profesionales Auxiliares de Enfermería

de toda España que expusieron diferentes comunicaciones y pósters científicos. A juicio de Dolores Martínez, “la asistencia registrada en esta X edición del Congreso ha confirmado nuestras previsiones demostrando la fuerte implicación de nuestro colectivo profesional en la investigación científica, ya que ha quedado patente, tanto en la exposición de comunicaciones científicas como en la elaboración de pósters, la inquietud e interés que posee este colectivo profesional por la formación”.

Entre las numerosas conclusiones que pueden extraerse de este evento cabe destacar que el personal sanitario, y en especial los Auxiliares de Enfermería, necesitan potenciar el “arte” de la relación de ayuda a través de la comunicación verbal y no verbal; la importancia de las funciones que realizan los Auxiliares de Enfermería, al estar íntimamente integradas en las tareas del resto de los profesionales de la salud; la comunicación, relación, empatía y escucha activa que deben ser desarrolladas por todo el personal sanitario cuando reciben a los pacientes o familiares, con el objetivo de establecer la sincronía que determinará la actitud y el comportamiento de éstos durante el resto de la hospitalización y la utilización y la rigurosa aplicación del método científico que contribuirá al desarrollo de la investigación dentro del colectivo de Auxiliares de Enfermería, etc.

Por otra parte, en las distintas comunicaciones desarrolladas en el transcurso de estas jornadas, que destacaron por su nivel científico, se explicaron las dificultades



*S.A.R. Don Felipe de Borbón y Grecia,
presidente de honor del X Congreso
Nacional de FAE*

comunicativas más frecuentes en el ámbito sanitario; las normas fundamentales para que exista una buena emisión y recepción de los mensajes entre el personal de enfermería; la importancia del rol del Auxiliar de Enfermería dentro de los hospitales, por su contacto directo con el paciente; las relaciones que se establecen entre los componentes de los equipos de Atención Primaria y la implicación, sobradamente demostrada, de los Auxiliares de Enfermería a la hora de comprometerse y de realizar su trabajo asistencial en las organizaciones sanitarias.

Premios y accésit a las mejores comunicaciones y pósters científicos

El Excmo. Ayuntamiento de Rojales (Alicante) subvencionó los primeros premios a la mejor comunicación y mejor póster

científico, dotados con 30.000 pesetas cada uno, que se otorgaron a la comunicación titulada “Motivación y expectativas de los estudiantes de Auxiliar de Enfermería”, cuyos autores son Julia Villoria, M^a Paz Santos y Josefa López, Auxiliares de Enfermería del Hospital Ramón y Cajal de Madrid, y al póster titulado “Análisis de la comunicación y relación humana en el ámbito sanitario del Servicio de Urgencias del Hospital General de Elda”, elaborado por Antonia Vicedo, Remedios Calabuig y Manuel Fernández, Auxiliares de Enfermería del Hospital General de Elda.

Los accésit, premiados con una dotación económica de 20.000 pesetas, subvencionadas por la Organización del Congreso, han recaído en la comunicación titulada “El rol del Auxiliar de Enfermería dentro de una Comisión de Humanización”, presentada por un equipo de A.E. del Hospital Universitario Arnau de Vilanova (Lérida), y en el póster titulado “Papel de la Información por los Auxiliares de Enfermería a los pacientes del Hospital” que son sometidos a exploraciones en el Servicio de Radiodiagnóstico y precisan una preparación, realizado por un equipo de A.E. del Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital Universitario de San Juan (Alicante).

En el acto de clausura oficial de este Congreso a, la presidenta de FAE anunció que la undécima edición de los Congresos de FAE tendrá lugar en Pontevedra del 7 al 9 de junio del año 2000 y su eje central será en esta ocasión “La Anorexia y la Bulimia”.

sobre salud laboral,
cuanto más sepas,
mejor...



Practica,
fomenta
y exige
SALUD LABORAL

CONSIGUE TUS EJEMPLARES PONIENDOTE EN CONTACTO
CON EL DELEGADO DE S.A.E EN TU CENTRO DE TRABAJO
O LLAMANDO AL TELÉFONO 91 521 52 24

S.A.E

SINDICATO DE AUXILIARES DE ENFERMERIA

Ud. sabe perfectamente lo que les conviene para su bienestar.



Puleva Calcio es la única leche que les aporta casi un 50% más de calcio en su gama completa de leche desnatada, semidesnatada y entera.

Todo el buen sabor de la leche de siempre con la riqueza del calcio.

**El mejor alimento del mundo,
ahora mucho más rico para ellos.**



Por su Bienestar