

**Ligadura de trompas:
un método seguro**

**Kárate, adiestramiento
del espíritu**

Envases de medicamentos el lenguaje de los signos

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

PROGRAMA DE FORMACIÓN FAE

CURSO ACADÉMICO 2000/2001 PRESENCIAL Y DISTANCIA

FAE
FUNDACION PARA LA FORMACION
Y AVANCE DE LA ENFERMERIA

Fuencarral, 77 - 6ª Izda. 28004 Madrid
Tels. 91 521 52 24/95 Fax: 91 521 53 83

S.A.E.

SINDICATO DE AUXILIARES DE ENFERMERIA

CURSOS

- Actualización del Auxiliar de Enfermería en el equipo de cuidados
- Alzheimer y calidad de vida
- Anorexia y bulimia
- Antropología de la salud
- Aparato digestivo. Patologías
- Atención a domicilio
- Atención al paciente minuesválido físico y psíquico I y II
- Bioética
- Biología de la nutrición
- Comunicación y relaciones humanas
- Control de estrés
- Cuidados al drogodependiente
- Cuidados al paciente geriátrico I y II
- Cuidados al paciente trasplantado
- Cuidados en cardiología
- Cuidados en la unidad de hemodiálisis
- Cuidados en salud mental y psiquiatría I y II
- Cuidados en urgencias pediátricas
- Cuidados materno-infantiles
- Cuidados en U.C.I. pediátrica
- Cuidados intensivos
- Cuidados paliativos
- Cuidados, patologías y prevención del VIH-SIDA
- Cuidados pediátricos
- Curso básico de actualización de conocimientos I y II
- Curso básico de epidemiología
- Desinfección y esterilización
- Diseño, desarrollo y evaluación de programas para la salud
- Economía básica para personal sanitario
- Educación para la salud
- Educación sexual
- El paciente diabético. Educación y cuidados
- El paciente en la unidad de traumatología
- El paciente oncológico
- Emergencias en politraumatismos
- Formación de formadores
- Habilidades para trabajar en equipos sanitarios
- Informática aplicada a las ciencias sanitarias I
- Informática aplicada a las ciencias sanitarias II
- La salud a través de la historia de la ciencia
- Medio ambiente y salud
- Medios de comunicación y salud
- Metodología de la investigación científica
- Nutrición y dietética
- Organización de las emergencias y catástrofes I y II
- Patologías asociadas a la menopausia
- Prevención cardiovascular
- Psicomotricidad, musicoterapia y psicodanza
- Reanimación cardiopulmonar
- Riesgos laborales en el medio sanitario
- Salud pública y comunitaria en atención primaria
- Sociología de la salud
- Úlceras por presión
- Urgencias hospitalarias



CONSEJO EDITORIAL
DE NOSOCOMIO

Directora

Dolores Martínez Márquez

Consejo de redacción

Ana Escobar Flórez

Redactora jefe

Montse García García

Redacción

Vanessa Valverde
Javier Villoslada

Comité científico

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

Colaboradores

PLANNER MEDIA
BERBÉS ASOCIADOS
PULEVA
Francisco Soto Álvarez
Rafael Iglesias Polonio
Julio Pato Alonso

Edita

FAE (Fundación para la
Formación y Avance de
la Enfermería)
Fuencarral nº 77, 6º izqda.
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@retemail.es

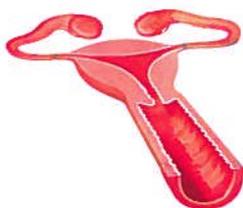
La empresa editora no se hace
responsable de las opiniones
que los colaboradores de
NOSOCOMIO puedan
expresar en estas páginas

EN ESTE NÚMERO

4

ENVASES DE MEDICAMENTOS

LOS SÍMBOLOS QUE APARECEN EN LOS ENVASES DE LOS MEDICAMENTOS TIENEN UNA IMPORTANCIA TRASCENDENTAL QUE HAY QUE SABER INTERPRETAR.



LIGADURA DE TROMPAS

EL MÉTODO DE ESTERILIZACIÓN PERMANENTE MÁS FRECUENTE EN LA ACTUALIDAD, SIN CONSECUENCIAS NEGATIVAS EN LA MENSTRUACIÓN Y ESCASOS EFECTOS SECUNDARIOS.

