



ALZHEIMER:

La enfermedad del olvido

21 • Revista de Auxiliares de Enfermería
Primer Trimestre 2000

Aprender a comer
puede ser **DIVERTIDO**

**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**

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

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
desea realizar**



OFERTA VALIDA HASTA FIN DE EXISTENCIA



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 Angeles Gómez
Bárbara Pilar García
José Ángel Peña
Cecilia Dou Marcos

Colaboradores

BERBES ASOCIADOS
CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE FARMACÉUTICOS
Juan José Pérez Martín
PULEVA
AFAL
ROCHE FARMA

Edita

FAE (Fundación para la
Formación y Avance de
la Enfermería)
Valverde, 1, 9º 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, 2º 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

APRENDER A COMER PUEDE SER DIVERTIDO

COMER BIEN DESDE PEQUEÑO. ESTE ES EL PROPÓSITO DE DOS INICIATIVAS PRESENTADAS RECIENTEMENTE: EL *PLAN NUTRICIONAL NENUFAR 2* (PLAN DE EDUCACIÓN Y NUTRICIÓN POR EL FARMACÉUTICO) Y EL JUEGO *LA PIRÁMIDE DE LA SALUD* DISTRIBUIDO POR LA FUNDACIÓN PULEVA.



VI SIMPOSIUM SOBRE VIH DE SITGES

LOS INHIBIDORES DE FUSIÓN BLOQUEAN AL VIH EN SU ETAPA PRECOZ ANULANDO SU CAPACIDAD DE INYECTAR SU MATERIAL GENÉTICO EN LAS CÉLULAS. ESPECIALISTAS EN SIDA DE TODA ESPAÑA SE REÚNEN UN AÑO MÁS EN EL SIMPOSIUM DE SITGES.



10

37



XI CONGRESO NACIONAL DE FAE

APROXIMADAMENTE MEDIO MILLÓN DE ESPAÑOLES PADECEN TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO: ANOREXIA Y BULIMIA, FUNDAMENTALMENTE. LOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA CELEBRARÁN DEL 7 AL 9 DE JUNIO EN PONTEVEDRA EL XI CONGRESO NACIONAL DE AUXILIARES DE ENFERMERÍA PARA PROFUNDIZAR EN LOS ASPECTOS FUNDAMENTALES DE ESTOS TRASTORNOS.

INFORME. RESPONSABILIDAD PENAL EN LOS AE

LOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA, COMO EMPLEADOS PÚBLICOS AL SERVICIO DE LA ADMINISTRACIÓN SANITARIA, PUEDEN INCURRIR EN EL EJERCICIO DE SUS FUNCIONES EN LA COMISIÓN DE ACTOS POR LOS CUALES SE LES PUEDE EXIGIR RESPONSABILIDAD ADMINISTRATIVA, PENAL O CIVIL.



41

46

SALUD Y MUJER

EL ACEITE DE OLIVA Y LOS ÁCIDOS GRASOS OMEGA 3, PRESENTES EN EL PESCADO Y EN LA LECHE HUMANA, PRODUCEN UNOS EFECTOS QUE IMPIDEN LAS EXCESIVAS COAGULACIONES EN LA SANGRE.



HABLAN LAS ASOCIACIONES

"TU ENFERMO CUENTA CONTIGO, TÚ CUENTAS CON NOSOTROS". CON ESTE PRINCIPIO LA ASOCIACIÓN DE FAMILIARES DE ENFERMOS DE ALZHEIMER (AFAL) AYUDA A LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES DE ALZHEIMER EN EL CUIDADO DE ESTOS.

49



Editorial

A



uxiliares en las escuelas, el futuro.

La casa, el colegio y la calle son, durante la edad escolar, los lugares donde mayor número de accidentes se producen, según se indica en las últimas encuestas hechas públicas. Tanto para el ámbito familiar como para la vía pública existen recursos sanitarios disponibles; no así en las escuelas donde millones de niños y jóvenes dependen del “bien hacer” de los profesores para solventar los pequeños accidentes que a diario se producen.

Resulta paradójico si pensamos que un escolar pasa más de la mitad del día en el colegio y es allí donde se le inculcan, no en exclusiva pero sí en gran parte, los valores de los que ha de hacer gala durante el resto de su vida. Es en la institución educativa donde debe aprender a comportarse, donde aprende lo que es correcto o no, lo que se espera de él en los años venideros y, también, cuáles son los hábitos saludables que debe mantener durante el resto de su existencia si quiere que ésta sea, además de lo más longeva posible, la mejor.

Hoy en día las tareas formativas recaen sobre los profesores, y también las sanitarias, a pesar de no estar estos profesionales lo suficientemente formados en estas labores. En los países más avanzados de nuestro entorno existen asignaturas específicas sobre hábitos saludables impartidas en muchos casos por los mismos profesionales encargados de la enfermería del centro.

Actualmente, en España ése es un hecho impensable y sólo escasos centros cuentan con un botiquín de emergencias, no obligatorio, además, en la legislación vigente.

Por otro lado, los hábitos saludables que adquirimos en nuestra niñez nos han de acompañar durante el resto de nuestra vida, de ahí la importancia de contar con profesionales cualificados, como los Auxiliares de Enfermería, que nos enseñen hábitos saludables a la hora de alimentarnos, de prevenir accidentes, de conocer los beneficios del ejercicio físico...

El papel que puede, y debe, jugar el Auxiliar de Enfermería como divulgador de lo que debe ser una correcta “vida saludable” es innegable y pasa por su presencia en las escuelas y centros educativos de nuestro país, bien de forma estable, en las enfermerías escolares, o bien de manera itinerante formando y, sobre todo, informando a los escolares sobre como abordar un modo de vida más saludable. Seguro que todos ganaremos, los ciudadanos porque en el futuro estarán más concienciados sobre el papel de la prevención en la mejora de su calidad de vida y la sociedad en general porque podrá dedicar más esfuerzos a la prevención y menos a la curación.

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

ALABANZAS A LA FORMACIÓN A DISTANCIA

Los Auxiliares de Enfermería hemos tenido siempre una especial preocupación por nuestra formación y así lo demostramos cada vez que se nos da la oportunidad de poder ampliar nuestros conocimientos. Esta preocupación por la formación de los Auxiliares de Enfermería es compartida por la Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería que cada día ofrece nuevas alternativas y posibilidades para que los Auxiliares podamos ampliar nuestra formación. Es el caso del nuevo programa de formación a distancia del que hemos tenido conocimiento recientemente y que nos permitirá realizar cursos sin tener que acudir a clase. No todos los trabajadores disfrutamos de un horario laboral que nos permita acudir a clase y mantener nuestro trabajo. Por eso, todas las iniciativas que en este sentido nos ofrezcan a los Auxiliares de Enfermería serán bienvenidas. Y nada mejor que la revista que edita la propia Fundación para agradecer esta iniciativa que espero se amplíe con nuevos cursos.

*Pilar Cienfuegos
Ávila*

RECONOCIMIENTO PROFESIONAL INMEDIATO

Estoy harta de llevar quince años realizando mi trabajo sin que nadie reconozca que también de mí depende que el enfermo se encuentre satisfecho y vuelva a casa sano. Yo también colaboro en ofrecerle la mejor asistencia dándole lo mejor de mí como persona y como profesional. Y a cambio recibo, si no el desprecio, sí la indiferencia de mis compañeros de la sanidad, que se consideran los dioses del hospital; de la Administración, que me mira por encima del hombro; de la gerencia, que me impone funciones que no se corresponden con mi experiencia, mi cualificación y mi titulación. Ya sé que estamos luchando por salir de esta situación y para que a los Auxiliares de Enfermería nos sitúen donde realmente nos corresponde en un nivel académico y laboral adecuado. Pero mientras ese anhelado título de grado superior es convertido en realidad, muchos Auxiliares de Enfermería españoles nos conformaríamos con un poco de respeto hacia nuestra profesión.

*Fulgencia Matesanz
Madrid*

NUESTRO PUNTO DE PARTIDA

He asistido a varios de los congresos que ha organizado la Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería y considero que éstos forman parte de la formación de los Auxiliares de Enfermería. Sin embargo, la amplitud de los temas elegidos hace que no se pueda profundizar más en algunos. Son muchos los puntos que se consideran superficialmente porque los compañeros que exponen sus conferencias no disponen del tiempo necesario para poder profundizar en los mismos. En ocasiones, estos congresos han supuesto un punto de partida para después estudiar las cuestiones concretas que más me han interesado, para ponerme en contacto directo y personal con los autores de las ponencias o para entender la necesidad de que se investigue más el papel que cada uno de nosotros desempeñamos en la calidad asistencial que ofrecemos a diario a los pacientes. Supone pues un reto y una necesidad para la profesión mantener estos encuentros anuales con otros profesionales.

*Catalina Mederos
Las Palmas*

Con la comida sí se juega. Y se aprende. Es lo que han hecho durante el otoño 120.000 escolares de toda España que han participado en el Plan Nutricional Plenufar 2, (Plan de Educación en Alimentación y Nutrición por el Farmacéutico) puesto en marcha por el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, a través de su Vocalía Nacional de Alimentación. Tres mil de estos profesionales han jugado con niños de entre 10 y 12 años para enseñarles las bases de una alimentación saludable con el objetivo de fomentar en ellos hábitos correctos y que desde pequeños aprendan a alimentarse bien. Por primera vez, los farmacéuticos acudieron a las escuelas y en sesiones de hora y media y con la ayuda de material didáctico han conocido los hábitos alimenticios de los niños, sus preferencias y los puntos sobre los que hay que mejorar. Por otro lado, la Fundación Puleva está comercializando el juego *La Pirámide de la Salud* con propósitos igualmente saludables.



Montse García

Imágenes cedidas por el Consejo General de Farmacéuticos





El Consejo General de Farmacéuticos presentó recientemente los datos preliminares de este estudio tras el análisis de 2,5 millones de cuestionarios contestados por niños de 10 a 12 años. De estos primeros datos se desprende que los niños escogen como comidas favoritas la pasta, la comida rápida (pizzas y hamburguesas) y el arroz, mientras que las menos aceptadas son las verduras, las legumbres y el pescado.

Algunos datos, como las diferencias de consumo de pan, indican que la distinción según el sexo que se observa en los adultos ya empieza a producirse de niños: seis de cada diez chicas entrevistadas dicen tomar diariamente menos de media barra de pan (125 gr), mientras que responden igual cuatro de cada diez chicos. Estos datos apuntan a que desde edades muy tempranas (10-12 años) se van distinguiendo pautas alimentarias diferentes para hombres y mujeres.

Asimismo, el estudio refleja datos para la reflexión puesto que se apunta que el 23% de los niños entrevistados reconocen que querrían estar más delgados. Por la edad que tienen estos escolares se evidencia que las preocupaciones por el peso se están dando cada vez a edades más tempranas. Además, el 26% de los escolares entrevistados reconocen que han hecho alguna vez ejercicio físico para adelgazar. El ejercicio físico es una actividad fundamental y muy aconsejable para el desarrollo de los más pequeños. La motivación principal ha de ser el entretenimiento para que el día de mañana incorporen el hábito de

hacer deporte. El hecho de que los niños hagan ejercicio físico para estar más delgados, incluso cuando exista sobrepeso, debe también hacer reflexionar.

Los niños son conscientes de que hay que cuidar la alimentación. El 96% de los escolares entrevistados entienden que la alimentación se debe cuidar a cualquier edad, lo que indica que piensan en la alimentación como algo muy importante para su salud y futuro. Sin embargo, presentan algunas deficiencias en el consumo de algunos alimentos. Es el caso de la fruta, puesto que a pesar de que lo aconsejable para esta edad es tomar dos o tres piezas diarias el 33% declara no tomar fruta diariamente y el 57% reconoció tomar verdura como mucho una o dos veces por semana, aunque deberían tomarla todos los días.

En cuanto a los desayunos ha mejorado la cuota global puesto que el 96% desayuna todos los días. El 81% de los chavales bebe leche para desayunar, el 31% toma bollos, magdalenas o galletas, y sólo el 19% pan o tostadas y el 14% zumo. Para muchos (el 26%) el vaso de leche del desayuno es el único que toman al día y esta cantidad no aporta el calcio que estos niños, en edad de crecimiento, necesitan.

La carne, el pescado y las legumbres forman parte del grupo de alimentos ricos en proteínas y deben ser habituales todos ellos con una frecuencia parecida para que la dieta sea equilibrada. No obstante, toman en mayor medida carne que legumbres o pescados. El 80% toma carne al menos una vez por semana, el 69% toma con la misma frecuencia legumbres y el 66% pescado. Uno de cada diez niños entrevistados toman todos o casi todos los días hamburguesas e igualmente uno de cada diez come pizzas con la misma frecuencia.

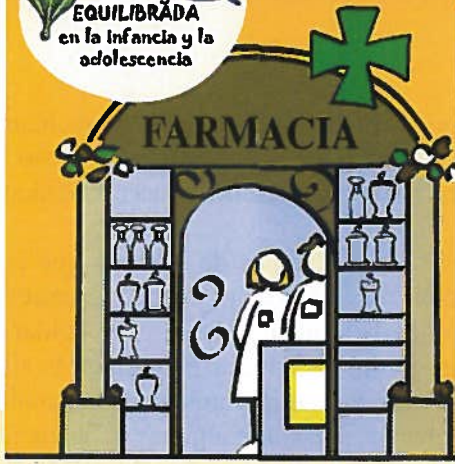
El consumo de pescado ha encontrado nuevas variedades de mayor aceptación entre los niños: las barritas de pescado (el 58% reconoce que les gusta) y las latas de atún o de sardinas (un 57% manifiesta su preferencia por éstas). Sin embargo, los patés de pescado sólo tienen una aceptación del 28%.

El 24% de los escolares entrevistados toman diariamente caramelos o golosinas y el 18% bollos o pastelitos con la misma frecuencia.

Montserrat Rivero, vocal de alimentación del Consejo General de Farmacéuticos, reconoció en la presentación de estos datos preliminares que

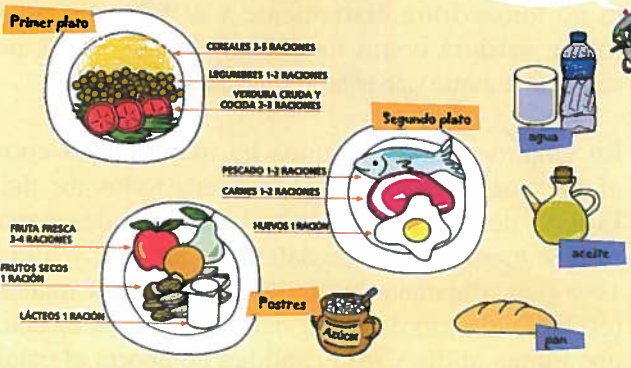


CONSEJOS para una ALIMENTACIÓN SANA y EQUILIBRADA en la infancia y la adolescencia



CONSUMO SEMANAL DE ALIMENTOS RECOMENDADOS PARA EL COMEDOR ESCOLAR

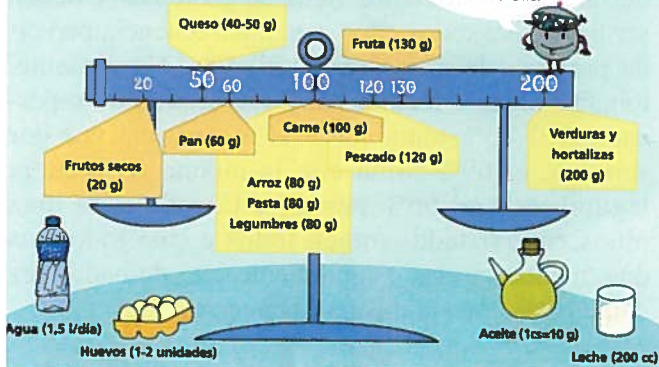
Para conseguir un equilibrio alimentario es muy importante que la familia complemente la ingesta del comedor escolar.



Plan reconocido de Interés sanitario por el Ministerio de Sanidad y Consumo

CANTIDADES RECOMENDADAS PARA UNA RACIÓN (ALIMENTOS EN CRUDO)

Ración: Es la cantidad o porción de alimento adecuada a la capacidad de un plato normal o bien una o diversas unidades de alimento.



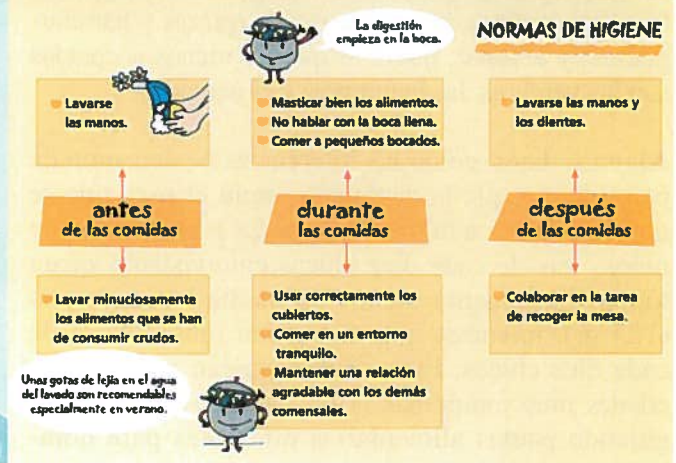
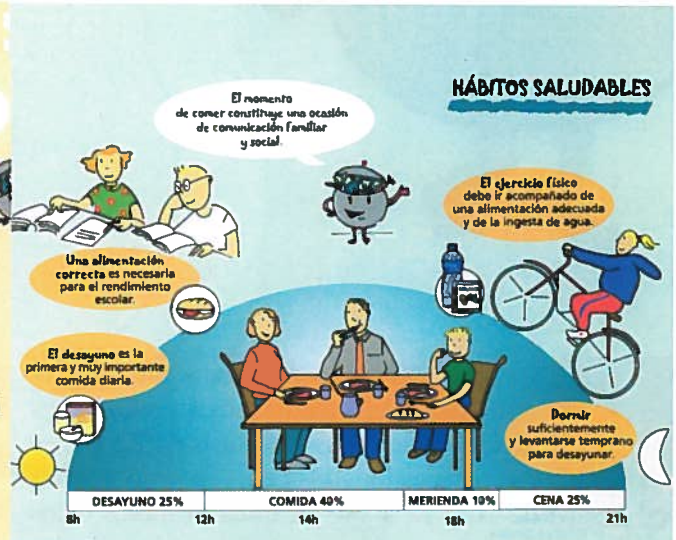
Plenifar 2 ha tenido muy buena aceptación por todos los implicados tanto por los escolares como por el profesorado y los farmacéuticos. Los padres de los niños solicitaron igualmente participar en esta iniciativa y a través de las Asociaciones de Padres de Alumnos se realizaron charlas para los padres. En definitiva, supone que se ha abierto el camino a otras actuaciones en el mismo sentido.

La Pirámide de la Salud:

Otra propuesta igualmente sana la puso en marcha recientemente la Fundación Puleva con el juego

educativo *La Pirámide de la Salud* que contribuye a fomentar la educación para la mejora de los hábitos saludables y reforzar el aprendizaje de los mismos de una forma amena y divertida, tanto en el seno de la familia como en los colegios.

Los fondos obtenidos con la comercialización del juego, cuyo coste es de 6.032 pesetas, serán destinados



a la Fundación 1000 para la prevención de defectos congénitos y a la Asociación Española de Pediatría. La Fundación Puleva, que distribuye a domicilio el juego, confirma que está teniendo muy buena acogida, aunque no han ofrecido datos al respecto.

El juego *La Pirámide de la Salud*, es un instrumento que contribuye a satisfacer las expectativas sobre la salud y los demás aspectos referentes a la mejora de la calidad de vida y desarrollar actividades relacionadas con la promoción de la salud.



El objetivo prioritario Plenufar 2 es el fomento de hábitos alimentarios saludables en niños, incidiendo en algunos alimentos como el agua, pan, pescado, productos lácteos, cereales y azúcar, frutas, verduras y hortalizas. Para ello, el farmacéutico contó con la colaboración del profesorado de la escuela y un material didáctico diseñado especialmente para la edad de la población diana, 10-12 años,

en el que se incluyeron fichas informativas, el juego *La Tienda de la Salud*, salvamanteles y encuestas. Con todo ello, además de analizar a través de los cuestionarios los hábitos alimenticios y la posible existencia de problemas nutricionales, se les enseñó la base de una buena alimentación y los componentes que intervienen en la misma.

Esta campaña contaba asimismo entre sus objetivos con la prevención de posibles alteraciones de la salud relacionadas con hábitos alimenticios inadecuados y que son causa de altos índices de morbilidad y mortalidad. Pretendía, igualmente, favorecer en la población general, y en la población escolar en particular, la mentalidad de salud haciendo de la salud un patrimonio de la colectividad.

Plenufar 2 fue declarado de interés sanitario por el Ministerio de Sanidad, así como por instituciones sanitarias de algunas comunidades autónomas y contó con el patrocinio de algunas empresas de alimentación. Además, antes de su puesta en marcha en octubre se presentó en el Congreso Internacional de Farmacia, donde contó con una excelente acogida por parte de los profesionales allí reunidos.

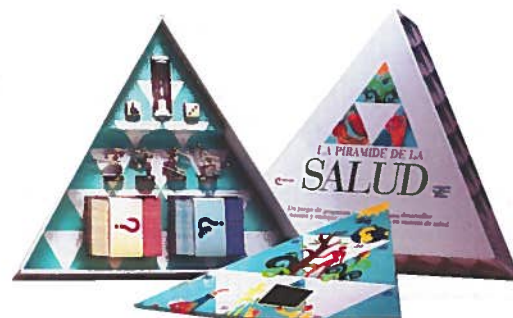


Acto de presentación de *La Pirámide de la Salud*.

Es un juego educativo dirigido a mayores de 12 años en el que pueden participar un mínimo de cuatro participantes, pero el número de éstos es ilimitado, y se organizarán por grupos que han de superar pruebas y preguntas para avanzar casillas y alcanzar el pico de la pirámide. Estas pruebas se dividen en tres grandes bloques de preguntas, mímica y dibujo. Muchas de las respuestas a las preguntas que se formulan están comentadas y razona-

das con el objetivo de aclarar posibles dudas de los participantes, ampliando los conocimientos sobre hábitos de vida saludables. El juego contiene un tablero, un reloj de arena, 800 tarjetas con 1600 pruebas de pregunta / respuesta, mímica y dibujo, 50 tarjetas sorpresa, dos dados y 4 fichas de juego.