7

10

KÁRATE, ADIESTRAMIENTO DEL ESPÍRITU

LA PRÁCTICA DE LAS ARTES MARCIALES PERMITE ADQUIRIR AUTODISCIPLINA, ESPÍRITU DE SACRIFICIO Y DETERMINACIÓN.



EL PACIENTE RENAL

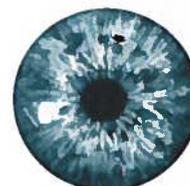
LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES RENALES HA MEJORADO CONSIDERABLEMENTE EN LOS ÚLTIMOS AÑOS GRACIAS A DISTINTOS AVANCES CIENTÍFICOS.

13

37

HABLAN LAS ASOCIACIONES

LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROFIBROMATOSIS REPRESENTA A TODOS LOS PACIENTES DE DOS ENFERMEDADES MULTISISTÉMICAS, DOMINANTES Y HEREDITARIAS QUE SE MANIFIESTAN CON DISTINTOS SÍNTOMAS.



SALUD EN LA PANTALLA

LOS CONTENIDOS SANITARIOS NO HAN ESCAPADO A LA RED INFORMÁTICA Y CADA VEZ ES MAYOR EL NÚMERO DE PÁGINAS CON INFORMACIÓN MÉDICO-SANITARIA.

40

50

LA MENOPAUSIA Y LA INVESTIGACIÓN

NO PUEDEN JUSTIFICARSE HOY EN DÍA LAS POSTURAS TRADICIONALES AVALADAS EN CONCEPTOS ERRÓNEOS QUE OBLIGABAN A LA MUJER A ACEPTAR PASIVAMENTE TODAS LAS MANIFESTACIONES DERIVADAS DE LA MENOPAUSIA.



Editorial



L

a nefrología ha experimentado un notable avance en estos últimos quince años. Por fortuna, el enfermo renal diagnosticado en los años ochenta nada tiene que ver con el actual.

Tras numerosos estudios exitosos, la investigación y las técnicas han conseguido que estos pacientes afectados de diferentes dolencias hayan elevado considerablemente su calidad de vida, tanto personal como familiar.

Por ello, es tarea del personal de enfermería cuidar al paciente, tanto física como psicológicamente, ya que se enfrenta a un futuro en el que tendrán que padecer una enfermedad crónica que les acompañará el resto de su vida. Pero también es competencia del personal sanitario atender y asesorar para conseguir que estos enfermos lleven una buena andadura; se convierte en algo muy importante cuidar y enseñar a sus familiares más cercanos, ya que tienen un papel relevante en la vida de estos enfermos y son, junto con nuestro equipo, el otro pilar imprescindible para sobrellevar la enfermedad.

Donde quizá se constate un mayor avance de la nefrología es en los transplantes de riñón, que han pasado de ser complejos y susceptibles de rechazo a exitosos en tal medida que se realizan tanto a adultos como a niños.

Por todo esto podemos decir que estamos de enhorabuena, aunque quede aún mucho por estudiar. Desde NOSOCOMIO queremos felicitar a todos los profesionales que se ocupan de la investigación de estas patologías, y a todo el personal que cada día en los hospitales cuida, anima y apoya a sus enfermos.

Ojalá que en este siglo XXI sigamos augurando a estas personas un futuro cada vez mejor.

BUZÓN DE SUGERENCIAS

Nosocomio:

Enhorabuena por el reportaje que habéis publicado en el número anterior de NOSOCOMIO sobre los trastornos de los adolescentes. Me ha gustado mucho, ya que me parece que es un tema poco conocido y, sin embargo, muy interesante, a la vez que verdaderamente importante.

Considero que si hubiese más publicaciones e información al respecto se podrían erradicar y detectar con mayor anticipación estos problemas, porque supongo que también habrá más casos desconocidos que estadísticamente conocidos.

Gracias por vuestra revista y por lo bien elaborada que está. Y continuad.

M. Presa
Huelva

Señor director:

Quiero hacer una llamada a todo el colectivo de Auxiliares de Enfermería para que nos manifestemos en favor de unas escuelas de enfermería básicas, que es donde se adquiere el verdadero espíritu de enfermería y no en los institutos ni en las

pruebas de acceso mágicas donde se obtiene un título de Auxiliar, discriminando a todas las Auxiliares que tuvieron que superar dos años de Formación Profesional.

Espero que estas pruebas llamadas de madurez desaparezcan, por el bien del futuro del colectivo de Auxiliares de Enfermería.

Soledad Rivera
Sevilla

Estimados amigos:

Como he leído en algunas publicaciones, llevamos 40 años de profesión y eso no le puede pasar desapercibido a nadie y menos a éste, nuestro colectivo de Auxiliares de Enfermería. Como cambiamos de siglo, espero y deseo para todos nosotros que por fin haya un claro y contundente cambio de mentalidad con respecto a nuestra profesión, un mayor reconocimiento a nuestra andadura y que, al final, el Auxiliar de Enfermería esté donde y como debe estar.

No sé si será a través de la revista el medio más idóneo para hacer esta reivindicación, pero a mi me ha parecido oportuno



pedir por medio de este buzón de sugerencias nuestra carrera profesional.

Enhorabuena por la revista.

Inmaculada Nora
Lugo

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 las 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 - Fuencarral nº 77, 6º izqda. / 28004 Madrid / E-mail: fae@futurnet.es

Envases de



medicamentos: el lenguaje de los signos

Julio Pato Alonso
Licenciado en Farmacia

Aunque el prospecto es la fuente más importante de información que cualquier usuario tiene del medicamento, el envase proporciona también una serie de datos de interés acerca de éste. Sin embargo, gran parte de esa información suele aparecer en forma de números, siglas y símbolos, lo que hace que sea difícilmente interpretable por el usuario. En este artículo explicamos su significado.

Información legible

En las distintas caras del envase aparece información relativa al:

Medicamento

- Nombre comercial ®
- Composición: principios activos y excipientes.
- Forma farmacéutica: comprimidos, suspensión, supositorios, etc.
- Condiciones de preparación y conservación: si es necesario.
- Vía de administración: oral, rectal, vaginal...

Fabricante

- Nombre y dirección del laboratorio.
- Director técnico del mismo.

Información no legible

Código nacional (ángulo superior derecho)

Es un número de seis cifras único para cada presentación farmacéutica, con lo cual ésta queda perfectamente identificada. En el caso de los medicamentos, este número comienza necesariamente por 6, 7, 8 ó

9. En el caso de otros productos sanitarios como material de cura, pañales de incontinencia, productos de parafarmacia, etc., este número empieza por 1, 2, 3 ó 4.

Símbolos gráficos que aparecen junto al código nacional

Círculos

Si no aparece ningún círculo, el medicamento no precisa receta para ser dispensado.

- El medicamento, para su dispensación, precisa receta médica ordinaria.
- El medicamento, para su dispensación, precisa receta

médica ordinaria pero, además, estos símbolos indican que alguno de los principios activos que contiene el medicamento son psicótrópos, por lo que la farmacia está obligada a quedarse con la receta en su poder, anotando al dorso el nombre y DNI de la persona que retira el medicamento (que no tiene porqué ser el propio paciente).



- El medicamento para su dispensación precisa receta especial de estupefacientes. Existe normativa complementaria de seguimiento, más rígida aún que en el caso anterior.

Otros símbolos

- * Conservación en frigorífico.
- ⌚ Caducidad inferior a cinco años.
- ☢ Material radiactivo (radiofármaco).

Siglas

Junto al Código Nacional puede aparecer alguna de estas siglas:

- EFG: Especialidad Farmacéutica Genérica.
- EFP: Especialidad Farmacéutica Publicitaria. Significa que ese medicamento puede anunciarse. Aún así esa publicidad está debidamente reglamentada por las autoridades sanitarias. Estos medicamentos no son financiados por la Seguridad Social.
- ECM: Especialidad de Especial Control Médico. Figura en aquellos medicamentos que, por sus importantes efectos secundarios u otros motivos, requieren un control especial. En la receta deberán llevar el visado de la inspección de la SS para que el farmacéutico pueda dispensarla.
- TLD: Tratamiento de Larga Duración. Aparece en aquellos envases de medicamentos indicados para enfermedades crónicas que, por este motivo, suelen requerir tratamientos prolongados.
- DH: Diagnóstico Hospitalario. Figura en aquellos medicamentos en los cuales el



médico, antes de prescribirlos, debe someter al paciente a pruebas diagnósticas hospitalarias. En el cupón de precinto aparece además el siguiente símbolo: □. Es necesario el visado de la inspección de la SS en la receta.