Su objetivo es fomentar la educación para la salud en su sentido más amplio, la salud integral y el bienestar general, con el valor añadido de hacerlo de una forma creativa, divertida e interactiva reforzando igualmente aspectos como la solidaridad, la educación para la paz, la igualdad de géne-



UN PASO ADELANTE HACIA EL GENOMA HUMANO

La determinación de toda la secuencia del genoma humano, el mapa que contiene todas las instrucciones genéticas, es un reto importante que llevó a la formación de una colaboración internacional llamada *The Human Genome Project (HGP)* iniciada a mediados de los años ochenta. Está previsto que el genoma humano sea secuenciado a principios del siglo XXI.

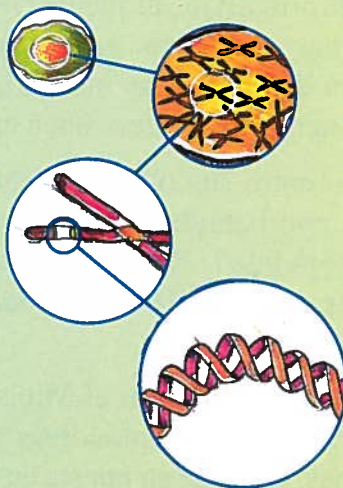
El ácido desoxirribonucleico (ADN) se encuentra presente en el núcleo de los cromosomas y acarrea toda la información genética de los seres vivos. Se encuentra en el núcleo de cada célula en forma de cadenas en espiral apretada que se llaman cromosomas. En los seres humanos hay 46 cromosomas, formando 23 parejas, y los 100.000 genes que se calcula que contienen estos cromosomas forman colectivamente el genoma humano mediante el cual se programan las características de cada persona.

En este camino por conseguir el genoma humano se ha dado un gran paso al lograr descifrar por primera vez un cromosoma completo. El cromosoma 22 forma una parte de la espiral de ADN. Es el segundo cromosoma más pequeño de los 23 pares que tenemos las personas. Sus centenares de genes, algunos de los cuales se desconocían hasta ahora que existiera en los humanos, tienen un papel importante en el desarrollo de diversas enfermedades. Sobre todo, se cree que este cromosoma está relacionado con el funcionamiento del sistema inmunitario, con las enfermedades cardiovasculares congénitas, con algunas enfermedades mentales y algunas formas de cáncer como la leucemia.

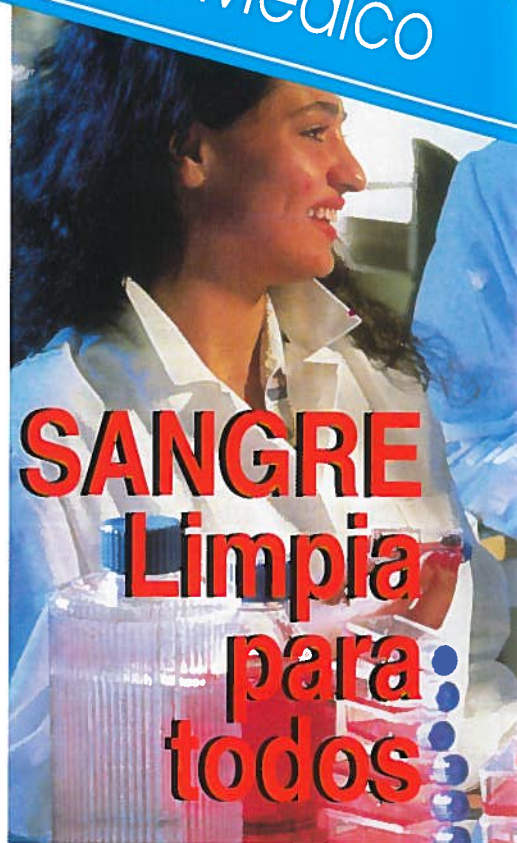
El ADN de cada cromosoma está formado por cuatro letras químicas, cuyo orden expresa las proteínas que determinan cómo está formado nuestro cuerpo y qué predisposición presenta a determinadas enfermedades. El equipo que ha descifrado el cromosoma 22 ha leído 34 millones de letras en un programa que hasta la fecha ha costado más de 10 millones de euros.

Tan importante como secuenciar y ubicar los genes, es establecer la función de los genes individuales. Identificar con precisión los genes que pueden influir en nuestra salud y entender su función serán la mejor base para desarrollar productos para mejorar la atención sanitaria.

El éxito en identificar el gen o los genes asociados con una enfermedad concreta proporciona un objetivo bien centrado para la investigación futura a fin de tratar esta enfermedad. La combinación de estos conocimientos, junto con una mejor comprensión de la influencia de los factores medioambientales, producirá estrategias mejores de prevención y tratamiento de las enfermedades.



Noticias del Mundo Médico



La seguridad de la sangre empieza por mí. Este fue el lema de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para celebrar el 7 de abril el Día Mundial de la Salud con el objetivo de que en todo el mundo la sangre proceda de donantes habituales y voluntarios que no suponen un riesgo y que sea sometida a los controles necesarios.

El problema radica en que cada año se donan en el mundo 75 millones de unidades de sangre y en más de 13 millones de ellas (el 20 por ciento) no se realiza ningún análisis para detectar infecciones transmisibles. Por otro lado, como suele ocurrir en otras cuestiones, son los servicios sanitarios de los países desarrollados los que acaparan la utilización de la sangre.

TRASPLANTES DE CABELLO SIN RECHAZOS

La última respuesta a la calvicie podría ser el trasplante de folículo piloso de un individuo a otro. Así lo consideran científicos de la universidad inglesa de Durham que han realizado un experimento consistente en trasplantar células del folículo piloso del cuero cabelludo de un hombre en el brazo de su mujer, produciéndose el correspondiente crecimiento del cabello. Este descubrimiento, que se describe en un artículo publicado en la revista *Nature* demuestra que las células del folículo poseen el llamado "privilegio inmunitario" es decir, que se pueden implantar en cualquier persona sin que se produzca rechazo. Estos resultados no sólo parecen ser la solución contra la caída del cabello sino que podrían abrir la puerta a la llamada "ingeniería de los tejidos" y a un conocimiento más profundo de los procesos de rechazo.

El experimento fue llevado a cabo por un matrimonio que forma parte del equipo de investigadores. El doctor Colin Jahoda donó un trozo de piel de su cuero cabelludo del que se extrajeron los pequeños folículos que fueron implantados en el interior del antebrazo de su esposa, la doctora Amanda Reynolds. Los implantes cicatrizaron rápidamente y antes de transcurridas cinco semanas ya había comenzado a crecer el cabello. El cabello obtenido del implante era más espeso y largo que el vello normal del brazo. Un posterior análisis genético confirmó que correspondía a las células del marido. Esto demuestra que las células del folículo piloso fueron capaces de reorganizar las de la piel para formar nuevos folículos, lo que se había experimentado previamente en ratas, aunque nunca en personas.

Las consecuencias de este experimento van más allá de la mera regeneración capilar, pues podrían iniciar una nueva era en la ingeniería de los tejidos.

Mientras el 17% de la población que vive en estos países se beneficia del 60% de las unidades donadas, el 83% restante, que vive en los países subdesarrollados, tan sólo tiene acceso al 40% de las unidades disponibles.

En los países subdesarrollados se ha comenzado a utilizar test de detección de enfermedades infecciosas, sin embargo éstos análisis distan mucho de estar generalizados. Analizar la sangre cuesta entre cuatro y cincuenta dólares por unidad pero, además, estos exámenes están a veces a cargo de personal que no tiene la formación necesaria o emplea material poco apropiado: en consecuencia existe una alta mortalidad por falta de sangre en los países subdesarrollados.





De izquierda a derecha, el Dr. Daniel Bolognesi, Director General de Trimeris, el Dr. José María Gatell, del Servicio de Infecciosas del Hospital Clinic (Barcelona), Director del Simposio; el Dr. Pablo Tebas, del Departamento de Infecciosas del Barne-Jewish Hospital North de St. Louis (Missouri, EEUU), y el Dr. Philippe Clevenbergh, del Servicio de Infecciosas del Hospital L'Archet (Francia), durante la rueda de prensa celebrada en Barcelona con motivo del VI Simposium sobre VIH de Sitges.

VI SIMPOSIUM SOBRE VIH DE SITGES

**LOS EXPERTOS APUESTAN
POR DOS NUEVAS FAMILIAS
DE FÁRMACOS ANTIRETROVIRALES
PARA EVITAR EL REPUNTE DEL SIDA**

Imágenes cedidas por ROCHE.

Sonia Rodríguez Casado

En el VI Simposium sobre VIH, celebrado el pasado mes de febrero en Sitges y organizado por Productos Roche, más de 500 especialistas en Sida de toda España y expertos nacionales e internacionales en el tratamiento de esta enfermedad analizaron las últimas novedades en relación con las posibilidades terapéuticas existentes en la actualidad para tratar la infección por VIH.

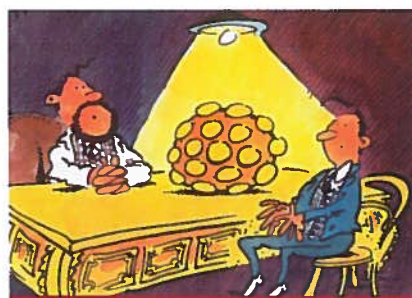
La Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida informó recientemente de que el número de casos de esta enfermedad descendió un 19% en 1999 y los nuevos tratamientos antirretrovirales para combatirla consiguieron que los fallecimientos descendieran un 47%. Sin embargo, lo que más preocupa a los expertos es que en algunos casos se produce un fracaso terapéutico que afecta a un 60% de los pacientes, ya que los medicamentos no logran reducir hasta un límite indetectable las concentraciones del nivel de virus en la sangre, y están poniendo en marcha los mecanismos necesarios para rescatar a los pacientes con fracaso virológico y evitar que el proceso de replicación del virus lo haga resistente a la medicación.



Juntos, vamos a encontrar el rumbo

Los expertos que se dieron cita en este VI Simposium sobre VIH analizaron las novedades farmacológicas, la utilidad de los tests de resistencias, la posibilidad de rescatar a pacientes con fallos virológicos y el origen de las secuelas metabólicas de los tratamientos antirretrovirales.

Josep María Gatell, del Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Clinic de Barcelona y director de este congreso



Vamos a compartir el problema

médico, recalcó que la mortalidad a causa del Sida ha descendido y que se están aplicando tratamientos iniciales correctos y buenas terapias de rescate en el caso de que éstos fallen. También señaló el peligro de que no se desarrollen nuevos fármacos que impidan el repunte de los casos de Sida en los pacientes que han sufrido un fracaso terapéutico si no se ponen en circulación las nuevas familias de medicamentos: los inhibidores de fusión, que son actualmente los más avanzados y actúan en conjunto con los inhibidores de la proteasa.

El director del Simposium señaló que las investigaciones tienden a mantener bajos los índices de mortalidad, recuperar los fracasos de las terapias de rescate, determinando las resistencias y los niveles de fármacos en la sangre de los afectados y minimizar los efectos

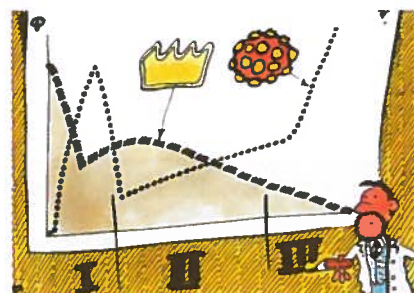


Hay una opción: controlar el VIRUS

secundarios.

Avances en la terapia anti-VIH:

De todos los avances que se han presentado en el transcurso de este VI Simposium sobre VIH destacan los inhibidores de la fusión T-20, actualmente en la Fase II de investigación clínica y que se consideran una nueva familia de fármacos antirretrovirales que se engloban en el grupo de antivirales llamados “inhibidores de entrada”, ya que actúan directamente sobre el virus del Sida impidiendo que penetre en la célula humana en la que se



¿Cómo se desarrolla el VIRUS dentro del cuerpo?

hospeda el VIH.

Desde la aparición en 1995 de los inhibidores de la proteasa, los inhibidores de la fusión suponen un considerable avance en el campo de la terapia antirretroviral, ya que responden a la necesidad de medicamentos nuevos del creciente número de pacientes que han dejado de medicarse y ahora tienen fallos virológicos o han desarrollado resistencias a los fármacos existentes.

El doctor Daniel Bolognesi, director general de Trimeris, que desarrolla junto a Roche los inhibidores de la fusión, explica que “los inhibidores de la fusión tienen un mecanismo

de actuación totalmente nuevo frente al virus pues lo bloquean en su etapa precoz y anulan su capacidad de inyectar su material genético en las células. Esta nueva familia de fármacos se administran en inyecciones subcutáneas dos veces al día y pertenecen al grupo de los inhibidores de entrada, que han demostrado actividad antiviral en pacientes que ya han recibido otros fármacos y en los que ha fracasado la terapia, como ya hemos comprobado en los ensayos clínicos que estamos desarrollando en la actualidad". En cuanto a su toxicidad, Bolognesi señala que tienen un perfil de tolerabilidad bastante alto y que no hay evidencias de interacciones medicamentosas

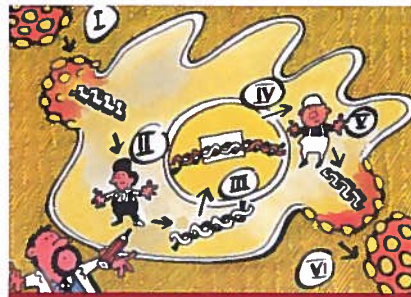


El sistema inmune se deteriora progresivamente

antagonistas.

Efectos secundarios de los tratamientos:

Uno de los temas más preocupantes para los enfermos de Sida son los efectos secundarios que conlleva el seguimiento del tratamiento de esta infección, ya que los *cócteles de fármacos*, especialmente los inhibidores de la proteasa, pueden ocasionar la aparición de lipodistrofias (acumulación anormal de grasa en distintas zonas del cuerpo), aunque también se han



Ciclo de replicación del VIRUS

registrado recientemente algunos casos de enfermedad cardiovascular prematura en pacientes con terapia anti-VIH. A este respecto, el doctor Pablo Tebas, del Servicio de Enfermedades Infecciosas del Barne-Jewish Hospital de St. Louis, Missouri responde que "la duración total de los tratamientos tiene mucha relación con la aparición de los efectos secundarios. Cuando un tratamiento antirretroviral dura mucho tiempo aparece la lipodistrofia moderada o severa (ocurre en el 20% de los pacientes), o bien otras alteraciones. La tendencia es a aumentar con el tiempo, aunque hay combinaciones que provocan más lipodistrofia que otras; las alternativas son tratamientos con antilipomiantes y el uso de los nuevos medicamentos con menos potencial para provocar la lipodistrofia, pues los pépti-



¿De qué herramientas se dispone para luchar contra el VIRUS?

cos actuarán de mediadores con este tipo de efectos secundarios de los fármacos".

Tratamientos personalizados mediante los tests de resistencias:

El 60% de los tratamientos acaba fracasando, ya sea por causas virales (la supresión del virus es insuficiente y éste se hace resistente, o el paciente es infectado con un virus que ya había desarrollado resistencias), a causa del tratamiento (falta de adherencia, interacción con otros fármacos, insuficiente absorción del fármaco por parte del organismo) o por las características personales del paciente (su estado inmuno-



Inhibidores de Transcriptasa Inversa

lógico).

El doctor Philippe Clevenbergh, del Servicio de Infecciosas del Hospital L'Archet (Francia), explica que el éxito del tratamiento frente al virus del Sida es "lograr que la carga viral del VIH permanezca por debajo de los límites de detección y que se mantenga de esa manera, así como impedir la reproducción del VIH en nuevas células y minimizar el riesgo de que surjan variantes del mismo, enfermedades oportunistas,

infecciones, etc.”.

Para evitar los efectos secundarios, el fallo de la terapia o la falta de cumplimiento de la misma, las mejores herramientas, según los expertos, son los tests de resistencias y la monitorización exhaustiva del tratamiento. “Estas armas pueden ser útiles para la selección de un fármaco correcto y de las dosis necesarias para cada paciente. Los estudios prospectivos demuestran que los tests de resistencias y el control del tratamiento posibilitan un mejor resultado virológico y clínico sin incrementar la toxicidad y a costes razonables”, apunta

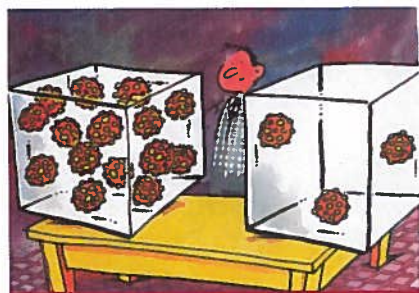


Inhibidores de Proteasa

Clevenbergh.

Adherencia y terapias de rescate:

A pesar de la eficacia de las terapias antirretrovirales que existen, un 50% de los pacientes fracasan en su tratamiento



Reducción de la carga viral



El tratamiento es específico para cada persona

ya que uno de los principales escollos con los que tropiezan los enfermos de Sida es la adherencia o cumplimiento del tratamiento, que está provocada por lo complicado de la terapia a seguir. El incumplimiento del tratamiento provoca que los niveles de medicamento estén por debajo de la replicación viral, con el consiguiente fracaso virológico y creación de resistencias. Es en este momento, en el que los esfuerzos de



La medicación debe tomarse regularmente

los especialistas y de los pacientes fallan, cuando se hacen necesarias las terapias de rescate. En este sentido, el doctor Tebas afirma que “las resistencias cruzadas entre fármacos antirretrovirales del mismo grupo son muy frecuentes, pero es posible rescatar a los pacientes con fracaso virológico. Actualmente tenemos herramientas como el genotipo o el fenotipo viral que nos ayudan a tomar decisiones terapéuticas con vis-

tas al futuro, pero las decisiones han de ser tomadas con mucha calma, para tener claro con qué armas comenzamos un tratamiento y qué alternativas hay para continuar en un futuro con tratamientos alternativos sin que fracasemos, porque conviene no olvidar que con los nuevos fármacos ha aumentado la esperanza de vida de 2 ó 3 años hasta los



Hemos encontrado el rumbo. Hay que ponerse en camino

10 años o más”.

En esta última edición del Symposium sobre VIH de Sitges también se analizó la posibilidad de erradicación del virus o el hallazgo de una nueva vacuna contra esta enfermedad. En este sentido, la eliminación del virus parecía un objetivo posible hace unos años, pero la persistencia de los reservorios latentes hacen por el momento inviable el desarrollo de una vacuna. Éste es uno de los principales objetivos que persiguen los laboratorios que estudian la posibilidad de acabar con el virus en estos reservorios latentes.

Otros temas que fueron tratados en el VI Symposium sobre VIH de Sitges fueron la posibilidad de interrumpir la profilaxis de las infecciones oportunistas, el tratamiento de la hepatitis C en pacientes infectados por VIH, la posible reconstitución inmune y las terapias inmunológicas

Existe la diferenciación de género entre hombres y mujeres. Existen enfermedades más frecuentes en la mujer que en el hombre, además tienen un pronóstico diferente y es fundamental identificar estas diferencias para poder instaurar estrategias preventivas claras. Una de las mejores herramientas para promocionar la salud en la mujer es el diagnóstico precoz y, sobre todo, la detección de factores de riesgo. Ésta es una de las conclusiones a las que llegaron los 2.000 médicos de todas las especialidades y comunidades autónomas que se reunieron en el II Encuentro Nacional de Salud y Medicina de la Mujer (SAMEM) celebrado recientemente en Madrid.

II Encuentro Nacional de Salud y Medicina de la Mujer



HOMBRES Y MUJERES NO SOMOS IGUALES

El doctor Santiago Palacios, director del Instituto Palacios de Salud y Medicina de la Mujer, afirmó que “hasta el momento, se obviaba el impacto particular que tienen algunas patologías en la mujer, se minimizaba la trascendencia de dolencias específicas del sexo femenino y se evitaba la inclusión de la mujer en los ensayos clínicos. Hasta ahora no se ha tenido en cuenta que la fisiología particular del sexo femenino, que presenta destacadas diferencias respecto al masculino, posibilita que la mujer responda de distinta forma a las enfermedades y a los tratamientos “de ahí la necesidad de adoptar una medicina integral y específica de la mujer”.

Los adelantos en la investigación médica no repercuten de igual forma en los dos sexos. De hecho es latente la preponderancia del sexo masculino en este aspecto. Cuando la misma enfermedad afecta por igual a hombres y mujeres, son muchos los investigadores que hasta ahora han ignorado las posibles diferencias entre los sexos en el diagnóstico,

síntomas, pronóstico y efectividad de los diferentes tratamientos.

Se obviaba el impacto particular que tienen algunas enfermedades en la mujer, se minimizaba la trascendencia de enfermedades específicas del sexo femenino y se evitaba la inclusión de la mujer en los ensayos clínicos por lo que se aprobaban fármacos y estrategias terapéuticas que tan sólo habían confirmado su eficacia en hombres, considerando que los beneficios serían similares en las mujeres. Pero esto no siempre es así.

El doctor Palacios propone la creación en España de la Oficina de la Salud de la Mujer Española (OSME) para incrementar el número de estudios relacionados

con las enfermedades que afectan en mayor medida o tienen más graves repercusiones en la mujer, o que implican diferentes factores de riesgo.

Otra de las conclusiones fundamentales de este II Encuentro Nacional de Salud y Medicina en la Mujer fue el papel fundamental que juega la prevención en la mejora de la calidad de vida de las mujeres. El doctor Santiago Palacios reconoció que dado que el verdadero motor de la prevención es el personal de enfermería, integrado por los Auxiliares de Enfermería y los diplomados, estos profesionales tienen un papel de suma relevancia en la salud de la mujer.



ÚLTIMAS NOVEDADES EN EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN

El riñón es uno de los órganos más afectados por las consecuencias de la hipertensión, tal y como demuestran los estudios epidemiológicos realizados en los últimos años. Por este motivo, el Servicio de Nefrología del Hospital General Universitario Gregorio Marañón organizó la II Reunión Internacional sobre Hipertensión y Riñón, encuentro en el que más de 600 expertos resaltaron la necesidad de reducir los niveles de presión arterial alta para disminuir la prevalencia de complicaciones cardiovasculares y renales.

Se estima que actualmente en España hay más de 3 millones de personas que padecen hipertensión, enfermedad que origina un coste anual superior a los 200.000 millones de pesetas en nuestro país. Con la edad aumenta su incidencia, de modo que se calcula que mientras que aproximadamente el 30% de la población española adulta es hipertensa, a partir de los 65 años afecta a más del 60%.