- H: Hospitalarios. Medicamentos que sólo deben utilizarse en el ámbito hospitalario y que, por tanto, no se dispensan en las oficinas de farmacia.
- EC: Envase Clínico. Aparece en aquellos medicamentos en los que por su presentación (gran número de unidades) se utilizan en hospitales.

Cupón precinto

Es la parte del envase que recorremos los farmacéuticos y que se adjunta a la receta. Deben figurar obligatoriamente:

- Las siglas ASSS: Asistencia Sistema Seguridad Social, que significa que ese medicamento es financiado por la Seguridad Social.
- Nombre del laboratorio.

- Nombre del medicamento, dosis y presentación.
- Código nacional.
- Código de barras.

Además pueden aparecer estos símbolos:

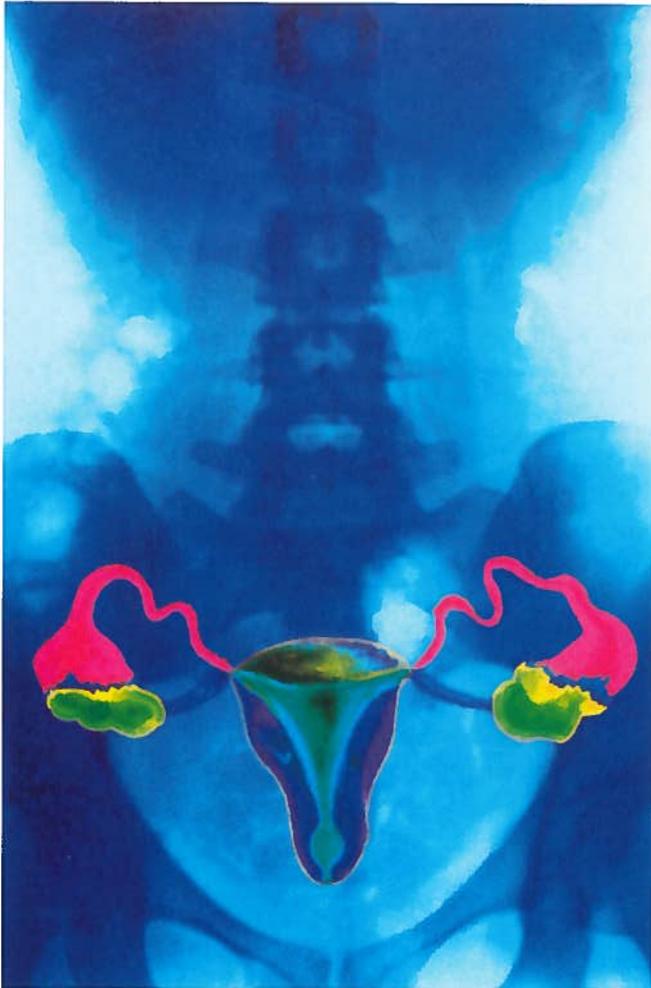
- Este círculo negro significa que es un medicamento de aportación reducida. El paciente sólo paga el 10% del importe con un máximo de 439 pesetas.
- ▲ En especialidades de diagnóstico hospitalario.

Caducidad

Debe venir expresado:

- **Fecha de caducidad.** Debe expresarse claramente con el mes y el año.
- **Lote de fabricación.** Se indica por una letra que se refiere al año de fabricación y un número que es del lote. Es importante porque la duración máxima de un medicamento es de 5 años a partir de su fabricación. Si el medicamento no caduca antes de esos 5 años, no es obligatorio poner la fecha de caducidad ni el reloj de arena. Por ejemplo, la letra **K** significa que el medicamento se fabricó en 1996 y, por tanto, caducará en este año 2001.

Ligadura de trompas: un método seguro



Más de 138 millones de mujeres en el mundo recurren a la ligadura de trompas como método de esterilización. Sin embargo, la posibilidad de padecer trastornos menstruales o de cualquier otro tipo ha provocado un arduo debate en la comunidad médica, que se ha solucionado con la publicación de un detallado informe de un estudio en una de las más prestigiosas revistas para la comunidad sanitaria.