El control de la hipertensión es fundamental a la hora de prevenir enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, vasculo-



De izquierda a derecha, los doctores José Luño, director de la Segunda Reunión Internacional Hipertensión y Riñón; Fernando Valderrábano, jefe del Servicio de Nefrología del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid; y José María Campistol de la Unidad de Trasplante del Hospital Clínic i Provincial de Barcelona, durante la rueda de prensa que, en el marco de esta reunión, se celebró recientemente en Madrid para presentar el estudio Papel del TGF-Beta en la progresión de la nefropatía crónica del trasplante renal. Efecto del bloqueo AIIA.

renales e insuficiencia cardíaca y a pesar de esto sólo el 15% de los pacientes hipertensos están bien controlados, según los resultados de un reciente estudio realizado en nuestro país. En este sentido, Francisco Valderrábano, jefe del Servicio de Nefrología del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid, explicó que “la hipertensión es una enfermedad que no muestra unos síntomas claros, pero es bastante seria y debe tratarse y vigilarse adecuadamente.

Tenemos que detectar a todos los pacientes hipertensos y controlarles la tensión antes de que aparezca la enfermedad renal o daños cardiovasculares, utilizando fármacos con efecto renoprotector o protectores de la hipertensión, así como realizar un abordaje profiláctico con

el fin de que no se pierdan riñones tras los trasplantes que se realizan”.

Para José María Campistol, de la Unidad de Trasplante Renal del Hospital Clínic i Provincial de Barcelona, “una de las principales causas del fracaso terapéutico es la falta de seguimiento en los tratamientos o el abandono de éstos debido a los efectos secundarios, entre los que destacan la tos, los edemas periféricos o la fatiga”.

En otro orden de cosas, los especialistas recomendaron para el adecuado control de la presión arterial, junto a la administración del tratamiento farmacológico, el seguimiento de unas pautas como la dieta baja en sal, dejar de fumar, evitar el estrés, practicar regularmente ejercicio físico, controlar el peso y reducir el consumo de alcohol.



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

Y EL NIÑO

**M^a José Tello
Carmona**

**Auxiliar de Enfermería
del Hospital Materno Infantil.
Málaga**

ONCOLÓGICO

Para quien no conozca este tipo de patología en el área pediátrica y para aclarar nuestra labor, intentaremos dar unos perfiles a grandes rasgos sobre las alteraciones psicológicas que se suman a las somáticas de estos niños y de sus familias, ya desde que son hospitalizados.

Ante todo debemos clasificar a los niños por diferentes edades, pues cada etapa necesita un tipo de cuidado diferente y, por supuesto, una actitud diferente del profesional de enfermería que lo cuida.

PRIMERA ETAPA

**Desde los 0
a los 2 años**

Aquí el niño es dependiente de la relación madre-hijo como base primordial, y el Auxiliar

de Enfermería, dentro del medio hospitalario, intenta complementar y ayudar a la familia, aportándole en la medida de lo posible, la comodidad del entorno, aseo, alimentación, el afecto y la ternura que la mayoría de las veces despiertan los niños con su corta edad.

Es una etapa en la que, curiosamente, el niño presenta períodos, en la que dejas de ver su enfermedad, ya que cuando sonrío, su sonrisa en estado relajado carece de miedos y de ansiedad, sólo lo ves como un bebé, aunque en este caso aún más frágil.

SEGUNDA ETAPA

**Desde los 2
a los 6 años**

El niño se descubre por su capacidad de ver algo de la realidad exterior, de poder pensar y de poder comunicarse.

Descubre el mundo a través del juego, de la expresión corporal, y todo en él es nuevo y maravilloso.

Su situación de enfermo es algo difícilmente explicable para el adulto que convive con él. Su actividad se ve limitada por paredes, por un sistema de sueros que le ata a una máquina y por su propio malestar físico.

Su investigación del medio y su hiperactividad son restringidas a unos cuantos metros cuadrados, es un niño que en estado saludable veríamos correr por el parque, tocar y reconocer cuantos objetos nuevos se ponen a su paso y alborotar en todas direcciones.

Aquí el personal que le atiende se encuentra ante la barrera de su corta capacidad de comprensión pues pasamos de amigos a enemigos en sólo unos momentos, ya que es difícil explicar que quien minutos antes bromeaba o jugaba con él, ahora esté causándole un daño físico, como puede ser una extracción sanguínea, donde unos cuantos adultos le sujetan, le asustan y le dañan. Es un hilo sutil el que tienes que coser día a día para ganarte su confianza, para que algo tan simple como el color del uniforme no sea la bandera del contrario, y eso se consigue con paciencia, motivándole con juegos, ofreciéndole material para distraerlo y apoyando a la familia. A veces un paso

adelante y dos hacia atrás, otras recibimos la grata recompensa de su confianza.

TERCERA ETAPA

**Desde los 6
a los 12 años**

El niño ya sustituye su mundo interior y tiende a agruparse, pasando a disminuir su egocentrismo. Tiene una conciencia social, está escolarizado y sus juegos ya no son individualistas.

La hospitalización provoca un caos en todo su entorno; la crisis familiar que desencadena su grave enfermedad ya no es ajena a sus problemas, los de más edad sufren la depresión que subyace en torno a su persona y normalmente se sienten muy desamparados lejos de su grupo de amigos. Pierden el apetito y la motivación de asociarse con el personal que los cuida o con la propia familia, dan el aspecto de niños tristes, de niños superprotegidos que tiranizan a todos los adultos que les rodean. Utilizan sus miedos como un arma y no saben muy bien hacia dónde apuntan, pero comprenden pronto que consiguen el capricho que antes no obtenían. Tienen días difíciles en los que el acercamiento del personal de enfermería se hace frustrante y otros en los que se identifican con ellos y hasta los sustituyen en cierta medida por sus verdaderos amigos. Reconocen a todo el personal y crean sus propios gustos y criterios sobre cómo se sienten atendidos, aunque esto dependa siempre de la simpatía personal que a cada uno le motive. Los medios visuales como el video, la televisión, los videojuegos...

son los que más le ayudan a pasar las horas eternas de reclusión.

Nuestro apoyo profesional ya no sólo depende del aseo o de la comodidad del hábitat, sino de una sonrisa oportuna, de una frase de aliento o de una cargada que distienda el ambiente opresivo que le circunda.

Terminamos aprendiendo a ser flexibles con sus rabietas, tolerantes con sus cambios de humor y procuramos entreteñerlos y comprenderlos.

CUARTA ETAPA

**A partir
de los 12 años**

Esta etapa se caracteriza por una maduración social del niño, va adquiriendo progresivamente el sentido de la responsabilidad. En este estadio el niño va a consolidar su futura personalidad de adulto. La escuela representa su desubrimiento más próximo de la sociedad que le rodea y sus amigos son elegidos y seleccionados por sus propios criterios y gustos personales.

El personal de enfermería se enfrenta a un niño adulto con un carácter definido y con unos valores aún inmaduros pero claros para su incipiente personalidad.

El niño se pregunta sobre su enfermedad, sobre las pruebas a las que le someten y siente más que los de etapas anteriores su aislamiento. Es consciente de sus cambios físicos, delgadez, pérdida del pelo, etc., como consecuencia de su tratamiento. Empieza a plantearse preguntas sobre su enfermedad, que le asustan, y algo muy importante es que tiene conciencia de la muerte, a veces te dice que va a

morir o te pregunta si se va a curar.

Nos enfrentamos ante un niño-adulto deprimido, intolerante a veces con familiares y personal, que entra en un aislamiento de silencio o una fase de agresividad ante todo y todos.

Nuestra ayuda consiste en vencer o al menos intentar disminuir su aislamiento, apoyándole con material que le distraiga (vídeos, televisión, libros, puzzles, etc.), intentando que se relacione con los demás, hablando o fomentando que se reúna con otros niños, ofreciéndole nuestro apoyo, razonando y quitando importancia a la mayoría de sus respuestas en estado de agresividad, con lo que a veces conseguimos, si no su amistad directa, sí un respeto y una confianza que disminuye su ansiedad.

CONCLUSIÓN

En definitiva, mi conclusión es que sea cual sea la edad del niño, nuestro papel no concluye aquí, va más allá. Somos un eslabón entre ellos y la familia.

Desde mi propia experiencia personal los familiares de un niño de este tipo se convierten a su vez en pacientes, pasando por diferentes fases, que van desde que son informados por el médico hasta los últimos estadios de la enfermedad.

Nos encontramos ante la situación de tener que comprenderlos, que paliar y mitigar el dolor que sufren. Los vemos enfrentarse a nosotros en algunos casos, casi haciéndonos culpables de sus miedos. Tenemos que ser fuertes y mantenernos al

margen de su actitud sin juzgarles, puesto que debemos permanecer serenos y "fríos" para no entrar en la mecánica de sus reacciones sin sentirnos heridos como personas. Los vemos desmoronarse y perder el norte y la propia perspectiva de sus vidas, que por otra parte suelen ir bastante a la deriva en estos casos, pues toda la familia se implica en mayor o menor medida, tanto emotiva como circunstancialmente.

Pasamos a tener que ser su apoyo moral, a intentar levantarlos en la medida de nuestras posibilidades, a procurar que no se sientan desamparados y que el hospital sea un refugio y no una cárcel.

Pero también, después de una fase inicial de agresividad en la que no logran admitir la realidad, los vemos y ellos nos ven a nosotros como amigos, confían en nosotros, nos piden opinión, desahogan su emotividad con el personal y se crea un fuerte lazo que nos une durante todo el proceso de sus hijos. No siempre es así, y algunos no pasan del estadio donde nos ven como casi el enemigo, pero es algo que aprendemos a asumir sin contrariedad, puesto que, ante todo, no podemos perder nuestra personalidad.

Aunque, en verdad, hay que decir que el personal de enfermería no se sustrae ante la convivencia diaria con el niño y su familia. Son meses de tratamiento, de roces y de cariño, son niños a los que llamamos por su nombre, no son la gastroenteritis o la apendicitis, no son el 225-cama 1 o el 228-cama 3, son Juan o Pepe, son el papá y la mamá de Juan, son los enfermos que más te compensan, porque son todos los días también el gran milagro de la vida y cuando entre todos los vemos

un día más aferrados a la supervivencia, sentimos que ponemos un grano de arena en la balanza de la esperanza.

Sólo puedo añadir que, si en algún momento un niño dejó de tener miedo porque lo arropé, lo escuché o jugué un rato con él; una madre lloró y se desahogó en mi presencia; un padre pudo gritar y luchar contra sus miedos sin que yo perdiera mis propios esquemas de situación; una abuela se sintió tranquila con nuestros ánimos, puedo asegurar que Dios y el destino han puesto en nuestras manos la profesión más hermosa del mundo, la que nos permite ayudar a otro ser humano, ganándonos el sustento día a día.

Y aprovecho para reivindicar mi profesión de Auxiliar de Enfermería, pues aunque nuestra labor no está llena de grandes logros científicos, de grandes reconocimientos mundanos, no sólo somos los que lavan, mantienen el orden de una cama de hospital o reparten una comida al enfermo. Somos el oído que escucha al que se lamenta, los pies que apoyan el caminar del que no se sostiene, las manos que ayudan a comer al que no puede y, sobre todo, el corazón que sabe comprender el sufrimiento humano.

BIBLIOGRAFÍA

—Anthony E. J. y Koupernik, C.: "L'enfant devant la maladie et la mort", en *L'enfant dans sas famille*, Ed. Masson. París 1974.

—AA.VV.: *Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente*, tomo V Biblioteca Nueva, Madrid, 1988.

EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN UNA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA

Atención a la necesidad de higiene

M. Chueca, L. Crespo, E. García, A. Garde, E. Marmol

Auxiliares de Enfermería

Unidad de Hospitalización Psiquiátrica

Hospital Virgen del Camino. Pamplona

El trabajo que hemos realizado se basa en una de las tareas primordiales del Auxiliar de Enfermería, como es la necesidades de higiene; centrándonos principalmente en las 6ª y 8ª necesidades descritas por Virginia Henderson. La metodología ha estado basada en la recogida de datos clínicos a 78 pacientes durante los 7 primeros días de estancia hospitalaria tras su ingreso; basándonos en determinadas variables. El objetivo principal es dimensionar el grado de dependencia-independencia del paciente psiquiátrico en la fase aguda de su enfermedad.

INTRODUCCIÓN

Desde hace algunos años, con el desarrollo de la Formación Profesional en España, se han ido incorporando diversos trabajadores al campo de la salud.

En la actualidad, creemos que es necesario establecer el campo de competencia de los distintos grupos de trabajadores que, de alguna manera, nos ocupamos de la atención directa a los enfermos desde los diferentes niveles asistenciales.

Como Auxiliares de Enfermería, en el área de hospitalización de salud mental, hemos querido analizar el rol y la naturaleza de nuestras intervenciones partiendo de un modelo conceptual y, revisando la bibliografía, hemos optado por el de Virginia Henderson.

Para Virginia Henderson, el individuo sano o enfermo es un todo completo que presenta catorce necesidades fundamentales de orden bio-psicosocial, y señala que el rol fundamental del cuidador consiste en “ayudar al individuo a conservar o recuperar la salud para que

pueda cumplir las tareas que realizaría él solo si tuviera la fuerza, la voluntad y los conocimientos deseados, y cumplir con sus funciones, de forma que le ayudemos a conseguir su independencia lo más pronto posible”.

Hemos centrado el trabajo que presentamos en la 6ª y 8ª necesidad enunciadas por Virginia Henderson, es decir, en la necesidad del individuo de “vestirse y desvestirse” y en la de “estar limpio, aseado y proteger la integridad de su piel y tejidos”.

OBJETIVOS

1. Averiguar la capacidad física de nuestros pacientes para:

- Vestirse y desvestirse.
- Mantener su ropa limpia y ordenada.
- Adecuar el uso de su ropa a las actividades y circunstancias de cada momento.

2. Analizar los hábitos higiénicos del enfermo a fin de planificar

con él las actividades orientadas a mantenerlos o, en los casos necesarios, enseñarle algunas medidas.

3. Dimensionar cuánto tiempo de nuestra jornada laboral hemos de dedicar a actividades relacionadas con la higiene de los pacientes.

METODOLOGÍA

A fin de valorar qué tiempo de nuestras actividades diarias debemos dedicar a ayudar a satisfacer las necesidades de higiene y de vestirse y desvestirse de los enfermos ingresados en nuestra unidad, elaboramos una parrilla de recogida de información con las siguientes variables:

- Edad.
- Sexo.
- Patología que había motivado el ingreso. Seleccionamos cuatro de las más frecuentes en nuestra unidad:
 - Esquizofrenia.
 - Depresión.
 - Trastornos Psicóticos.
 - Toxicomanías (alcohol, otras drogas).
- Higiene:
 - Independiente: si podía y realizaba por sí solo su aseo personal.
 - Necesidad de ayuda: precisaba asistencia y acompañamiento.
 - Dependencia total: teníamos que realizar el aseo nosotros.
- Importancia que da a la apariencia y la pulcritud:
 - Se ocupa de su ropa.
 - No se ocupa de su ropa.

Recogimos la información durante siete semanas a un total de 78 personas y durante los siete primeros días de su ingreso.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

1. Datos personales (TABLA 1)

El 55,1% de la muestra eran mujeres frente a un 44,9% de hombres. La edad estaba comprendida entre 11 y 80 años, siendo la edad media de 44,08 años con una desviación típica de 17,28 y un coeficiente de variación de 39,20%.

La edad de la muestra, analizada por género, se ve en la tabla siguiente:

EDAD	Hombres	Mujeres	Total
Mínima	11	18	11
Máxima	80	79	80
Media	46,72	40,83	44,08
Desviación T.	17,32	16,91	17,28
C. Variación	37,07%	41,41%	39,20%

2. Datos relacionados con la patología que motivó el ingreso (TABLA 2)

un 77,4% de nuestros pacientes son independientes para realizar su aseo personal y un

Diagnóstico	Mujeres		Hombres		Total	%
	Frec.	%	Frec.	%		
Esquizofrenia	15	42,9	13	30,2	28	35,9
Depresión	7	20	15	34,9	22	28,2
S. Psicóticos	8	22,8	14	32,6	22	28,2
Toxicomanías	5	14,3	1	2,3	6	7,7
TOTAL	35	100	43	100	78	100

3. Nivel de dependencia observado

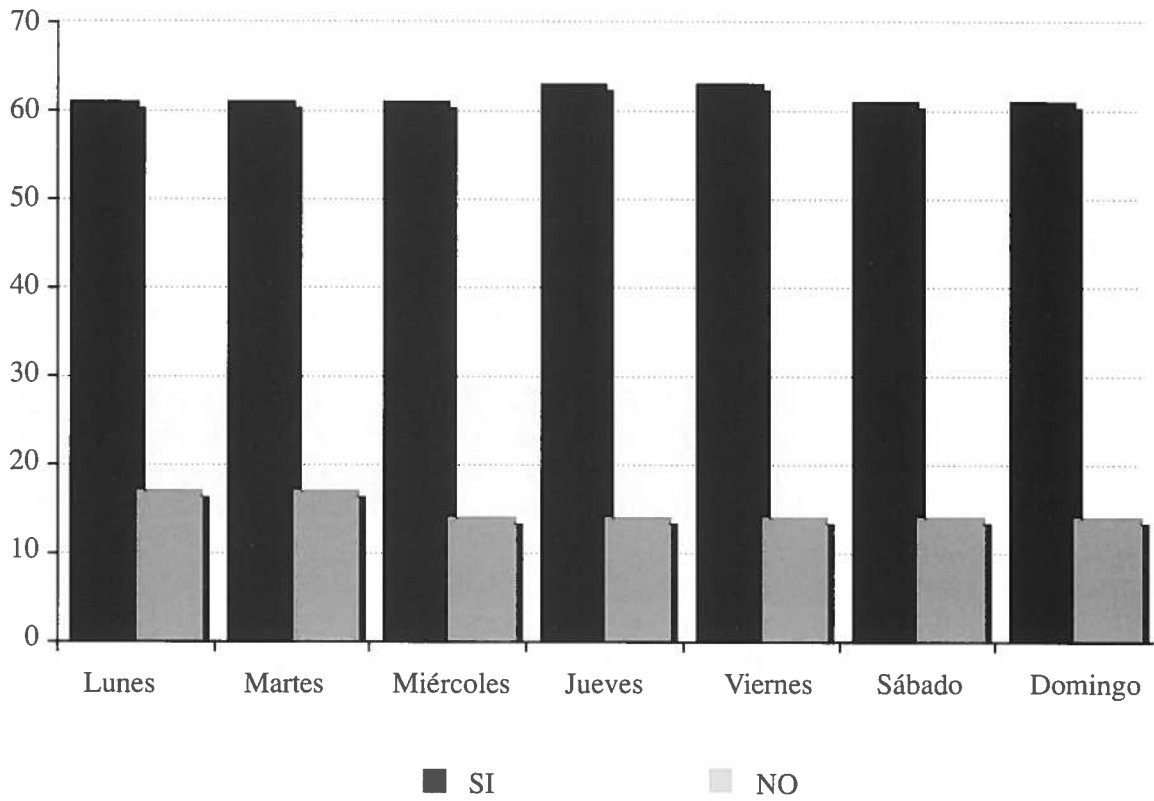
Establecimos tres niveles de "independencia-dependencia" e hicimos el seguimiento durante una semana a los 78 pacientes, si bien uno de ellos fue dado de alta en jueves y tres en viernes,

80,9% se ocupan de su ropa según muestran las tablas siguientes (3 y 4).

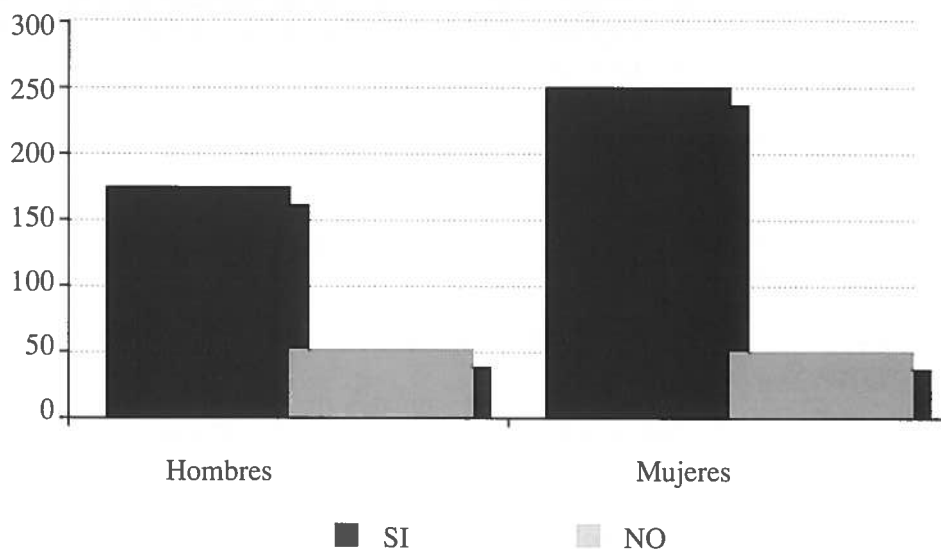
Cuando analizamos las observaciones por género, encontramos que las mujeres precisan, en general, más ayuda para realizar su aseo personal, un 23,75% de

CUIDADO DE SU VESTIMENTA

CUIDADO DE SU ROPA

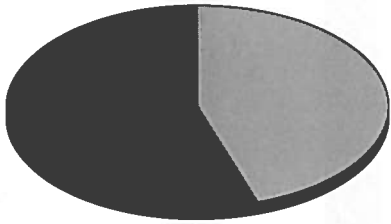


CUIDADO DE SU ROPA SEGÚN GÉNERO



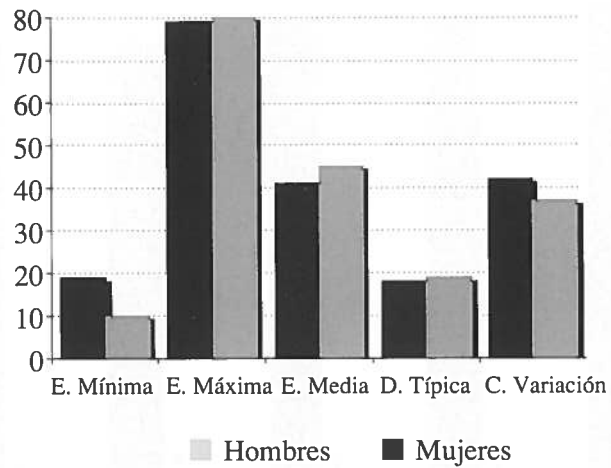
CARÁCTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

GÉNERO

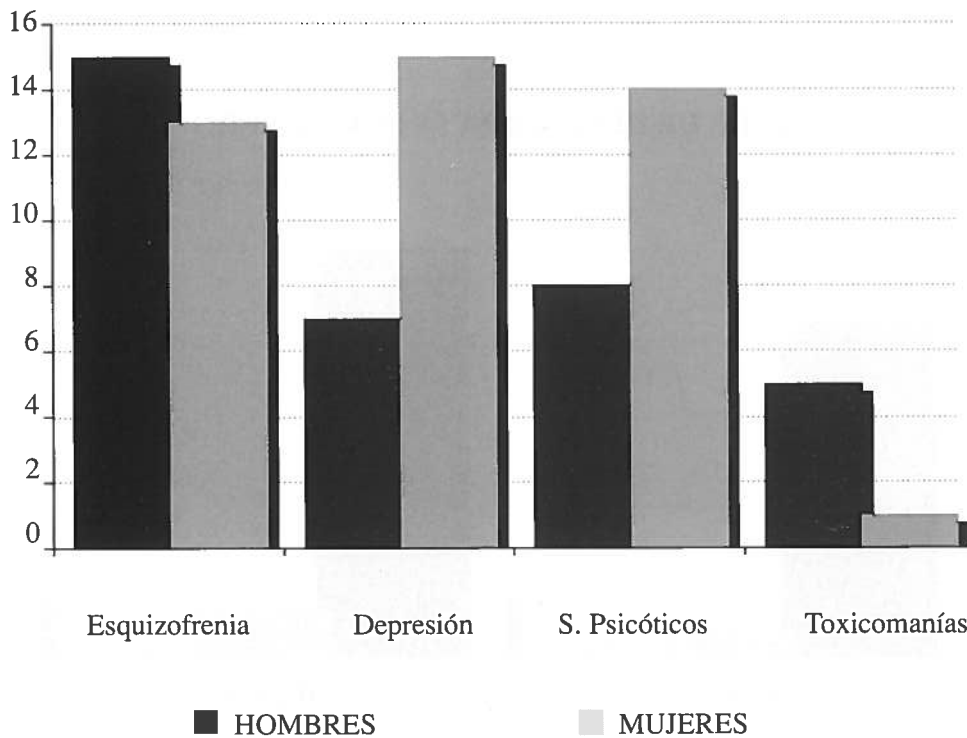


■ Mujer 55%
■ Hombre 45%

EDAD

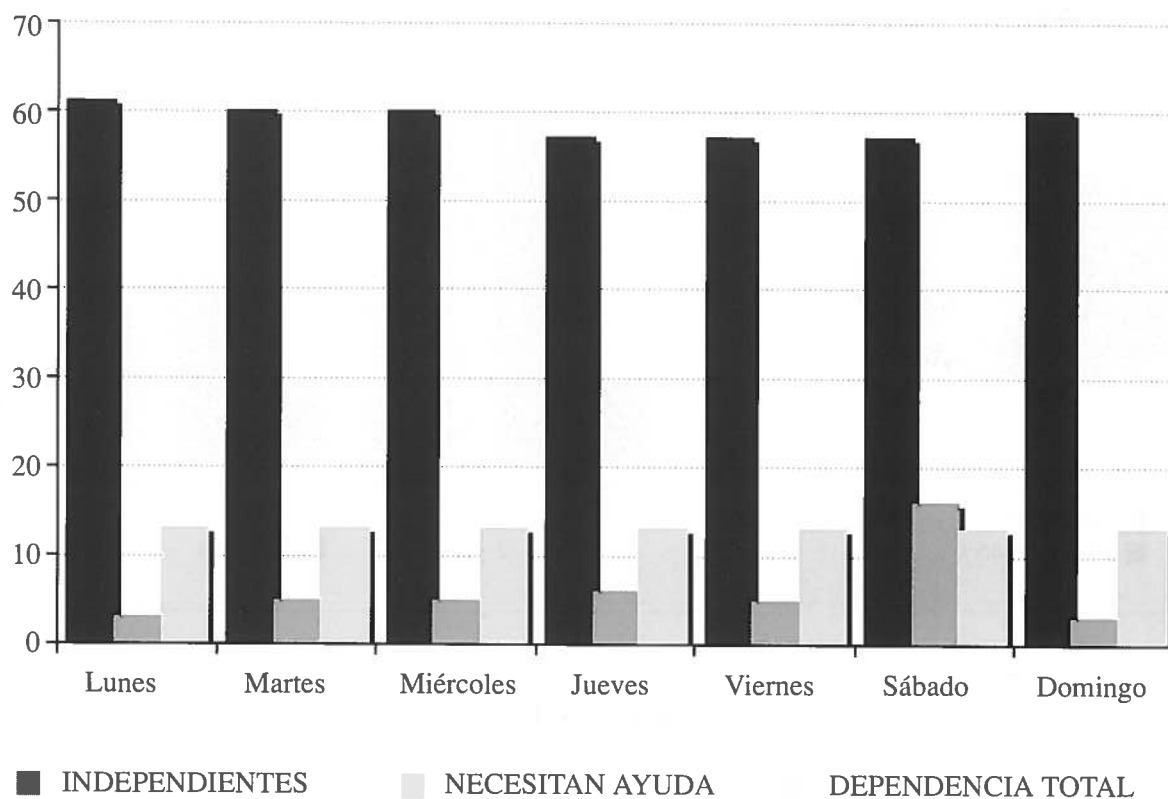


PATOLOGÍA



NECESIDAD DE HIGIENE

NIVEL DE DEPENDENCIA



NIVEL DE DEPENDENCIA POR GÉNERO

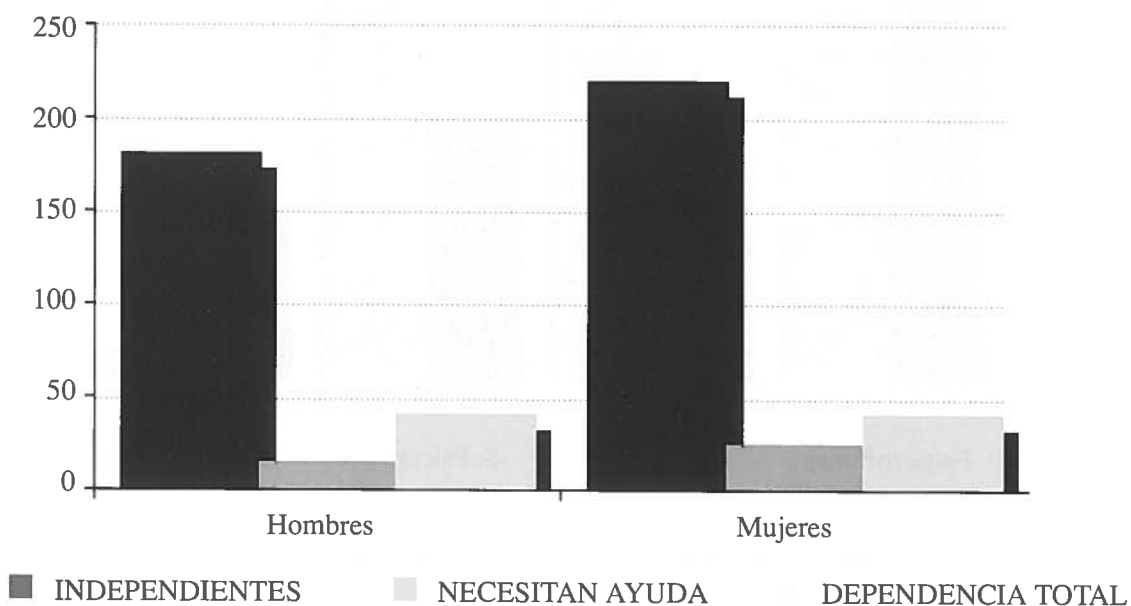


TABLA 3. NUMERO DE PACIENTES ATENDIDOS Y NIVEL DE DEPENDENCIA POR DIA DE LA SEMANA

Higiene	L	M	X	J	V	S	D	Total	%
Independientes	62	60	60	58	58	58	61	417	77,4
Necesitan ayuda	3	5	5	7	6	5	2	33	6,1
Dependencia total	13	13	13	13	13	12	12	89	16,5
TOTAL PACIENTES	78	78	78	78	77	75	75	539	100

mujeres frente a un 21,25% de los hombres, porcentaje que se invierte al analizar el cuidado y adecuación de su ropa, ya que un 22,9% de los hombres precisan ayuda frente a un 16,05% de las mujeres.

y la ayuda destinada a cuidar y adecuar su ropa a la actividad es de 5 minutos.

La unidad tiene una capacidad de 27 enfermos con un índice de ocupación del 99,7%, por lo que estimamos que el tiempo total

en general, más descuidados con su pulcritud y su imagen corporal.

Cuando las necesidades fundamentales de vestirse y desvestirse, estar limpio, aseado y proteger la piel y tejidos no se cubren satisfactoriamente, aparecen problemas o manifestaciones de desinterés, presencia de lesiones cutáneas y, en ocasiones, se asocian a sentimiento de culpa como consecuencia de la transgresión de creencias y valores relacionados con la imagen corporal.

El tiempo empleado por el Auxiliar de Enfermería a ayudar a satisfacer la necesidad de

Tabla 4. Cuidado y uso de su ropa

	L	M	X	J	V	S	D	Total	%
Se ocupan de su ropa	61	61	63	64	63	62	62	436	80,9
No se ocupan de su ropa	17	17	15	14	14	13	13	103	19,1
Total pacientes	78	78	78	78	77	75	75	539	100

4. Tiempo que dedica el Auxiliar de Enfermería a ayudar a satisfacer la necesidad de higiene personal y cuidado de la ropa

De los datos obtenidos en las siete semanas de observación, podemos estimar que una media de 2-3 enfermos/día no se ocupa de su ropa, 1 paciente/día precisa ayuda para realizar su aseo y 2 pacientes/día son dependientes totales en relación con su aseo personal.

La experiencia nos dice que el tiempo medio empleado por dos Auxiliares de Enfermería para realizar un aseo a un paciente con dependencia total, incluyendo la realización de la cama, es de 45 minutos; para una ayuda parcial que incluya la realización de la cama es de 15 minutos;

dedicado en el turno de mañana por cuatro Auxiliares de Enfermería, a satisfacer las necesidades de higiene de nuestros enfermos, es de una hora. Dedicándose otros dos Auxiliares de Enfermería durante una hora a supervisar la realización de aseos y camas de los enfermos independientes que, por terapia, la realizan ellos mismos.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En general, las mujeres atribuyen mayor importancia a la imagen corporal y son más pulcras en su cuidado, por lo que demandan mayor ayuda para satisfacer estas necesidades.

Los hombres valoran menos la necesidad de higiene y son,

higiene de los enfermos ingresados en una unidad de Psiquiatría, incluyendo la higiene del entorno, el material empleado en exploraciones y tratamientos, aseos pre y post comidas, etc., supone el 25% de su jornada laboral.

BIBLIOGRAFÍA

—Historia clínica de los pacientes ingresados. Unidad de Hospitalización Psiquiátrica. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

—Wesley, R.L. (1995), *Teorías y modelos de enfermería*. México: Interamericana, Mc Graw-Hill, Págs. 23-25.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD

¿Qué saben los adolescentes sobre sanidad y hábitos higiénicos?

**Ángela López
Matilde Gallego**
Auxiliares de
Enfermería. Badajoz

JUSTIFICACIÓN DEL TEMA

Al planificar y realizar esta investigación, nuestros objetivos principales son dos:

1. Dar a conocer a los profesionales de la sanidad qué enseñanzas reciben los adolescentes en los centros educativos sobre cuestiones relativas a nuestro trabajo, y reclamar para estos centros una mayor integración entre estos dos ámbitos: sanidad y educación, tan importantes para la sociedad.

La información que reciben en las aulas sobre estos temas es muy amplia, pero la eficacia didáctica podría ser mayor si se potencia la colaboración con los centros sanitarios de la zona; la experiencia de algunos sanitarios que, desde organismos como los Centros de Salud, han llevado a cabo durante los últimos años una

labor educativa en barrios y pueblos, no siempre bien entendida ni potenciada, destinada a conseguir una mejor educación sanitaria de los ciudadanos, puede ser decisiva para estas iniciativas escolares.

Esta colaboración reflejaría la que ambos ministerios tienen, pues en noviembre de 1989 firmaron un convenio de cooperación que perseguía tres objetivos: apoyar la formación de los docentes, promover experiencias en centros escolares con la colaboración del sector sanitario y elaborar materiales didácticos adecuados. Con ello se quiere conseguir que nuestros ciudadanos del futuro sepan llevar una vida saludable.

labor educativa en barrios y pueblos, no siempre bien entendida ni potenciada, destinada a conseguir una mejor educación sanitaria de los ciudadanos, puede ser decisiva para estas iniciativas escolares.

Esta colaboración reflejaría la que ambos ministerios tienen, pues en noviembre de 1989 firmaron un convenio de cooperación que perseguía tres objetivos: apoyar la formación de los docentes, promover experiencias en centros escolares con la colaboración del sector sanitario y elaborar materiales didácticos adecuados. Con ello se quiere conseguir que nuestros ciudadanos del futuro sepan llevar una vida saludable.

2. El segundo objetivo es insistir en que la medicina preventiva y los hábitos saludables son una necesidad, ya que nuestra sociedad ha generado nuevos problemas relacionados con la salud en los que interviene de

forma decisiva la prevención. El aumento de las enfermedades cardiovasculares y de ciertas formas de cáncer tiene mucho que ver con hábitos alimenticios inadecuados, con el consumo exagerado de alcohol, con el abuso del tabaco, con la vida sedentaria y con el exceso de tensiones. Así mismo, el aumento de las E.T.S. (Enfermedades de Transmisión Sexual) y, sobre todo, del SIDA (este año, España ha sido el país europeo con un mayor número de personas infectadas) se puede prevenir con una educación sexual correcta.

No hay que olvidar que la prevención ayudaría a que el elevado coste de la sanidad en España disminuyera.

Pero no sólo se trata del hecho puntal de la prevención en determinadas enfermedades, sino que es un planteamiento más general: crear hábitos de vida saludables. Si los ciudadanos creen que enferman por causas siempre externas a ellos, no cuidarán su

propia salud. Por ello, desde el presente trabajo, queremos manifestar ante los profesionales de la sanidad que el medio escolar es el lugar idóneo para cambiar esta forma de pensar, que una correcta política educativa en el tema sanitario puede conseguir que el ciudadano se responsabilice más de su salud y adopte un estilo de vida más higiénico.

LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA ESO

La educación para la salud aparece en todas las etapas educativas hasta los dieciséis años. Al ser un período de tiempo tan amplio, era necesario fijar unos límites que van a ser el segundo ciclo de la Educación Secundaria Obligatoria, es decir, la enseñanza que se corresponde con alumnos de catorce a dieciséis años.

Es esta una etapa en que, según los psicólogos, se pueden comprender las normas sociales, valorar las ventajas de llevar una vida saludable o reflexionar sobre las consecuencias negativas de atacar el propio cuerpo con sustancias tóxicas. Además, todos sabemos que es la edad en la que algunos se inician en el consumo de alcohol, tabaco e, incluso, drogas, porque es el momento de buscar nuevas experiencias, con los problemas que esta búsqueda a ciegas traerá en el futuro.

La ley actual de educación, LOGSE, plantea doce objetivos que los educadores deben conseguir de sus alumnos, entre ellos hay uno que dice así:

“Conocer y comprender los aspectos básicos del funcionamiento del propio cuerpo y de las consecuencias para la salud individual y colectiva de los actos y decisiones personales y valorar

los beneficios que suponen los hábitos del ejercicio físico, de la higiene y de una alimentación equilibrada, así como llevar una vida sana.”

Los instrumentos que se usan para conseguirlo están tan cercanos a nuestro propio trabajo que no hemos resistido la tentación de detallarlos a continuación.

¿CON QUÉ ÁREAS ESTÁ RELACIONADA LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD?

Después de explicar qué alumnos reciben las enseñanzas que vamos a detallar, pasamos a la parte central de esta exposición: ¿qué áreas transmiten estas enseñanzas? ¿qué contenidos conforman concretamente lo que llamamos educación para la salud?

TEMAS TRANSVERSALES

Todos los educadores deben trabajar, entre otros temas, con los relacionados con la salud. La LOGSE recoge, recordemos, como objetivo general de la etapa el conocimiento del cuerpo humano.

Los temas transversales son aquellos que, quizás por ser de gran importancia para los ciudadanos, no están incluidos en una sola disciplina, sino en todas.

Entre los materiales con los que cuenta cualquier profesor para los temas sanitarios mencionaremos los libros de texto, donde aparecen actividades destinadas principalmente a conseguir una actitud positiva hacia los hábitos de vida saludables. Pero, sobre todo, cuenta con el material didáctico que los organismos oficiales proporcionan a los centros educativos, entre los que destacaremos

dos: *Tabaquismo y alcoholismo: un problema social* del Ministerio de Educación y Ciencia y del de Sanidad y Consumo, y *SIDA* de la Consejería de Bienestar Social de la Junta de Extremadura.

La guía didáctica sobre el SIDA está a disposición de cualquier profesor del centro y consiste en un gran número de actividades que se refieren tanto a la prevención y medidas higiénicas, como al aspecto social de esta enfermedad. En las actividades se insiste en cuáles son las vías de contagio de la enfermedad para rechazar miedos injustificados e informar sobre medidas preventivas adecuadas, así como conseguir de los alumnos una actitud positiva de aceptación hacia los afectados por dicha enfermedad.

Tabaquismo y alcoholismo: un problema social trata de informar y alertar a los jóvenes acerca de los peligros que para la salud se derivan del alcohol y del tabaco. Esta guía contiene distintas unidades didácticas (temas) que se pueden usar en cuatro áreas (asignaturas) del programa de la ESO. Estas unidades o temas se basan, primero, en informarse sobre qué es el tabaco y qué son las bebidas alcohólicas, para comprender qué sustancias tóxicas contienen, la adicción que provocan y cómo afectan al organismo.

Analizar, en segundo lugar, cuáles son las causas, tanto sociales como personales, que llevan a su consumo, para entender otros efectos perniciosos en el consumidor, ya no físicos, sino cómo afectan a su papel en la sociedad.

Por último, elaborar posibles respuestas y alternativas a este consumo pernicioso, alternativas basadas principalmente en promover la práctica del deporte y las actividades al aire libre.

ÁREA DE CIENCIAS NATURALES

En la programación del área de Ciencias Naturales aparece este objetivo: los alumnos deben conseguir utilizar sus conocimientos sobre el funcionamiento del cuerpo humano para desarrollar y afianzar hábitos de cuidado y salud corporal que propicien un clima individual y social sano y saludable.

Los contenidos que se refieren al objetivo anterior aparecen agrupados en un conjunto de cuatro temas que se engloban bajo el título de "El funcionamiento del cuerpo humano": la nutrición y la salud de las personas, la comunicación con el exterior, la reproducción humana y la transmisión de la vida. Hay que advertir, antes de nada, que no son temas estancos, pues es evidente que los cuatro forman parte, como hemos dicho, de un tema superior y por ello también los contenidos y las prácticas de un tema tienen relación con los de otro.

En el tema sobre nutrición, el alumno aprende la diferencia entre nutriente y alimento. Conoce cuáles son, en qué medida repercuten en nuestro organismo y qué función cumplen dentro de él.

Conocen además el aparato digestivo, el respiratorio y el circulatorio, con los órganos que los forman, así como la sangre y sus componentes.

En el tema sobre la comunicación, la información se reparte entre los órganos receptores (vista y oído), el sistema nervioso y los órganos efectores.

El tema de la reproducción humana estudia los sistemas reproductores masculino y femenino (órganos y hormonas).

En el último tema, estudian la gestación, técnicas de reproducción

asistida y regulación de la fertilidad humana.

Ahora bien, vamos a lo que nos interesa: ¿dónde entran en todos estos contenidos la enfermedad y su prevención? Para explicarlo haremos a su vez cinco apartados: nutrición y digestión, aparato respiratorio, aparato circulatorio, sistema nervioso y enfermedades de transmisión sexual.

En todos ellos se observa, como tónica general, que después de que el alumno conoce esa parte de su cuerpo, sepa cómo y por qué enferma, qué sustancias y hábitos pueden afectarla y en qué medida y cómo se puede evitar.

Nutrición y digestión

Con los contenidos de este tema, los alumnos deben saber elaborar dietas equilibradas, no sólo para conseguir un buen desarrollo físico y psíquico, sino también como medida preventiva de enfermedades. Para ello, como dijimos anteriormente, se les explica cuáles son los nutrientes básicos y necesarios para la salud, con tablas donde figuran las cantidades recomendadas diariamente de cada uno y los alimentos que los contienen.

Otra práctica que realizan es la comparación de estas dietas equilibradas con la suya propia, para que así puedan analizar cómo es su alimentación, si es completa o carece de algún nutriente.

Aprenden con los contenidos la importancia de una correcta higiene bucal, desde cómo se desarrolla la dentición hasta cómo se producen las caries y cuáles son los alimentos especialmente peligrosos para los dientes.

Las prácticas en el tema de la nutrición terminan con un ejercicio

de reflexión sobre tres trastornos de la alimentación: bulimia, anorexia y obesidad. Deben informarse sobre las causas y los efectos de estas enfermedades.

Aparato respiratorio

Las prácticas de este tema están dedicadas casi en su totalidad a erradicar el tabaquismo en los alumnos y se pueden agrupar en dos apartados: en el primero, se reflexiona sobre el punto de vista social del consumo del tabaco. Para ello se proporciona al alumno datos de los organismos oficiales referidos al número de fumadores, distribuidos por sexos y edades, al número de cajetillas diarias que se consumen, a cuánto se puede reducir la vida de un fumador por este consumo, etc. Se habla con ellos del negocio del tabaco, se le explica qué impuestos ingresa el estado por ello, cuáles son los principales países productores, etc. Toda esta información para poder reflexionar acerca de temas como la legalización de las drogas y, sobre todo, analizar el hecho de empezar a fumar, para poder destruir los mitos que circulan en torno a este vicio.

El segundo apartado se basa en lo estrictamente sanitario, entre los contenidos del tema están las sustancias nocivas que contiene el tabaco, relacionadas con las enfermedades que originan en el organismo. Por último, los alumnos deben explicar cómo afecta el consumo de tabaco en las prácticas deportivas.

Aparato circulatorio

En este tema se vuelve a hablar del tabaquismo, aunque en este caso asociado a otros factores que favorecen las enfermedades cardíacas, como alimentos con exceso de colesterol (explicando

cómo este lípido puede producir arteriosclerosis) o con exceso de grasa que puede favorecer la hipertensión.

En contra de ello deben expresarse con claridad qué hábitos son, sin embargo, adecuados para prevenir estas enfermedades. El profesor incide como medida positiva en la práctica moderada y habitual de algún deporte, ya que los alumnos se encargan de expresar como causas lo contrario de los que explicamos en el primer párrafo, pues es lo que aprenden en los contenidos.

Sistema nervioso

En este tema el profesor insiste en el efecto que sobre el organismo tienen el alcohol y las drogas, y decimos insiste porque los alumnos, muchas veces, no son conscientes de esta relación directa entre la degradación del sistema nervioso y el consumo de estas sustancias.

Las prácticas se dirigen principalmente a la observación, para llegar a deducir cómo el alcohol, absorbido en pocos minutos, afecta al cerebro y los centros nerviosos que controlan el habla, la visión, el equilibrio, etc.

Es difícil conseguir que pasen de entender la borrachera como una situación divertida a ver fríamente que esta situación puede desembocar en la pérdida de la consciencia e, incluso, en la muerte.

El alcohol se asocia también a enfermedades cardíacas, a algunos tipos de cáncer y, principalmente, a dolencias que afectan al hígado.

Las prácticas, igual que ocurrió con el tabaco, terminan con una reflexión, por escrito o en forma de debate, sobre el papel social del alcohólico, la "necesidad" del alcohol en sus fiestas, su relación con el "ser adulto":

es ésta una tarea casi titánica, consistente en cambiar actitudes, en cambiar una escala de valores, la de algunos adolescentes que asocian el consumo de tabaco y de alcohol con una falsa madurez.

En la actualidad, en muchos sectores se piensa que el de las drogodependencias es el problema sanitario evitable más importante que existe en nuestro país.

La práctica referida a las drogas se basa en una puesta en común en la que se aportan razones para decir "no" a las drogas. Sin rechazar ninguna propuesta, se recogerán en un trabajo común aquellas que aluden a los motivos más variados, de modo que observen que las drogas no afectan sólo al cuerpo, sino también a la familia, a la sociedad, a su relación con enfermedades como el SIDA.

Asimismo, se hablará de qué puede llevar a una persona al consumo de drogas, alcohol, tabaco, etc. Se expondrán y recogerán situaciones en las que el alumno, ante una hipotética presión del entorno, rechace el consumo.

Enfermedades de transmisión sexual

Hasta ahora hemos visto que el estudio de enfermedades se desarrollaba, sobre todo, en el plano práctico, aunque aparecía en los contenidos cuestiones como nutrientes básicos o sustancias nocivas del tabaco. En el caso de las ETS, los contenidos tienen gran importancia: los agentes responsables de estas infecciones, estudio pormenorizado de cómo afecta el virus a la célula en el caso del SIDA, transmisión, síntomas y tratamientos forman parte de estos contenidos.

Aunque la ETS más preocupante es el SIDA, se mencionan otras que han permanecido hasta

ahora en sectores sociales muy concretos y desde luego no eran objeto de estudio por parte de los adolescentes.

La aparición del SIDA, hace ya casi dos décadas, y su rápida expansión, así como los nuevos casos de infección a pesar de las campañas de prevención, hace que estudiar esta enfermedad y sus formas de transmisión y, por tanto, de prevención sea objetivo prioritario en los centros de enseñanza.

Para terminar este bloque, llamamos la atención sobre el hecho de que se hace especial hincapié en aquellos problemas sanitarios que por una razón u otra conciernen al adolescente, bien porque sea la edad en la que muchos se acercan al consumo de sustancias tóxicas, bien porque es el momento para que inicien hábitos saludables o bien porque inician ahora sus primeras experiencias sexuales.

ÁREA DE EDUCACIÓN FÍSICA

Los objetivos del área de Educación que se refieren a la salud son los siguientes:

- Conocer y valorar los efectos que tiene la práctica habitual y sistemática de actividades físicas en su desarrollo personal y en la mejora de las condiciones de calidad de vida y de salud.
- Ser consecuente con el conocimiento del cuerpo y sus necesidades, adoptando una actitud crítica ante las prácticas que tienen efectos negativos para la salud individual y colectiva, con respeto al medio ambiente y favoreciendo su conservación.

La sociedad actual es consciente de la necesidad de incorporar a la cultura y a la educación aquellos

conocimientos que, relacionados con el ejercicio físico, contribuyen al desarrollo personal y a una mejor calidad de vida. Existe, por otra parte, una demanda social en el cuidado del cuerpo y de la salud y en la mejora de la imagen corporal y la forma física y de la utilización del tiempo de ocio de forma positiva mediante la práctica de actividades deportivas al aire libre.

En lo que concierne a este trabajo, veremos la práctica del ejercicio físico con una función higiénica, relacionada con la conservación y mejora de la salud y el estado físico, así como en la prevención de determinadas enfermedades.

Se deben exponer, ante todo, los factores que inciden en la condición física y en el nivel de desarrollo físico que se puede alcanzar, para que los alumnos tomen conciencia de su propia imagen corporal, de sus límites y capacidades. Estos factores pueden ser de muy diverso signo, desde el desarrollo evolutivo de la persona, el sexo y determinados estados emocionales hasta hábitos tanto positivos (práctica habitual de algún deporte) como negativos (alcohol, tabaco, etc.).

Asimismo, el alumno debe conocer cuáles son los efectos de la actividad física sobre el organismo y la salud, con sus beneficios y riesgos, para que llegue a valorar la práctica habitual del deporte como un medio para mejorar físicamente, tener buena salud y una calidad de vida aceptable en un nivel individual, pero también social, pues es una forma de desarrollar las relaciones sociales.

Los beneficios y riesgos de la práctica deportiva se desarrollan a través de cuatro bloques de contenido: fuerza, resistencia, amplitud de movimientos y velocidad.

Con respecto a la resistencia física, se recomienda no correr con plásticos, al tiempo que se explica cómo realizar un ejercicio para eliminar la grasa que sobra.

Se les explica que hay que distinguir entre el ejercicio aeróbico, frecuente y continuado, como ejercicio saludable para el corazón, y el anaeróbico, que requiere una elevación de la presión sanguínea con los riesgos que puede ocasionar esto. El alumno aprende a tomar pulsaciones para advertir los cambios que se producen.

En cuanto a la fuerza, se incide en la forma de coger peso para evitar la hernia de disco, así como los hábitos que debemos eliminar y potenciar para evitar el riesgo de hiperlordosis, evitar hábitos como usar tacones altos y potenciar otros como hacer abdominales con rodillas flexionadas y pies sueltos.

En la amplitud de movimientos o flexibilidad, se incide en su importancia para prevenir lesiones, como medio para controlar el tono postural y así evitar dolores de espalda. Se insiste en que la flexibilidad mejora nuestra calidad de vida, reflexionando sobre casos como los de aquellas personas que no pueden peinarse por falta de movilidad en la articulación del hombro.

ENSEÑANZAS Y ACTIVIDADES TÉCNICAS Y PROFESIONALES

Los alumnos del segundo ciclo de la ESO pueden cursar además una asignatura optativa sobre la alimentación y la nutrición.

Sus contenidos relacionan una buena alimentación y una vida saludable y enseñan al alumno a orientarse en un mercado amplio, donde la publicidad y la imagen

tienen a veces un papel contradictorio y crean confusión en los consumidores. En definitiva, se les enseña a distinguir cuáles son los alimentos que más beneficios pueden aportarnos.

Destacamos la importancia que se da en esta asignatura a la alimentación como causa directa del buen funcionamiento del cuerpo, insistiendo en el hecho de que alimentarse deficientemente facilita el desarrollo de enfermedades y agrava la evolución de casi todas ellas. Aunque se mencionan enfermedades provocadas por una nutrición deficiente, como el escorbuto, el raquitismo y otras, se da especial relevancia a cuadros más leves como el cansancio o la apatía, porque son problemas que afectan directamente a los alumnos y en buena medida tienen su causa en una alimentación deficiente, escasa o poco equilibrada.

Las prácticas, como hemos indicado, se orientan en dos direcciones:

- A informar al alumno sobre los alimentos que se ofrecen en el mercado: aprenden los distintos tipos de conservación de los alimentos, cuáles son sus ventajas e inconvenientes, las mejores épocas para adquirir determinados productos; en cuanto a los alimentos perecederos, distinguen su frescura, tanto en carnes y pescados, como en vegetales y frutas. En cuanto a los alimentos envasados, se insiste principalmente en que deben aprender a leer las etiquetas, para ver su composición, sobre todo en lo que se refiere a conservantes, aromas, potenciadores del sabor, etc. Se hace un capítulo especial de estudio y reflexión sobre los alimentos bajos en calorías.

• A elaborar sus propias dietas: a partir del conocimiento de los nutrientes básicos para el organismo y los alimentos donde se encuentran, se les enseña a elaborar dietas equilibradas y adecuadas a sus necesidades personales. Así como a crear hábitos saludables e higiénicos en su alimentación.

CONCLUSIÓN

Además de todo lo expuesto, debemos constatar que hay otros medios de educar al ciudadano: programas de divulgación para mejorar los hábitos saludables de vida y para prevenir enfermedades. Esta divulgación se hace a través de los medios de comunicación y a través de los Centros de Salud, con carteles, folletos explicativos, etc., e incluso en campañas que los profesionales sanitarios llevan a cabo por centros escolares, asociaciones de vecinos, centros para la tercera edad, etc.

Necesitábamos hacer esta precisión para llegar a una conclusión: la sociedad española actual debería estar muy bien informada y, sin embargo, todos los problemas sanitarios expuestos en este trabajo siguen vigentes entre nosotros y da la impresión de que cada vez más. Un número elevado de adolescentes siguen iniciándose en el consumo de alcohol y tabaco, la noticia de algún coma etílico llega a las páginas de los periódicos sorprendiéndonos ante el hecho de que, a pesar de las prohibiciones legales al respecto, pueden conseguir alcohol muchachos que no han alcanzado la mayoría de edad. En un centro escolar de una población pequeña, como es el lugar donde hemos trabajado, se constatan desarreglos en la

nutrición que originan largas terapias en centros sanitarios. Pero no hace falta llegar a esto, porque lo que sí es llamativo es que la mayoría de los alumnos declara no tener hábitos saludables en su alimentación, como puede ser un desayuno completo o consumir verduras y pescados.

Anteriormente señalamos también que el número de nuevos infectados de SIDA en España es el más alto de los países europeos. El embarazo no deseado en adolescentes también es llamativo, es decir, las relaciones sexuales no atienden en muchos casos a las más mínimas nociones preventivas.

Ante todo esto, cabe preguntarse si es que no funcionan los canales de divulgación o es que existen al mismo tiempo en nuestra sociedad mensajes contradictorios y más poderosos que contrarrestan la fuerza del trabajo de sanitarios y docentes. Y la respuesta es sí. En algunos casos hay fuertes intereses económicos, como ocurre con el alcohol y el tabaco, mensajes publicitarios donde se les asocia al éxito social, cuando a un alcohólico le ocurre todo lo contrario, o incluso mensajes que asocian el tabaco con imágenes deportivas, llegando así al colmo de las contradicciones.

Por lo que se refiere a la alimentación, todos recordamos las críticas a la imagen que ofrecen algunas *top-models*, chicas extremadamente delgadas, pero con un gran éxito social. Al mismo tiempo, quizás haya que reflexionar sobre ciertos problemas en las familias actuales, como el escaso tiempo que deja el trabajo fuera de casa para atender a todo lo que conlleva una familia.

Terminaremos recordando que la labor de los docentes puede y debe ser apoyada en las aulas por los profesionales de la sanidad, porque como hemos visto hay muchos aspectos en los que

podríamos intervenir desde nuestra experiencia y pidiendo a las autoridades competentes que tomen parte en esas contradicciones que señalamos anteriormente, que no se permita la difusión pública y por medio de mensajes engañosos de lacras sociales que suponen un alto coste sanitario.

AGRADECIMIENTOS

Doy las gracias a los profesores Josefa Ventura, del Área de Ciencias Naturales, Óscar Casero, del Área de Educación Física, y Carmen Lambea, de la optativa Alimentación y Nutrición, todos ellos del IES Pedro de Valdivia de Villanueva de la Serena, por su ayuda, materiales que me han proporcionado y pacientes explicaciones a mis muchas dudas, porque sin ellos la realización de este trabajo hubiera sido imposible.

BIBLIOGRAFÍA

—Juan Niedo, *Materiales para la reforma (cajas rojas)*, "Temas transversales: educación para la salud". MEC 1992.

—Juan R. Ordaña y otros, *Guía didáctica. Educación para la salud: SIDA*, Junta de Extremadura.

—Jesús Ortega Murcia, *Tabaquismo y alcoholismo: un problema social*, MEC 1993.

—Ana Belart Rodríguez, *Ciencias de la naturaleza. Biología y Geología*, Editex, Madrid, 1997. Programaciones didácticas de los departamentos citados en el trabajo.

NOCIONES BÁSICAS SOBRE LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

Luisa Díaz Calderón
Manuela Flores Sánchez
M^a Isabel Flores Sánchez
Auxiliares de Enfermería

INTRODUCCIÓN

Se llama enfermedad coronaria o cardiopatía isquémica a la incapacidad de las arterias coronarias para llevar el oxígeno necesario a un determinado territorio del músculo cardíaco, lo que dificulta el funcionamiento de éste. Así pues, el corazón enferma por la mala función del sistema de irrigación (arterias coronarias).

CAUSAS

La causa más frecuente de alteración de las coronarias es la **arterioesclerosis**, "endurecimiento de las arterias", proceso natural al que se añade en algunas personas el depósito de sustancias (placas de ateroma) como colesterol o calcio en la pared de los vasos. La formación de estas placas no tiene relación directa con la edad, de tal manera que en algunas personas aparece muy pronto y en otras no lo hace nunca. Pueden deberse a causas

hereditarias, pero no cabe duda de que existen factores que favorecen el desarrollo de las mismas y son los llamados factores de riesgo.

FACTORES DE RIESGO

Tabaquismo, colesterol elevado, hipertensión arterial, diabetes, exceso de peso, etc.

Al crecer las placas de ateroma se reduce el calibre de las arterias en su interior y con ello la cantidad de sangre que se puede pasar a su través. Como consecuencia, la cantidad de oxígeno que llega es insuficiente para el trabajo que tiene que hacer el corazón, desencadenando la enfermedad coronaria.

MANIFESTACIONES Y SÍNTOMAS

La enfermedad coronaria o cardiopatía isquémica se manifiesta principalmente como:

- Angina de pecho.
- Infarto de miocardio.

Los síntomas de la angina de pecho son la sensación de dolor, opresión o malestar que generalmente se inicia en el centro del pecho (dolor precordial), que puede extenderse principalmente a los brazos, el cuello, la espalda y la mandíbula; es de intensidad progresiva y duración limitada.

Los síntomas del infarto de miocardio son dolor semejante al de la angina de pecho, aunque de mayor intensidad y duración, además suelen ir acompañado de sudoración, náuseas y vómitos.

En la angina de pecho la falta de riego es pasajera y no deja daño, mientras que en el infarto la falta de oxígeno es tan prolongada que se produce la muerte de células musculares.

El infarto se produce cuando una arteria se obstruye totalmente, en la mayoría de los casos por un coágulo de sangre, que se forma sobre una placa de ateroma. La gravedad del infarto depende de la cantidad de músculo que se destruye, y está en relación con la arteria obstruida y el lugar donde se produce la obstrucción.

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Para determinar la gravedad de la enfermedad se deben hacer una serie de pruebas especiales:

1. Electrocardiograma:

Es el registro de la actividad eléctrica del corazón mediante un aparato llamado electrocardiógrafo que obtiene un trazado con las ondas P, QRS y T.

2. Radiografías de tórax:

Consiste en obtener una imagen de los órganos que se encuentran en el interior de la caja torácica.

3. Análisis de laboratorio:

El análisis de sangre es de utilidad para conocer las cifras de las sustancias relacionadas con la enfermedad como la glucosa, el colesterol, las enzimas CPR, LDH, GPT, etc.

4. Ecocardiograma:

Es una prueba en la que se utilizan ultrasonidos para obtener una imagen del corazón a partir de la cual se pueden conocer su tamaño, forma, movimiento cardíaco y estado valvular.

5. Holter:

Esta técnica consiste en registrar un electrocardiograma durante 24-48 horas en una grabadora que el enfermo lleva colocada en la cintura y conectada a unos cables (electrodos) dispuestos en zonas específicas del tórax en forma de pegatmas.

6. Prueba de esfuerzo:

Sirve para determinar la respuesta del corazón al nivel de esfuerzo sometido.

7. Cateterismo cardíaco:

Mediante esta prueba cruenta y practicada bajo anestesia local, se obtienen datos muy precisos sobre el estado vascular y hemodinámico del corazón, algunos de ellos imposibles de obtener por medio de las pruebas indoloras que acabamos de mencionar.

TRATAMIENTO

Actualmente contamos con muchos medicamentos eficaces para el tratamiento de la enfermedad coronaria, siendo los de uso más frecuentes: nitratos, betabloqueantes y antagonista del calcio.

La utilización de unos u otros depende de las características y circunstancias causantes de cada enfermedad.

- **Los bitratos** son medicamentos capaces de mejorar la irrigación del corazón y de disminuir el trabajo que tiene que realizar.

- **Los betabloqueantes** tienen la capacidad de disminuir la frecuencia cardíaca, la tensión arterial y, con ello también, las unidades de oxígeno que necesitan ser suministradas al corazón.

- **Los antagonistas** del calcio disminuyen las necesidades de oxígeno del corazón y dilatan las arterias coronarias.

Los tratamientos más comunes y eficaces para combatir esta enfermedad serían los siguientes:

- **La angioplastia** es un procedimiento quirúrgico realizado bajo anestesia local que consiste en dilatar la zona estrecha de una arteria coronaria, para lo cual se introduce un catéter provisto de un pequeño balón hasta llegar a ella. El inflado del balón permite disminuir o eliminar la estrechez.

- **El tratamiento quirúrgico** (la técnica más utilizada se conoce con el nombre de "Injerto", "Puente" o "By-pass") consiste en salvar la estrechez de la arteria coronaria por medio del empalme de una vena (generalmente extraída de la pierna: safena) o una arteria (mamaria). Para evitar que el puente se obstruya

es necesario seguir un régimen de vida y alimentación correcto, así como la medicación que el médico indique.

- **El trasplante de corazón** constituye la última terapia posible para una grave enfermedad cardíaca. Aunque hoy día los resultados son algo mejores, la operación sigue siendo muy peligrosa, por lo que sólo se lleva a cabo en personas que de otra forma morirían.

En todos los casos, la mejor forma de actuar frente a la enfermedad coronaria o cardiopatía isquémica es prevenirla con una vida sana, ejercicio físico, alimentación variada y evitando el tabaco, el alcohol, el estrés, etc.

BIBLIOGRAFÍA

—Sección de cardiopatía isquémica y unidades coronarias de la sociedad española de cardiología.

Participantes:

- J. M. Álvarez (Badajoz)
- L. F. Aros (Vitoria)
- A. Castro (La Coruña)
- J. C. Cordo (Lugo)
- T. Caro (Valladolid)
- L. Ferrería (Zaragoza)
- A. Loma (Vitoria)
- J. L. López (Madrid)
- F. Malpartida (Málaga)
- E. Marín (Madrid)
- J. M. Maroto (Madrid)
- C. Martín (Salamanca)
- J. Mayordomo (Oviedo)
- A. Medina (Las Palmas)
- A. Pájaro (Santander)
- C. Piñero (Sevilla)
- R. Saltorrira (León)
- J. San José (Santander)
- G. Sanz (Barcelona)
- V. Valle (Barcelona)

—Enciclopedia médica familiar Dr. Philip Evans.

CONTRACEPCIÓN Y EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

M^a Inmaculada Hernández Martínez
M^a Ángeles Hernández Martínez
Auxiliares de Enfermería. Badajoz

INTRODUCCIÓN

Con este trabajo pretendemos poner de manifiesto la escasa e inadecuada información que reciben nuestros adolescentes sobre temas sexuales y, en concreto, sobre los métodos contraceptivos.

Debido a los cambios sufridos en la sociedad actual, así como a una mayor libertad sexual, se constata que las relaciones sexuales se inician antes, apareciendo un mayor número de embarazos no deseados en nuestros adolescentes.

Entendemos que los servicios sanitarios deben jugar un papel fundamental en la prevención de estos embarazos, así como también

en difundir una planificación familiar adecuada.

LA ADOLESCENCIA

Es un importante período del desarrollo humano, etapa de transición entre la infancia y la

edad adulta, que comienza con el inicio de la diferenciación de los caracteres sexuales secundarios a los diez años y termina cuando finaliza el crecimiento, alrededor de los dieciocho o diecinueve años.

La OMS afirma que el adolescente tiene problemas y aspectos suficientemente peculiares

COMIENZO DE LAS RELACIONES SEXUALES DURANTE LA ADOLESCENCIA

Edad en años	Número de casos	Porcentaje
Antes de los 15	87	12,5
Antes de los 18	250	35,9
Antes de los 20	358	51,6

Total encuestados: 695

y distintos del niño y del adulto para que sean tratados con independencia, pero sin que sea necesaria una especialización exclusiva en medicina del adolescente.

La conducta sexual de los jóvenes y el comienzo de las relaciones sexuales han sido modificados por los cambios producidos en la sociedad de los países industrializados.

El embarazo durante esta época conlleva mayor riesgo, señalando algunas estadísticas,

deben reunir quedan resumidos en cuatro apartados:

1. Reversible:

Para preservar la capacidad procreadora, no obstante, hay casos excepcionales como, por ejemplo, el caso de deficiencia psíquica, donde el juez puede establecer la contracepción irreversible.

2. No interferir en el desarrollo:

Durante algún tiempo se temió que la contracepción oral

relaciones sexuales frecuentes deber ser candidatos a otros métodos.

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

En los últimos años, se ha progresado mucho en el perfeccionamiento de casi todos los métodos de contracepción, entre los que se incluyen:

- Métodos basados en la abstinencia periódica: con notables esfuerzos para que las mujeres, por métodos sencillos, puedan detectar los días fértiles del ciclo.
- Métodos hormonales: se emplean cada vez preparados más eficaces, con menos efectos secundarios, así como vías de administración más cómodas con dosis únicas de larga duración.
- Métodos de barrera: es notable la mejoría en cuanto a los materiales utilizados en la fabricación de diafragmas, capuchones y preservativos, así como la asociación de sustancias espermicidas para aumentar los índices de eficacia. Incluidos en estos métodos, se ha incorporado en los últimos años esponjas espermicidas, de fácil utilización y con alto índice de eficacia. Asimismo, el diseño de un preservativo femenino, comercializado ya en algunos países, aunque su aceptación todavía está sometida a debate.

El método más utilizado en el mundo industrializado, entre las mujeres de 30 años, es la anti-concepción oral y dentro de ésta,

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EMPLEADOS POR LOS ADOLESCENTES.

Método	Número de casos	Porcentaje
Ninguno	291	41,27
Oral	212	30,09
Preservativo	152	21,56
DIU	16	2,27
Otros	26	3,68
Ritmo	8	1,13

Total encuestados: 705

y un incremento de mortalidad materna superior al 60% en relación con las madres mayores de 19 años. El factor más importante es el gran número de abortos, la mayoría de ellos provocados en condiciones adversas.

CARACTERÍSTICAS DE LA CONTRACEPCIÓN EN LAS ADOLESCENTES

La contracepción de la adolescente tiene unas peculiaridades propias que hacen que no puedan aplicarse todos los métodos anti-conceptivos. Los requisitos que

podría interferir en el crecimiento. En la actualidad, está demostrado que, una vez suspendida la administración, no influye en la talla ni en la restauración del ciclo sexual.

3. De fácil realización:

Incluso los métodos que requieren mayor cuidado en su utilización son rechazados o utilizados de forma inadecuada.

4. Adecuado a la actividad sexual:

Es evidente que los adolescentes con relaciones muy esporádicas deben recomendárseles métodos no continuados, siendo el mejor procedimiento, en este caso, el preservativo. Por el contrario, los que tienen

el más utilizado es el llamado combinado, en el que se administra conjuntamente estrógeno y progestógena.

EMBARAZO Y PARTO EN LA ADOLESCENCIA

Las causas de embarazo en las adolescentes se resumen en cinco puntos:

1. Descenso de la edad de la menarquía, lo que posibilita embarazos más precoces y aumenta el período de exposición a la sexualidad.
2. Cambio en la cultura social de una mayor libertad sexual y un comienzo más precoz de las relaciones sexuales.
3. Fracaso en la consecución de una adecuada educación sexual, lo que produce en las adolescentes una situación de ignorancia en temas relacionados con el sexo y la planificación familiar.
4. Fracaso en la oferta de servicios sanitarios de planificación familiar, referidos no sólo al déficit general de estos servicios, sino sobre todo a la accesibilidad y disponibilidad de los mismos para las demandas adolescentes.
5. Características psicológicas y emocionales inherentes a la adolescencia, edad en que la prevención de consecuencias se plantea siempre a largo plazo, lo cual hace rechazar a estos adolescentes no sólo los métodos anticonceptivos sino también los controles precoces del embarazo.

La difusión de los métodos contraceptivos dista mucho de evitar el embarazo en adolescentes, aduciendo varios motivos:

- Desconocimiento respecto a los riesgos del embarazo.
- Falta de acceso a los métodos contraceptivos.
- Objeciones morales al uso de contraceptivos.
- Contraindicaciones médicas para su utilización.
- Creencia de que el uso de anticonceptivos interfiere en el placer sexual.

Además, las adolescentes embarazadas pertenecen con frecuencia a las clases más bajas, con escaso nivel cultural. En general, cuanto más joven es la madre, más bajo es su estatus económico.

RIESGO OBSTETRICIO DE LA ADOLESCENCIA

En el mundo occidental, en general, se consideran este tipo de embarazos como de alto riesgo. Algunos factores de riesgos obstétricos son:

- Primiparidad: aumenta el riesgo de hipoxia fetal y la posibilidad de bajo peso.
- Deficiencias nutricionales: debidas fundamentalmente al estatus social bajo.
- Ilegitimidad: el ocultamiento de la gestación y el control prenatal tardío hacen que en

el transcurso de los años haya aumentado significativamente la incidencia de estados hipertensivos del embarazo entre las madres solteras.

- Ausencia de cuidados prenatales: hecho que empeora por sí mismo el pronóstico materno-fetal en las gestantes adolescentes.
- Déficits nutricionales: puesto que las deficiencias nutricionales, propias de la adolescencia, se añaden a las del embarazo (anemia gestacional).

BIBLIOGRAFÍA

—Dubois, C. y Baulien, E.E.: *Contragestión par L'antiprogesterones*, París, 1991.

—Bygdeman, M.S. y Wahn M.L.: *Progesterona receptor blockage. Contracepción*, 1985.

—Caballero, J.L. y Cols: *Primiparidad joven y añosa*, 1988.

—Clark, J.F.L.: *Obstetricia en adolescentes: deducciones obstétricas y sociológicas*, 1971.

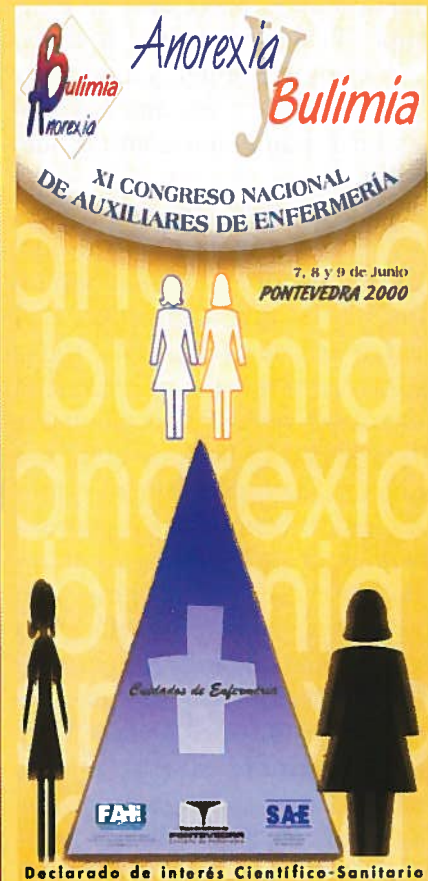
—Clavero Salvador, P.A y Cols: *Factores relacionados con la morbimortalidad perinatal: Paridad*, 1978.

—Monleon, F.J. y Cols: *Patología de la gestación en la mujer adolescente*, 1985.

LA ANOREXIA Y LA BULIMIA PRESENTES EN EL XI CONGRESO NACIONAL DE FAE

Casi la mitad de los quinceañeros se ven gordos lo que les lleva a idear distintas estrategias para perder peso. La evidente consecuencia es la pérdida de los kilos y, en muchos casos, su aportación a aumentar una desagradable estadística, según la cual el número de anoréxicos aumenta en un 25% cada año. Los inicios de este Trastorno del Comportamiento Alimentario (TCA) están en torno a los quince años, aunque se conocen algunos casos de niños de nueve años. La bulimia aparece cerca de los 20 años, aunque se han diagnosticado algunos casos alrededor de los 40 años. La Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería (FAE) reunirá del 7 al 9 de junio a los Auxiliares de Enfermería en Pontevedra para acercarles a la realidad sanitaria referente a los Trastornos del Comportamiento Alimentario desde la visión de los diferentes profesionales implicados en la prevención, tratamiento y curación de estos trastornos.

La importancia del tema ha llevado al patronato de la Fundación para la Formación y el Avance de la Enfermería (FAE) a organizar el que será el XI Congreso Nacional de Auxiliares de Enfermería en torno a la anorexia y bulimia. El congreso, que se desarrollará del 7 al 9 de junio en Pontevedra, contará con la presencia de prestigiosos profesionales en el campo de la nutrición, la psicología, la endocrinología, la psiquiatría, Auxiliares de Enfermería etc. En definitiva, todos los profesionales implicados en el tratamiento de estos trastornos del comportamiento, convirtiendo este congreso en un foro de discusión multidisciplinar en torno a estas patologías de evidente importancia sanitaria y social. Durante las tres jornadas científicas se debatirán los aspectos más relevantes de estas enfermedades planteando los problemas que presentan cada una de ellas, así como la implicación de los profesionales Auxiliares de Enfermería en el tratamiento a estos pacientes. El XI Congreso Nacional de Auxiliares de Enfermería cuenta con la presidencia de honor de Su Majestad la Reina de España Doña Sofía de Grecia. Asimismo, el comité de honor lo integran personalidades como el Excmo. Sr. D. José Manuel Romay Beccaría, ministro de Sanidad, Excmo. Sr. D. Manuel Fraga Iribarne, presidente de la Xunta de Galicia, Excmo. Sr. D. José María



Hernández Cochón, consellero de Sanidad, Excmo. Sr. D. Manuel Abeledo López, presidente de la Diputación Provincial y el Ilmo. Sr. D. Miguel Fernández Lores, alcalde del Excmo. Ayuntamiento de Pontevedra.

El programa científico se complementa con un programa lúdico en el que se incluyen excursiones a Santiago de Compostela, donde se pondrá en marcha el Botafumeiro, gran incensario de la Catedral, para los Auxiliares de Enfermería, y a las Rías Baixas, además de una cena de clausura con actuaciones típicas gallegas.

Cecilia Dou Marcos, presidenta del Congreso, considera que “es una magnífica oportunidad para que los Auxiliares de Enfermería intercambien experiencias con otros profesionales, máxime considerando que en el tratamiento de la anorexia y la bulimia son determinantes la cercanía a los pacientes y mantener tratamientos en los que se realiza un seguimiento continuo del mismo”.

A falta de datos oficiales exactos sobre la anorexia y la bulimia, las únicas cifras sobre su incidencia son las que facilitan las asociaciones de afectados y todas ellas consideran que existen alrededor de 500.000 afectados en España. El 98% de ellos son chicas, mayoritariamente adolescentes, aunque los trastornos alimentarios también se manifiestan en mujeres maduras y en niñas pequeñas, de hecho cada vez se adelanta más la aparición de la enfermedad y se han dado ya casos de niños de nueve años. Aunque el 90% de los enfermos de anorexia y bulimia son mujeres, los expertos advierten que no se trata de enfermedades femeninas.

La anorexia y la bulimia nerviosa son dos condiciones patológicas que están incluidas dentro del apartado de trastornos de la conducta alimentaria, según la clasificación psiquiátrica recogida en el *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales*.

Algunos de los factores determinantes para que se desencadene la enfermedad es la existencia de una estructura psíquica que permita el desarrollo de ésta en algún momento de la vida. Son comunes a esa situación la baja autoestima, una valoración de uno mismo basada exclusivamente en factores físicos

externos, problemas de relación social e influencia del entorno familiar.

Los expertos coinciden en que el tratamiento de los trastornos alimentarios tiene que ser hecho por profesionales que estén entrenados específicamente en esta especialidad, por lo que se necesita un esfuerzo muy importante y una modificación de las estructuras sanitarias que permitan una atención más personalizada a estos pacientes. Carmen García Planellas, Auxiliar de Enfermería del Hospital Severo Ochoa de Leganés, afirma desde su experiencia en el trato a estos pacientes que “es fundamental que se creen programas específicos de actuación para anorexia y bulimia, de forma que se unifiquen los criterios de actuación entre Atención Primaria, Atención Especializada y las asociaciones de enfermos, favoreciendo la Educación para la Salud y la Promoción Comunitaria.

Aumentar la información supone un mayor control para el autocuidado de los pacientes y dotar a los familiares de recursos para afrontar dicha patología”.

“Hay profesionales con una gran formación que abarcan tanto los aspectos endocrinológicos y psíquicos como de educación de hábitos y comportamientos alimentarios. Sin embargo, para el tratamiento de estos pacientes los ritmos de trabajo en las unidades de enfermería no permiten abordar el proceso de actuación con el ritmo que requiere la enfermedad. Por tanto, habría que aumentar la dotación de unidades especializadas”, manifiesta Carmen García.

La anorexia nerviosa es la más mortal de las enfermedades men-

tales, con un índice de mortalidad doce veces superior a cualquier otra afección entre las mujeres de 15 a 24 años, lo que supone que esta enfermedad se haya convertido en la segunda causa de muerte en la adolescencia. La situación de delgadez extrema en la que caen algunas pacientes provoca la muerte al 6% de las anoréxicas, mientras que otro 20% queda con lesiones permanentes tales como la reducción de la altura o de la masa ósea.

En cuanto a la bulimia se calcula que los casos están entre el 1% y el 5%, aunque se cree que es bastante más alto dada la gran existencia de casos ocultos. De hecho, está considerada como una enfermedad invisible porque puede pasar mucho tiempo sin que el entorno del paciente perciba el problema. Sin embargo, y a pesar de que todavía existe la creencia de que esta enfermedad es incurable, el 60% de los enfermos de anorexia consigue que desaparezca la enfermedad y en los casos de bulimia es incluso superior. Entre el 40 y el 50% de los pacientes tratados suele recuperarse en un tiempo relativamente corto y entre el 15 y el 20% siguen padeciendo la enfermedad años después de haberse originado.

La anorexia es antigua y se recogen casos desde el siglo XV, aunque realmente es en los siglos XVII y XVIII cuando se definió el término. La bulimia nerviosa es más reciente, y de hecho se incluyó recientemente en el *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales*.

Precio por persona y noche
en régimen de alojamiento y desayuno.

Gran Hotel HUSA SAMIL****

Hab. doble 6.900 Ptas.
Hab. individual 10.900 Ptas.

Hotel HESPEIRA VIGO****

Hab. doble 6.800 Ptas.
Hab. individual 11.800 Ptas.

Hotel COIA****

Hab. doble 5.800 Ptas.
Hab. individual 9.700 Ptas.

Hotel IPANEMA****

Hab. doble 6.500 Ptas.
Hab. individual 10.000 Ptas.

Hotel MEXICO****

Hab. doble 5.500 Ptas.
Hab. individual 7.700 Ptas.

Hotel LISBOA****

Hab. doble 5.700 Ptas.
Hab. individual 9.000 Ptas.

Hotel JUNQUERA **

Hab. doble 4.100 Ptas.
Hab. individual 5.900 Ptas.

Para la reserva de hoteles dirigirse a:

"Viajes HALCON", Dpto. de Operaciones Especiales

c/. Francisco Silvela, 87

Tfno. 902 120 275 - 915 626 774 / Fax: 915 648 974

Srtas. Elena - Mar.



Transportista Oficial

PROGRAMA LÚDICO:

Excursiones a Santiago de Compostela y Rías Baixas.

GENA DE CLAUSURA con actuaciones típicas gallegas

CON LA COLABORACIÓN DE:

**Consellería de Sanidade
e Servizos Sociais**



Excmo. Avto de
PONTEVEDRA

CAIXA VIGO



Su Majestad la Reina de España D^a Sofía de Grecia

COMITÉ DE HONOR

Excmo. Sr. D. José Manuel Romay Beccaría

Ministro de Sanidad.

Excmo. Sr. D. Manuel Fraga Iribarne

Presidente de la Xunta de Galicia.

Excmo. Sr. D. José M^a Hernández Cochón

Consellero de Sanidade.

Excmo. Sr. D. Manuel Abeledo López.

Presidente de la Diputación Provincial.

Ilmo. Sr. D. Miguel Fernández Lores

Alcalde del Excmo. Ayuntamiento de Pontevedra.

PATRONATO DE LA FUNDACIÓN

PARA LA FORMACIÓN Y AVANCE DE LA ENFERMERÍA.

D^a M^a Dolores Martínez Márquez, Presidenta del Patronato.

D^a Isabel Galán Villa, Administradora.

D^a Lucía Turienzo Cabero, Secretaria

D^a Celia Dou Marcos

D^a Pilar Lozano Blanco.

D^a Nieves Delgado Ventura.

D^a M^a José Rutz Muñoz.

PRESIDENTA DEL CONGRESO

D^a Cecilia Dou Marcos (Aux. de Enfermería).

SECRETARIAS DEL CONGRESO

D^a Pilar Lozano Blanco. - D^a Lucía Turienzo Cabero (Aux. de Enfermería).

COMITÉ CIENTÍFICO

Presidencia - D^a Dolores Mouteira Rey (Aux. de Enfermería).

Vocales - D^a Isabel Alonso Trancoso, Médico Adjuvante del Servicio de Endocrinología del C. H. de Pontevedra; D^a Benita Perdomo Cabrera, Aux.

C. H. de Pontevedra; D^a Estrella González Gómez, Psicólogo del H. provincial de Pontevedra; D^a Celia López Rodríguez, Aux. de enfermería, Responsable de docencia del H. Xeral Cies; D^a D^a Milagrosa González González (Aux.

de Enfermería C. H. de Pontevedra); D^a M^a José Pérez Martínez, D.U.E. C. H. de Pontevedra).

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidente: D^a Cecilia Dou Marcos (Aux. de Enfermería).

Vicepresidenta: D^a Pilar Vioque Izquierdo (Aux. de Enfermería).

Tesorera: M^a Luz Felez, Ramallo (Aux. de Enfermería).

Vocales: D^a Enriqueta Lorenzo Fuentes, D^a Consuelo Taboada de la Fuente, D^a Rosa Pérez Vila, D^a Gloria Pires Couto, D^a Delia Castro Flores, D^a Elisa Boo Lloves (Aux. de Enfermería)

SECRETARÍA DEL CONGRESO

FAE, c/. Valverde, 1 - 9^a Dcha. - 28004 - Madrid.

Tfno. 915 215 224 / Fax: 915 215 383 / E-mail: fae@futurnet.es

Lugar de celebración:

Palacio de Congresos de Pontevedra



**XI CONGRESO NACIONAL
DE AUXILIARES DE ENFERMERÍA**



7, 8 y 9 de Junio
PONTEVEDRA 2000



Declarado de interés Científico-Sanitario

1. Todos los trabajos y posters deberán estar relacionados con el tema del Congreso, presentándose original y dos copias (en el caso de poster será un resumen del mismo). Las copias deberán ser anónimas para asegurar la total imparcialidad del Comité Científico a la hora de aceptar o no los trabajos.

2. Los autores harán constar: nombre y apellidos, profesión, dirección particular, teléfono de contacto, provincia y código postal, título del trabajo, objetivo, material y métodos utilizados, resultados, conclusiones y bibliografía.

3. Los trabajos y los resúmenes de los posters deberán ser presentados en formato DIN A-4, Windows 95 o 98 en tipo de letra Arial 12, a doble espacio, con márgenes superior, inferior y laterales. Igualmente deberá remitirse copia del trabajo en "disquette" en los parámetros indicados. Junto con el trabajo se hará constar los medios audiovisuales a utilizar durante la exposición.

4. Las Comunicaciones y resúmenes de los posters se remitirán a la Secretaría del Congreso antes del día 15/4/00.

5. Las dimensiones para la presentación de posters serán de 110x90 cm. Habrá tiempo para la discusión de los mismos, durante el cual, el autor o autores deberán exponer su contenido resumido ante los asistentes. Los posters deberán ser colocados por los autores, una hora antes de comenzar el Congreso, en los paneles destinados a tal efecto. La retirada de los mismos, será a cargo de los autores, antes de la conclusión del Congreso.

6. El tiempo máximo destinado a la exposición de Ponencias será de 45 minutos, y las comunicaciones de 10 minutos. La Organización será estricta en el cumplimiento de dichos tiempos, retirando la palabra una vez transcurrido el mismo, independientemente del estado en que se encuentre la exposición.

7. El Comité Científico comunicará, antes del 10 de mayo de 2000, la fecha y hora de exposición de cada uno de los participantes admitidos.

8. Deberá enviarse junto a los trabajos y resúmenes de sus posters la inscripción y justificante de pago, al menos del primer firmante.

9. Los miembros de los comités Organizador y Científico no podrán optar a premio, pudiéndose conceder mención especial, si el Comité Científico lo considera oportuno.

10. Se otorgarán un 1º y 2º premio a las mejores ponencias y un premio al mejor póster.

11. La Secretaría del Congreso emitirá las acreditaciones correspondientes a los autores de los trabajos. La Organización del Congreso se reserva el derecho a publicar los trabajos aceptados en el Libro de Ponencias y Comunicaciones.

12. Los trabajos deben enviarse a la Sede del Congreso:

SAE.
c/ Areal, 16 - 2º, oficina 16
36201 - Vigo
Tel.: 986 22 84 00
Fax: 986 43 90 28

OBJETIVOS

Acercar a los Auxiliares de Enfermería a la realidad sanitaria referente a los trastornos del Comportamiento Alimentario (T.C.A.) desde la visión de los diferentes profesionales implicados en la prevención, tratamiento y curación de estos trastornos.

PRE-PROGRAMA CIENTÍFICO

MIÉRCOLES, DÍA 7 DE JUNIO

09:00 h. Entrega de documentación y Acto Inaugural del Congreso.

10:30 h. Ponencia: "Trastornos de la alimentación: conceptos actuales y nuevas influencias". Dra. Ana Ordóñez Franco. Médico especialista en Nutrición Clínica. Jefe de Servicio de Prevención del Ayuntamiento de Madrid.

11:15 h. Comunicación. Aux. de enfermería.

11:30 h. Café.

12:00 h. Comunicación. Aux. de enfermería.

12:15 h. Comunicación. Aux. de enfermería.

12:30 h. Ponencia: "El paciente con trastornos alimentarios en la consulta médica de estética". Dra. Irene Szczedrin. Directora del Servicio de Estética y Nutrición del Instituto Palacios.

13:15 h. Comunicación. Aux. de enfermería.

13:30 h. Comunicación. Aux. de enfermería.

13:45 h. Coloquio.

15:00 h. Comida. -16:30 h. Excursión a Santiago de Compostela.

21:00 h. Recepción Ayuntamiento de Pontevedra.

JUEVES, DÍA 8 DE JUNIO

09:30 h. Ponencia: "La implacable persecución de la delgadez en la anorexia nerviosa y la utilización de la sauna. ¿Existe aunque no esté escrito?". D. Emilio Gutiérrez García. Profesor de Psicología de la Universidad de Santiago de Compostela.

Dª Reyes Vázquez Laz. Profesora de la UNED de Pontevedra.

10:15 h. Comunicación. Aux. de enfermería.

10:30 h. Comunicación. Aux. de enfermería.

10:45 h. Coloquio.

11:00 h. Café.

11:30 h. Ponencia: "Actuación del Equipo Multidisciplinar en los Trastornos del Comportamiento Alimentario". Dª Clotilde Vázquez. Jefe del Servicio de Endocrinología del H. Ramón y Cajal de Madrid. Dª Carmen Jiménez. D.U.E. Dª Carmen Gª Planellas. Aux. de Enfermería y Trabajador Social. Dª Mª Angeles Gómez Espinosa. Aux. de Enfermería del H. Severo Ochoa de Madrid.

- Escenificación.

- Coloquio.

13:00 h. Mesa Redonda: "Influencia social en la infancia y adolescencia".

- PONENCIA: "Alimentación y adolescencia, aspectos socio-laborales". Dra. Carmen Rodríguez del Toro. Jefa del Servicio de Psiquiatría del H. del Meixoeiro.

- PONENCIA: "Educar para vivir". Dª Cecilia Veiga Dou. Licenciada en Ciencia y Tecnología de los Alimentos. Profesora Cíctio Superior. Dietética y Nutrición.

- PONENCIA: "Educación Sana en alimentación desde la Edad Infantil". Dª Flor Barreiro Pérez. Enfermera del Servicio de Nutrición de Xeral Cies. Docente de la escuela de enfermería.

- PONENCIA: "Cómo enriquecer los platos". Dª Josefa Costas Rodríguez. Aux. de Enfermería del Servicio de Nutrición del Xeral Cies. Intervenciones.

14 h. Comida. -16:30 h. Excursión Rías Bajas.

15:00 h.

VIERNES, DÍA 9 DE JUNIO

9:30 h. Ponencia: "Tratamiento" Dr. Gonzalo Morandé Lavín.

Jefe del Servicio de Psiquiatría del H. Niño Jesús de Madrid.

10:15 h. Comunicación. Aux. de enfermería.

10:30 h. Comunicación. Aux. de enfermería.

10:45 h. Comunicación. Aux. de enfermería.

11:00 h. Coloquio.

11:15 h. Café.

11:45 h. Mesa redonda: "Repercusión social de la anorexia y bulimia". Ponencia: "Tratamiento de los trastornos de la alimentación desde la A.B.A.P.". Dª Marian García Miguez. Psicóloga. A.B.A.P.

D. Juan Ramón Pérez Pérez. Padre de afectada. Presidente de la A.B.A.P. Administración: Dª Belén Siso. Concejala de Bienestar Social.

Ayto. Vigo. Dª Paqui García. Ex-anoréxica. Modelo Modisto.

13:45 h. Entrega de premios y Acto de Clausura.

15:00 h. Comida.

21:00 h. Cena de clausura.

BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN (enviar junto con justificante de ingreso a la Secretaría del Congreso, por correo o fax).

Nombre y apellidos..... D.N.I.:

Dirección..... Teléfono:

Localidad..... C.P.:

Presenta Comunicación o Póster SI NO

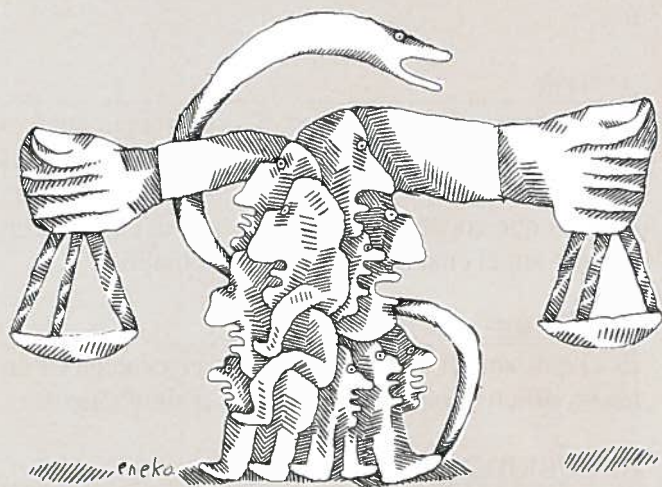
CUOTA DE INSCRIPCIÓN

Afiliados a S.A.E.: 25.000 ptas. No Afiliados: 33.000 ptas. (La cuota incluye comidas, excursiones, recepciones y cena de clausura).

Acompañantes: 15.000 ptas. (La cuota de Acompañante incluye excursiones, recepciones y cena de clausura).

Fecha límite de Inscripciones: 15 de Mayo de 2000. A partir de esta fecha el precio se incrementará en 3.000 ptas. (Plazas limitadas al aforo del local.)

Forma de pago: Mediante ingreso a nombre de la Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería (F.A.E.), nº de cta. de CAJAMADRID: 2038-1170-34-6000369144 ó con tarjeta en al número de teléfono: 915 215 224



LA RESPONSABILIDAD PENAL DE LOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

Juan José Pérez Marín

*Auxiliar de Enfermería. Servicio de Radiodiagnóstico
Hospital Universitario de San Juan (Alicante)
Vicesecretario provincial de SAE Alicante*

El Decreto 315/1964, de 7 de febrero, por el que se aprueba el Texto Articulado de la Ley de Funcionarios Civiles del Estado, dispone en su artículo 81.3: "La responsabilidad civil y penal se hará efectiva en la forma que determina la Ley de Régimen Jurídico de la Administración del Estado". En este sentido, la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, establece en su artículo 146.1 "La responsabilidad civil y penal del personal al servicio de las Administraciones Públicas se exigirá de acuerdo con lo previsto en la legislación correspondiente". Por lo tanto, considerando que los Auxiliares de Enfermería somos empleados públicos al servicio de la Administración Sanitaria (Estatal, Autonómica o Local), podemos incurrir, en el ejercicio de nuestras funciones, en la comisión de actos y adopción de conductas por las cuáles se nos pueden exigir las siguientes responsabilidades:

- Responsabilidad disciplinaria (Administrativa)
- Responsabilidad penal
 - Por la comisión de un delito

- Por la comisión de una falta
- Responsabilidad civil
 - Derivada de responsabilidad penal
 - De ilícito civil

Es importante conocer que las tres clases de responsabilidad son entre sí compatibles e independientes, esto supone que un mismo hecho puede ser sancionado por los tres conductos diferentes, y que su independencia indica que las tres jurisdicciones competentes (Administrativa, Penal y Civil) no se influyen mutuamente, aunque puede haber responsabilidad para una y no para las otras.

Trataremos únicamente aquellos delitos y faltas que pueden cometer los Auxiliares de Enfermería durante el cumplimiento de sus tareas profesionales, y que vienen perceptuados en la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal que entró en vigor el día 24 de mayo de 1996.

Es importante destacar que el Código Penal determina que el término "facultativo" comprende no sólo a los médicos, sino a las matronas, personal de enfermería y cualquier persona que realice una actividad sanitaria o socio-sanitaria.



También, el mismo Texto Legal, considera funcionario público a todo el que por disposición inmediata de la Ley, o por elección, o por nombramiento de autoridad competente participe en el ejercicio de funciones públicas.

Antes de continuar es necesario subrayar la diferencia que establece el Código Penal entre “delito” y “falta”.

DELITO

Son delitos las acciones y omisiones dolosas o culposas que la Ley castiga con pena grave o menos grave.

DELITO DOLOSO: Es aquel que se comete con conciencia y voluntad.

DELITO CULPOSO: Es aquel que se comete por imprudencia o negligencia.

FALTA: Son faltas las acciones u omisiones voluntarias que la Ley castiga con penas leves.

La comisión de delitos y faltas en el ejercicio de nuestra profesión se pueden cometer tanto en el ámbito público como en el privado.

Respecto a las penas citaré solamente las que puedan afectar a los empleados públicos, a efectos de poder continuar desempeñando las funciones propias de su profesión, omitiendo las restantes.

PENAS GRAVES

- Prisión superior a tres años.
- Inhabilitación absoluta.
- Inhabilitaciones especiales por tiempo superior a tres años.
- Suspensión de empleo o cargo público por tiempo superior a tres años.

PENAS MENOS GRAVES

- Prisión de seis meses a tres años.
- Inhabilitaciones especiales hasta tres años.
- Suspensión de empleo o cargo público hasta tres años.
- Multa de más de dos meses.
- Multa proporcional, cualquiera que fuese su cuantía.
- Arresto de siete a veinticuatro fines de semana.
- Trabajos a beneficio de la comunidad de 96 a 384 horas.

PENAS LEVES

- Multa de cinco días a dos meses.
- Arresto de uno a seis fines de semana.
- Trabajos a beneficio de la comunidad de 16 a 96 horas.

En la comisión de un delito se puede participar como autor o como cómplice.

También es punible la intervención como encubridor.

AUTOR

Es el sujeto activo del delito. Se consideran autores los que toman parte directa en la ejecución del hecho, los que fuerzan o inducen a otros a ejecutarlo o los que cooperan en la ejecución del hecho con un acto sin el cual no se hubiera efectuado.

CÓMPLICE

Es el que, sin ser autor, coopera en la ejecución de un hecho delictivo por actos anteriores o simultáneos.

ENCUBRIDOR

Es el que, con posterioridad a la perpetración de un hecho punible y con conocimiento del mismo, sin haber tenido participación en él como autor ni como cómplice, participa para ocultar a los autores, facilitar su fuga, impedir el descubrimiento del mismo o aprovecharse de los efectos del delito.

Según las circunstancias que concurran en la comisión de un delito, se pueden producir circunstancias que eximan, atenúen o agraven las penas.

CAUSAS QUE EXIMEN DE RESPONSABILIDAD CRIMINAL

- Padecimiento de alteraciones psíquicas.
- Trastorno mental transitorio o permanente.
- Estados de intoxicación plena por consumo de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas u otras que produzcan efectos análogos.
- Actuación en defensa propia (siempre que concurran una serie de requisitos).

CAUSAS QUE ATENÚAN LA RESPONSABILIDAD CRIMINAL

- Las de actuar el culpable a causa de su grave adicción a las sustancias mencionadas en las causas eximentes.
- La confesión voluntaria a las autoridades.
- Proceder a reparar el daño causado a la víctima, o disminuir sus efectos.

CAUSAS QUE AGRAVAN LA RESPONSABILIDAD CRIMINAL

- Ejecutar el hecho con alevosía.
- Ejecutar el hecho mediante precio, recompensa o promesa.

- Cometer el delito por motivos racistas, ideológicos, religiosos, de nacionalidad, sexo, o por la enfermedad o minusvalía que padezca la víctima.
- Aumentar deliberadamente e inhumanamente el sufrimiento de la víctima.
- Obrar con abuso de confianza.
- Prevalerse del carácter público que tenga el culpable.
- Ser reincidente.

DELITOS RELACIONADOS CON EL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN DE AUXILIAR DE ENFERMERÍA

● OMISIÓN DEL DEBER DE SOCORRO (Art. 196)

Art. 196 - El profesional que, estando obligado a ello, denegare asistencia sanitaria o abandonar los servicios sanitarios, cuando de la denegación o abandono se derive riesgo grave para la salud de las personas, será castigado con las penas del artículo precedente en su mitad superior y con la de inhabilitación especial para empleo o cargo público, profesión u oficio, por tiempo de seis meses a tres años.

SUPUESTO

Paciente hospitalizado por una fractura, y que súbitamente tiene una parada cardiorespiratoria. El Auxiliar de Enfermería atendiendo la llamada de un familiar debe comenzar la Reanimación Cardiopulmonar (RCP), avisando o enviando a los familiares en busca del diplomado o del facultativo. En caso de no actuar de esta manera podría exigirse responsabilidad penal, que podría agravarse si el Auxiliar de Enfermería tuviese conocimientos específicos de Reanimación Cardiopulmonar, actuación ante paradas cardíacas, etc., bien por haber trabajado en el área de Urgencias o haber realizado cursos específicos en estas materias.

● REVELACIÓN DE SECRETOS (Art. 199.1)

Art. 199.1 - El que revelare secretos ajenos, de los que tenga conocimiento por razón de su oficio o sus relaciones laborales, será castigado con la pena de prisión de uno a tres años y multa de seis a doce meses.

SUPUESTO

- 1º- Auxiliar de Enfermería en planta de hospitalización que accede a la Historia Clínica de un paciente ingresado. Tiene conocimiento de que el paciente ha padecido en su juventud una enfermedad venérea e imprudentemente lo pone en conocimiento de un familiar que desconocía dicha situación.
- 2º- Auxiliar de Enfermería desempeñando el cargo de delegado sindical en centro asistencial. Un afiliado le facilita un

informe médico que certifica el padecimiento de una enfermedad psíquica, lo cual le facilita la opción a solicitar un puesto para discapacitados. El delegado sindical lo comenta con otros aspirantes al mismo puesto.

En los dos supuestos anteriores se incurrirá en delito de Revelación de Secretos, cuya pena se incrementará en caso de facilitar la información mediante escrito, fotocopia, etc. La comisión de este delito conlleva la incoación de expediente disciplinario por incumplimiento de los artículos 124.6 y 125.4 del Estatuto del Personal Sanitario no Facultativo.

● SUSTITUCIÓN DE UN NIÑO POR OTRO (Art. 220.5)

Art. 220.5 - Las sustituciones de un niño por otro que se produjeran en centros sanitarios o socio-sanitarios por imprudencia grave de los responsables de su identificación y custodia, serán castigadas con la pena de prisión de seis meses a un año.

SUPUESTO

Actitud negligente de un Auxiliar de Enfermería de la Unidad de Neonatos que, al devolver a dos neonatos recién bañados, que estaban en la misma habitación, los cambia de cuna en ausencia de sus respectivas madres. Serían agravantes la mediación de precio, recompensa o promesa que "gratifiquen" esta conducta

● DELITOS CONTRA LA SALUD PÚBLICA (Art. 359)

Art. 359 - El que, sin hallarse debidamente autorizado, elabore sustancias nocivas para la salud o productos químicos que puedan causar estragos, o los despache o suministre, o comercie con ellos, será castigado con la pena de prisión de seis meses a tres años y multa de seis a doce meses, en inhabilitación especial para profesión o industria por tiempo de seis meses a dos años.

SUPUESTO

Un Auxiliar de Enfermería adscrito a planta de hospitalización o Servicio de Farmacia hospitalaria que regala, vende o cambia un producto farmacéutico. Los agravantes de pena serían comerciar con sustancias o productos alucinógenos, hipnóticos, sedantes, opiáceos o análogos.

● INTRUSISMO PROFESIONAL (Art. 403)

Art. 403 - El que ejerciere actos propios de una profesión sin poseer el correspondiente título académico expedido o reconocido en España de acuerdo con la legislación vigente, incurrirá en la pena de multa de seis a doce meses. Si la actividad profesional desarrollada exigiere un título



oficial que acredite la capacidad necesaria y habilite legalmente para su ejercicio, y no se estuviera en posesión de dicho título, se impondrá la pena de multa de tres a cinco meses. Si el culpable, además, se atribuyese públicamente la cualidad de profesional amparada por el título referido, se le impondrá la pena de prisión de seis meses a dos años.

SUPUESTO

Un Auxiliar de Enfermería que, debido a sus conocimientos sanitarios, ejerce la profesión de ATS/DE sin poseer la titulación correspondiente.

● CAUSAR LESIONES AL FETO (Artículos 157 y 158)

Art. 157 - El que por cualquier medio o procedimiento, causare en un feto una lesión o enfermedad que perjudique gravemente su desarrollo, o provoque en el mismo una grave tara física o psíquica, será castigado con pena de prisión de uno a cuatro años e inhabilitación especial para ejercer cualquier profesión sanitaria, o para prestar servicios de toda índole en clínicas, establecimientos o consultorios ginecológicos, públicos o privados, por tiempo de dos a ocho años.

Art. 158 - El que, por imprudencia grave, cometiere los hechos descritos en el artículo anterior, será castigado con la pena de arresto de siete a veinticuatro fines de semana.

Cuando los hechos descritos en el artículo anterior fueren cometidos por imprudencia profesional se impondrá asimismo la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la profesión, oficio o cargo por un periodo de seis meses a dos años.

La embarazada no será penada a tenor de este precepto.

SUPUESTO

En el Servicio de Radiodiagnóstico, un Auxiliar de Enfermería con funciones de Técnico Especialista, realiza varias radiografías de abdomen a una embarazada con técnicas radiológicas inadecuadas, posteriormente se detecta una malformación en el feto debida al exceso de radiación recibida.

● HOMICIDIO POR IMPRUDENCIA PROFESIONAL (Art. 142)

Art. 142.1 - El que por imprudencia grave causare la muerte de otro, será castigado, como reo de homicidio imprudente, con la pena de prisión de uno a cuatro años.

Art. 142.3 - Cuando el homicidio fuere cometido por imprudencia profesional se impondrá, además, la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la profesión, oficio o cargo por un periodo de tres a seis años.

SUPUESTO

Paciente que presenta dolor abdominal y es ingresado por la mañana en una habitación doble, junto a otro al que se le intervendrá quirúrgicamente al día siguiente. Este último tiene prescrito enema de evacuación de dos litros de agua con glicerina. El Auxiliar de Enfermería del turno de noche, por error, administra el enema al primero, con el resultado de muerte por peritonitis aguda.

● ABORTO (Art. 146)

Art. 146 - El que por imprudencia grave ocasionare un aborto será castigado con pena de arresto de doce a veinticuatro fines de semana.

Cuando el aborto fuere cometido por imprudencia profesional, se impondrá asimismo la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la profesión, oficio o cargo por un periodo de uno a tres años.

La embarazada no será penada a tenor de este precepto.

SUPUESTO

Durante la noche ingresa una paciente embarazada con metrorragia. Diagnosticada de "amenaza de aborto" se le prescribe reposo absoluto hasta ser visitada por el ginecólogo correspondiente. A la mañana siguiente, el Auxiliar de Enfermería de la planta le indica que debe levantarse para lavarse y hacerle la cama. Al levantarse se le produce un aborto espontáneo.

● LESIONES (Arts. 147, 148, 149, 150 y 152)

Art. 147.1 - El que, por cualquier medio o procedimiento, causare a otro una lesión que menoscabe su integridad corporal o su salud física o mental, será castigado como reo del delito de lesiones con la pena de prisión de seis meses a tres años, siempre que la lesión requiera objetivamente para su sanidad, además de una primera asistencia facultativa, tratamiento médico o quirúrgico. La simple vigilancia o seguimiento facultativo del curso de la lesión no se considerará tratamiento médico.

Art. 147. 2. No obstante, el hecho descrito en el apartado anterior será castigado con la pena de arresto de siete a veinticuatro fines de semana o multa de tres a doce meses, cuando sea de menor gravedad, atendidos el medio empleado o el resultado producido.

Art. 148 - Las lesiones previstas en el apartado 1 del artículo anterior podrán ser castigadas con

la pena de prisión de dos a cinco años, atendiendo al resultado causado o riesgo producido:

1° Si en la agresión se hubieren utilizado armas, instrumentos, objetos, medios, métodos o formas concretamente peligrosas para la vida o salud física o psíquica, del lesionado.

2° Si hubiere mediado ensañamiento.

3° Si la víctima fuere menor de doce años o incapaz.

Art. 149 - El que causare a otro, por cualquier medio o procedimiento, la pérdida o la inutilidad de un órgano o miembro principal, o de un sentido, la impotencia, la esterilidad, una grave deformidad o una grave enfermedad somática o psíquica, será castigado con la pena de prisión de seis a doce años.

Art. 150 - El que causare a otro la pérdida o la inutilidad de un órgano o miembro no principal, o la deformidad, será castigado con la pena de prisión de tres a seis años.

Art. 152.3 - Cuando las lesiones fueren cometidas por imprudencia profesional se impondrá asimismo la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la profesión, oficio o cargo por un periodo de uno a cuatro años.

SUPUESTO

Paciente que advierte a un Auxiliar de Enfermería su alergia a los compuestos que contengan Yodo. Desconociendo que el "Betadine" contiene este elemento, un Auxiliar de Enfermería recién llegado al Servicio de Urgencias, desinfecta una herida con este producto, provocando al paciente una leve quemadura en la piel. Esta lesión requirió simplemente la vigilancia facultativa.

FALTAS RELACIONADAS CON EL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN DE AUXILIAR DE ENFERMERÍA

● FALTAS CONTRA LAS PERSONAS (Art. 621)

Art. 621.1 - Los que por imprudencia grave causaren alguna de las lesiones previstas en el apartado 1 del artículo 147, serán castigados con la pena de multa de uno a dos meses.

Art. 621.2 - Los que por imprudencia leve causaren la muerte de otra persona, serán castigados con la pena de multa de uno a dos meses.

Art. 621.3 - Los que por imprudencia leve causaren lesión constitutiva de delito, serán castigados con pena de multa de quince a treinta días.

Art. 621.6 - Las infracciones penadas en este artículo sólo serán perseguibles mediante denuncia

de la persona agraviada o de su representante legal.

SUPUESTO

Un Auxiliar de Enfermería abre la puerta de una habitación sin percatarse de que detrás hay un paciente de edad avanzada. Este cae al suelo con tan mala fortuna que se produce un traumatismo craneoencefálico que le ocasiona la muerte a las 48 horas.

La responsabilidad penal no se puede "asegurar", ni puede exigirse subsidiariedad penal a la Administración como sucede en los supuestos de Responsabilidad Civil.

SITUACIÓN ADMINISTRATIVA Y LABORAL DE LOS FUNCIONARIOS DURANTE LOS PROCEDIMIENTOS PENALES

El Estatuto del Personal Sanitario no Facultativo, recoge en su artículo 124.12 que será falta grave "Cualquier acto u omisión, relacionados con el servicio, constitutivos de falta penal". Asimismo, en su artículo 125.10 dispone que será considerada falta muy grave "La comisión de hechos constitutivos de delitos dolosos".

Por lo tanto, independientemente de las penas que impongan los Tribunales, ya sean estas privativas de libertad, de inhabilitación, pecuniarias, etc., la Administración Sanitaria, previas las diligencias oportunas, además de suspender cautelarmente de empleo y sueldo al responsable, le podrá imponer cualquiera de las siguientes sanciones:

- Pérdida de haberes de uno a veinte días (Falta grave y muy grave).
- Suspensión de empleo y sueldo de un mes a un año (Falta grave y muy grave).
- Separación definitiva del servicio (Falta muy grave).

BIBLIOGRAFÍA

- Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.
- Orden del Ministerio de Trabajo, de 26 de abril de 1973, por la que se aprueba el Estatuto de Personal Sanitario no Facultativo de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social.
- Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.
- Decreto 315/1964, de 7 de febrero, por el que se aprueba el Texto Articulado de la Ley de Funcionarios Civiles del Estado.
- Diccionario Jurídico. Autor: F. Gómez de Liaño. Editorial Forum, S.A. Oviedo, 1991.

NUTRICIÓN Y MUJER

Aceites y grasas en el mundo de hoy

Profesor D. José Mataix Verdú
*Director de la Escuela de Nutrición
 de la Universidad de Granada*

Imágenes cedidas por PULEVA



De entre todos los temas de alimentación existen unos pocos que normalmente acaparan la atención popular, unas veces en sentido positivo y otras en el negativo. Y este juicio de “bondad o maldad” nutricional no siempre está justificado. Los aceites y grasas se relacionan en

el ámbito de la calle con sobrepeso, obesidad, colesterol sobre todo; problemas por otra parte que son una amenaza para nuestra salud, lo que justifica la “grasofobia” que existe en el ámbito de la calle.

Con respecto al sobrepeso y obesidad, no se puede culpar sólo a las grasas y aceites, pues el problema está en que se come más





de lo que debiera, y además, existe un evidente sedentarismo debido a la mecanización de prácticamente todas las actividades, sean domésticas, laborales o de ocio.

Con relación al colesterol y al consumo de aceites y grasas, el problema es más complejo porque estos alimentos influyen más aspectos de la salud humana que las enfermedades cardiovasculares (determinados tipos de cáncer, diabetes, colelitiasis, etc.), aunque éstas son las más preocupantes por la gravedad de las mismas y el número de personas afectadas.

La capacidad de influenciar la salud y más concretamente las enfermedades cardiovasculares (angina de pecho e infarto de miocardio sobre todo) es muy distinta según el tipo de grasa o aceite, tal como se expone a continuación:

Las grasas de animales terrestres (vaca, oveja, cerdo y pollo), son mayoritariamente de tipo saturado, y en general producen un efecto de elevación del colesterol llamado "malo", porque aumenta la arteriosclerosis.

Gran parte de los productos de pastelería y bollería contienen también grasa saturada, fundamentalmente por utilizar aceites de coco y palma. Ambos tipos de alimentos deben ser no excluidos pero sí limitados en la alimentación habitual.



Los aceites de semillas, como girasol, maíz, soja, etc., son de tipo mayoritariamente poliinsaturado, pudiendo considerarse como beneficiosos para la salud y también porque no elevan el colesterol como las grasas anteriormente citadas. Sin embargo, una ingesta excesiva de estas mismas grasas no es aconsejable. Merece una especial atención la grasa de pescado que desde hace una década se empieza a conocer su beneficioso efecto. Los pescados grasos tienen una grasa que contiene unos ácidos grasos denominados Omega-3, los cuales producen unos efectos claramente positivos, haciendo que la sangre no sufra coagulaciones excesivas, que disminuya la capacidad de formación de trombos sanguíneos que son los que generan anginas e infartos de miocardio, y que los pequeños vasos sanguíneos, se puedan dilatar.

No existe prácticamente ningún otro alimento que contenga estos ácidos grasos Omega-3, que contiene el pescado, salvo la leche humana.

Por último, está el aceite de oliva con un contenido mayoritario de un ácido graso monoinsaturado, el oleico, con evidentes ventajas a todos los niveles del organismo, desde el sistema digestivo al circulatorio, pasando por el sistema inmunitario, que es el res-



ponsable de defender nuestro organismo.

Este aceite es sustituido en cocina por aceites de semilla, y si éstos son buenos como ya se ha comentado, el de oliva es algo mejor, de ahí que siempre que se pueda es el que hay que tomar de preferencia.

En conclusión, dentro de las grasas y aceites que se toman habitualmente, los de preferencia son el aceite de oliva y los ácidos

grasos Omega-3, quedando los aceites de semilla como sustitutos del de oliva cuando no se use éste, y reduciendo bastante la grasa saturada de pastelería y de bollería y las piezas más grasas de los animales terrestres. Actualmente, también puede incorporarse en nuestra alimentación diaria leche desnatada a la cual se le han incorporado los citados ácidos grasos Omega-3 y ácido oleico.



ALZHEIMER

La enfermedad del olvido

Sonia Rodríguez Casado

Imágenes cedidas por AFAL

En una de cada cuatro familias hoy en día hay un enfermo de Alzheimer, que es una enfermedad neurológica, lentamente progresiva e irreversible, que afecta al cerebro y produce un deterioro de las funciones cognitivas. Es la causa más frecuente de demencia y actualmente no tiene cura, su avance sólo puede ralentizarse utilizando fármacos que actualmente están en el mercado y se basan en la hipótesis colinérgica, por lo que el diagnóstico debe ser realizado lo antes posible ya que existen enfermedades curables que producen síntomas parecidos.

Hasta hace pocos años se creía que la senilidad o pérdida progresiva de facultades mentales, era la consecuencia natural e inevitable de la edad. Sin embargo, desde 1977 los expertos han observado que el 10% de las personas mayores de 65 años sufren lesiones cerebrales orgánicas que se relacionan con la senilidad; de estas lesiones el 75% se diagnostican como la enfermedad de Alzheimer y el 25% restante se corresponde con alteraciones cerebrales producidas por infartos múltiples.

Síntomas principales de la enfermedad de Alzheimer:

Esta enfermedad o demencia tipo Alzheimer origina cambios en la conducta y en la personalidad

con una progresiva pérdida de memoria, de la capacidad verbal, del razonamiento y con el tiempo, de todas las funciones mentales. La pérdida de facultades sigue un patrón inverso al del aprendizaje. Aunque las personas diagnosticadas de enfermedad de Alzheimer no tienen por qué presentar los mismos síntomas, hay comportamientos y síntomas que son comunes.

M^a Jesús Morala del Campo, vocal de comunicación de la Junta Directiva de la Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer (AFAL), explica que “el Alzheimer presenta dos tipos de trastornos; el trastorno cognitivo y el conductivo; se producen problemas de memoria, de entendimiento, del juicio, de la personalidad, pero también otro tipo de problemas que son los que más hacen sufrir a la familia, como trastornos del sueño, problemas de vagabundeo, episodios de agresividad, y que son los que menos se tienen en cuenta desde el punto de vista médico, porque pertenecen al ámbito



de la psiquiatría o psicología y como esta enfermedad siempre se ha tratado desde la perspectiva de la neurología, siempre se les ha dado menos importancia”.

Diagnóstico y evolución de la enfermedad de Alzheimer:

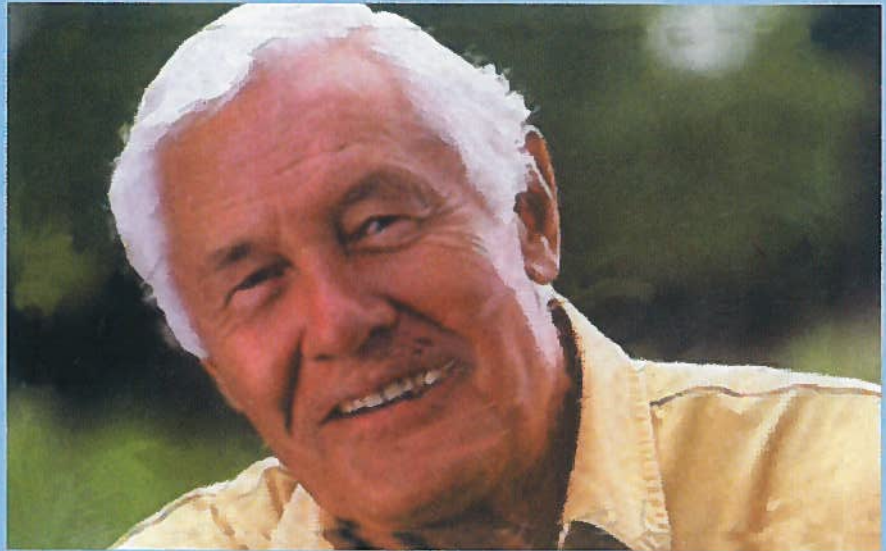
La enfermedad tiene un inicio poco llamativo y su comienzo es difícil de determinar. El proceso hasta el deterioro total puede tener una duración entre 2 y 20 años, pero lo más frecuente es entre 5 y 10 años. En cada enfermo varía el estado individual de salud, el medio social que lo rodea, la familia, la personalidad y sus experiencias pasadas. La enfermedad se puede dividir en tres fases: leve, moderada y severa.

Según M^a José Morala, “los estudios epidemiológicos que existen sobre la enfermedad de Alzheimer son muy pobres, pero el IMSERSO maneja una cifra de 350.000 enfermos. Nosotros pensamos que hay muchos más porque hay mucha gente sin diagnosticar en España y sólo en la Comunidad Autónoma de Madrid hay unos 35.000 afectados de Alzheimer”.

El enfermo de Alzheimer y su familia:

La enfermedad de Alzheimer puede unir o desunir a una familia. Tiende a aislar al enfermo y al cuidador principal.

“Es importante que la familia se reúna y hable de las inquietudes que tienen, que todos se informen y planteen la forma de ayudarse mutuamente. Es necesario ofrecer soporte a los familiares y en especial a los cónyuges de edad avanzada, adelantarse a los



problemas eficazmente, planificar el futuro, planificar los asuntos económicos y legales cuanto antes. Pero lo más importante es intentar tener descanso, evitar que un sólo familiar se encargue del cuidado del enfermo, ya que un cuidador sobrecargado y cansado pasará de ser un buen cuidador a ser un enfermo, siendo fundamental el apoyo y el cuidado de los cuidadores”, apunta la representante de AFAL.

El cuidado del enfermo de Alzheimer:

El primer sitio al que acude un familiar con el afectado de Alzheimer es a los centros de Atención Primaria. Desde AFAL reclaman una mayor preparación de los médicos de familia, de manera que se conozcan bien las demencias y se derive a estos enfermos a unos buenos especialistas: neurólogos, geriatras, psiquiatras, que son los profesionales que suelen diagnosticar esta enfermedad, para llegar a un diagnóstico lo antes posible.

Desde AFAL no existen quejas con respecto al trato profesional del equipo de enfermería. “Los

Auxiliares de Enfermería son profesionales plenamente cualificados en el trato al enfermo de Alzheimer, le atienden adecuadamente, pero son insuficientes; hay escasez de personal, que es lo más llamativo y lo que más quejas genera en las residencias. En definitiva, deberían existir mejores ratios de personal en los hospitales” prosigue M^a Jesús Morala.

Con respecto a las ayudas que reciben estos enfermos por parte de la Administración, la responsable de AFAL explica que “la coordinación socio-sanitaria que debería existir entre los dos ministerios encargados de atender las demandas de esta enfermedad, Trabajo y Asuntos Sociales, no se da adecuadamente y éste es uno de los caballos de batalla de AFAL. En este sentido, el IMSERSO ha puesto en marcha recientemente un *Plan de Atención al Alzheimer y otras demencias* y un *Plan de Apoyo a la Vida Laboral y Familiar*, que podrá beneficiar a los afectados y a sus cuidadores”.

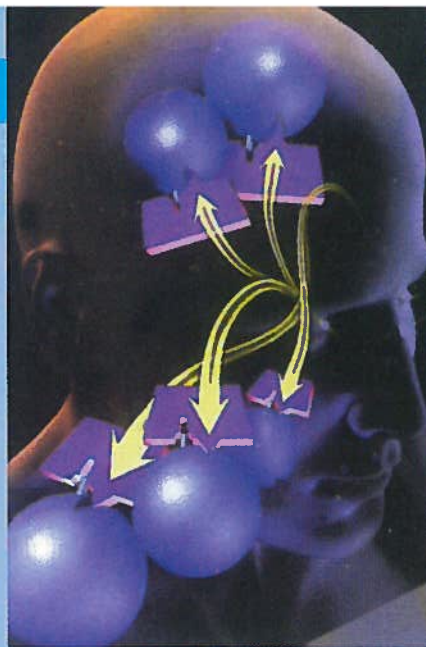
En otro orden de cosas, M^a Jesús Morala señala que “la familia española está cambiando y está

desapareciendo el papel de la cuidadora familiar. La Administración debería darse cuenta de ello ya que no puede seguir tirando indefinidamente de este papel, sino intentar crear otros servicios: plazas de centros de día, centros de respiro, residencias, ayuda a domicilio, etc., porque la cuidadora tiende a desaparecer”.

Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer (AFAL):

AFAL surgió en el año 1989 por iniciativa de 8 familias que constataron la necesidad que tenían los familiares de apoyarse mutuamente y vieron que la asociación era una excelente plataforma para difundir en la sociedad la existencia de la enfermedad, fomentar la investigación científica sobre este tipo de demencia, y conseguir una mayor calidad de vida para los enfermos y sus cuidadores.

El asociacionismo en Alzheimer se ha extendido por toda España y existe una federación de asociaciones en cada comunidad autónoma. AFAL, que es la asociación del municipio de Madrid y que en la actualidad cuenta con un total de 1.300 socios, forma parte de la federación madrileña de asociaciones de Alzheimer y a su vez de la Confederación Española de Familiares de Enfermos de Alzheimer y otras demencias (AFAF), cuyo congreso nacional se celebró el pasado mes de noviembre en Bilbao. La Confederación participa a su vez en el congreso internacional que celebra la asociación internacional que abarca esta enfermedad, es decir, la Alzheimer Disease International (ADI). Asimismo, AFAL tiene un convenio de colaboración



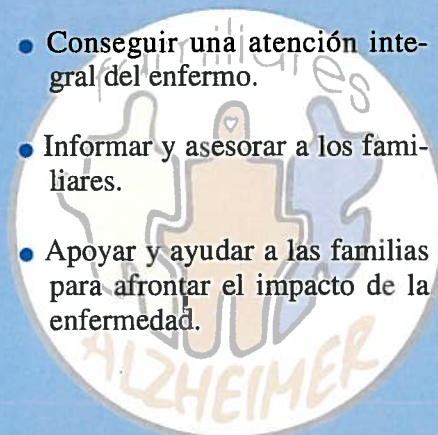
con la Fundación Alzheimer España para recaudar fondos destinados a la investigación en el día internacional del Alzheimer, que se celebra el 21 de septiembre.

Se estima que en el año 2020 en una de cada tres familias habrá un enfermo de Alzheimer.

En España contamos con excelentes investigadores, como el equipo del doctor Martínez Lage, de la Universidad de Navarra, o el de Fernando Valdivieso, del Centro de Biología Molecular de la Comunidad Autónoma de Madrid.

Bajo el lema: *tu enfermo cuenta contigo, tú cuentas con nosotros*, AFAL se ha marcado una serie de objetivos entre los que destacan los siguientes:

- Aprender a vivir de la mejor manera posible con un enfermo de Alzheimer.
- Conseguir una atención integral del enfermo.
- Informar y asesorar a los familiares.
- Apoyar y ayudar a las familias para afrontar el impacto de la enfermedad.



- Difundir la necesidad de un diagnóstico precoz.
- Promocionar la asistencia integral al enfermo.
- Estimular la investigación.
- Sensibilizar a la opinión pública y a las instituciones sobre la carga familiar que supone atender al afectado.
- Representar y defender los intereses de los enfermos y de sus familias.

Por otra parte, dentro de esta asociación se desarrollan actividades de información, difusión, apoyo y ayuda a las familias, entre las que cabe mencionar las cartas, publicaciones, charlas informativas, información telefónica, orientación a las familias, entrevistas con los familiares, apoyo con voluntarios a familiares con enfermos de Alzheimer, talleres y cursos de formación para familiares, profesionales y voluntarios, información médica especializada, información sobre asuntos legales, información sobre centros asistenciales, etc.

En otro orden de cosas, entre las actividades de apoyo y ayuda a las familias destaca el servicio de ayuda a domicilio, ayudas técnicas, asistencia social, programa de descanso dominical, mediación familiar, grupos de trabajo de autoayuda con enfermos, grupos de ayuda mutua, voluntariado, intervención psicológica individual, terapias psicológicas grupales y otras actividades de representación y defensa de los intereses de los enfermos y de sus familiares.



CITAS

- “Quien no comprende una mirada, tampoco comprenderá una larga explicación”. **Proverbio árabe.**
- “La arena del desierto es para el viajero fatigado lo mismo que la conversación incesante para el amante del silencio”. **Proverbio persa.**
- “La sabiduría viene de escuchar; de hablar el arrepentimiento”. **Proverbio italiano.**
- “Aquel cuya sonrisa le embellece es bueno; aquel cuya sonrisa le desfigura es malo”. **Proverbio húngaro.**
- “Todos los ríos van al mar, pero el mar no se desborda”. **Proverbio chino.**
- “Lo que no te guste a tí, no lo quieras para mí”. **Proverbio español.**
- “Si te molesta que te mientan, no preguntes”. **Proverbio estadounidense.**
- “El corazón en paz ve una fiesta en todas las aldeas”. **Proverbio hindú.**
- “Cuando apuntas con el dedo recuerda que otros tres dedos te señalan a tí”. **Proverbio inglés.**
- “Con una mentira suele irse muy lejos, pero sin esperanzas de volver”. **Proverbio judío.**

SOPA DE LETRAS B

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

Localiza nueve glándulas endocrinas del cuerpo humano.

SOPA DE LETRAS A

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

Localiza cinco órganos del sistema urinario.

SOLUCIONES

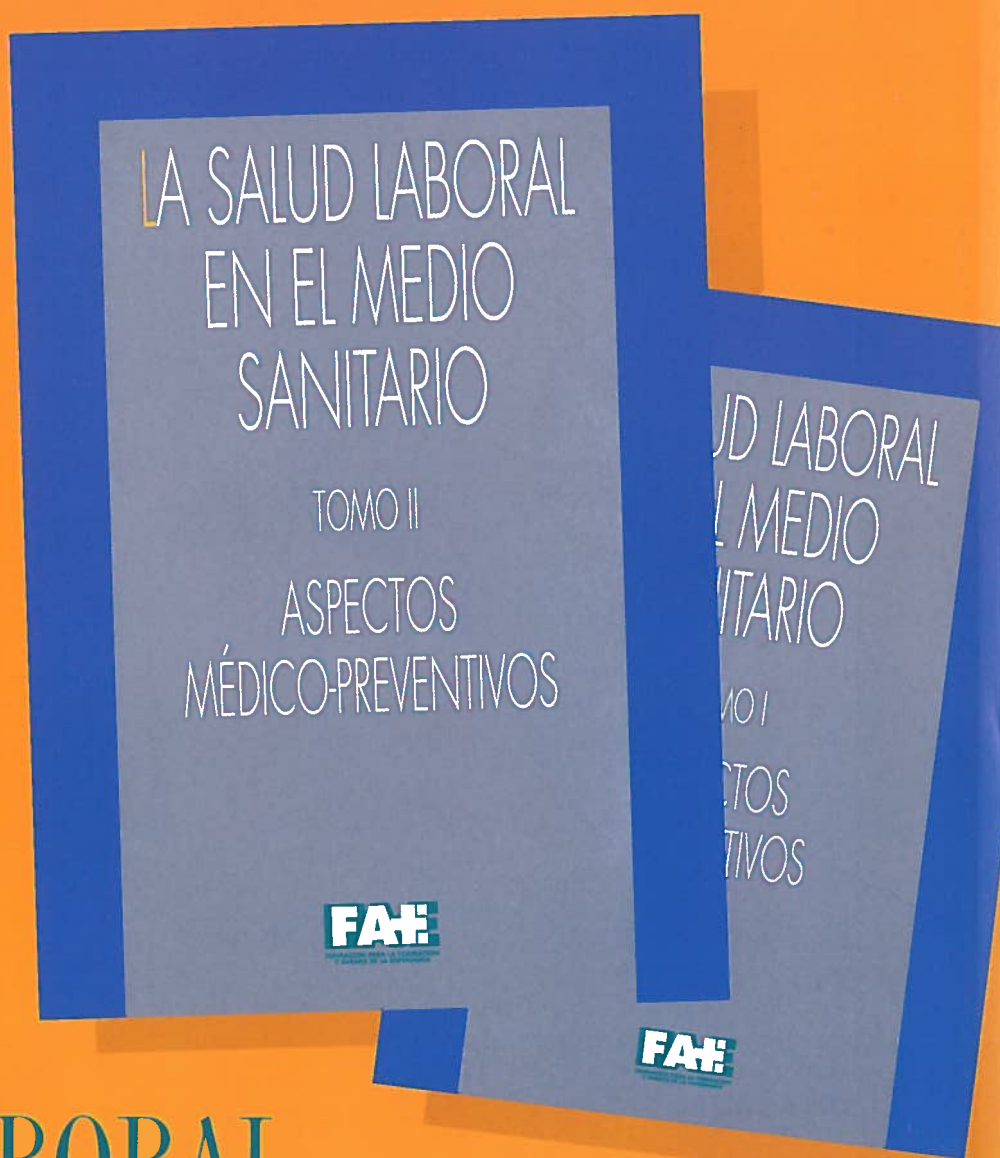
U	E	T	(E	P	I	T	E	L	I	O	M	A	S)	F	E	E	H
R	D	G	E	W	C	K	O	S	X	B	B	F	U	Y	U	D	W	I
E	C	M	T	Q	A	S	U	E	N	N	D	N	J	W	Q	K	H	R
I	M	C	F	O	T	S	S	A	R	U	P	R	U	P	J	T	U	
S	Y	O	V	T	L	U	D	N	T	I	O	E	I	K	R	A	U	R
C	I	N	O	N	D	E	R	E	C	H	O	S	E	R	Y	Ñ	R	T
R	N	A	M	C	T	F	N	G	R	P	J	R	R	O	T	P	B	I
E	B	L	L	X	D	H	F	F	D	O	S	B	D	E	T	L	E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

Sopa de Letras A

Sopa de Letras B

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

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

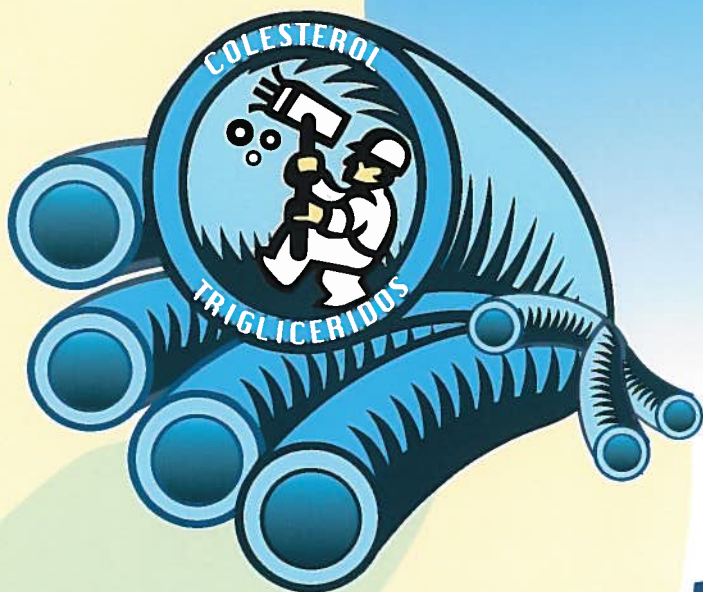


Practica,
fomenta
y exige
SALUD LABORAL

CONSIGUE TUS EJEMPLARES PONIÉNDOTE 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

AVISO IMPORTANTE SOBRE EL COLESTEROL Y LOS TRIGLICERIDOS



La dieta es uno de los principales hábitos de vida a modificar en el tratamiento de las hiperlipidemias, hipertensión y otras enfermedades cardiovasculares.

Puleva OMEGA₃ es leche enriquecida con grasa cardiosaludable (ácidos grasos Omega-3 y ácido oleico) y vitamina E. De esta forma Puleva OMEGA₃ contribuye desde la dieta habitual a mejorar el perfil lipídico.



Para más información: 902 100 019. www.puleva.es