Vanessa Valverde

No hay ninguna causa biológica que pueda llevar a pensar que la esterilización por ligadura de trompas tenga consecuencias negativas en la menstruación. Ésta es la conclusión a la que ha llegado un estudio realizado por varias instituciones en EEUU y que pretende poner fin al conflicto surgido sobre la seguridad de este método de esterilización. Este conflicto había llevado a muchos profesionales a plantearse

las virtudes que siempre se habían atribuido a la ligadura de trompas.

El estudio se ha centrado en distintos cuestionarios sobre los ciclos menstruales realizados durante varios años a dos grupos de mujeres: el primero de estos grupos lo formaban mujeres sometidas a ligaduras de trompas y el segundo, por el contrario, estaba formado por mujeres cuyas parejas habían sido esterilizadas mediante vasectomía. La conclusión es que

no existen diferencias entre la menstruación de ambos grupos de mujeres.

La polémica surgida ha tenido un gran eco, ya que la ligadura de trompas es el método de esterilización permanente más recurrido en la actualidad. Más de 138 millones de mujeres en todo el mundo han pasado ya por el quirófano para evitar un nuevo embarazo. La seguridad y fiabilidad del método son las dos razones más habituales, y

las más citadas por todas las mujeres cuando deciden practicar-se la ligadura de trompas.

Un método eficaz

La ligadura de trompas es un procedimiento quirúrgico mediante el cual se bloquean las trompas de Falopio por las que viajan los óvulos femeninos, para impedir que éstos se unan con los espermatozoides masculinos.

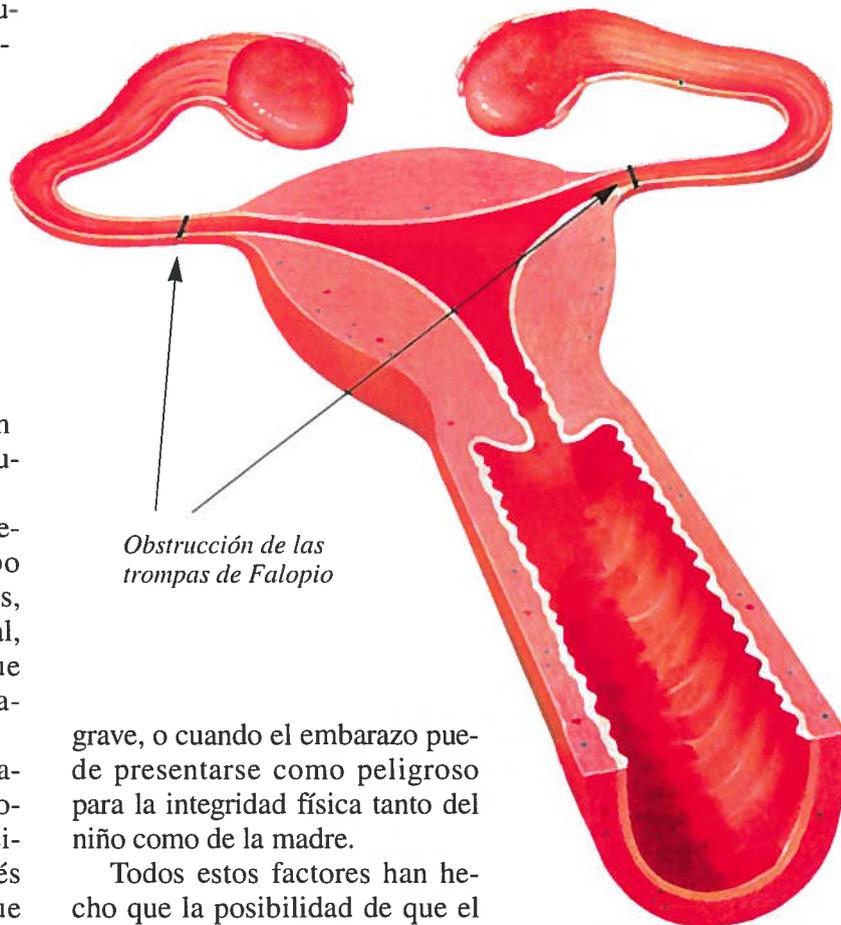
La operación es sencilla y requiere tan sólo de un tiempo aproximado de 30 a 45 minutos, casi siempre con anestesia local, evitándose así los riesgos que puede conllevar la administración de anestesia general.

Esta operación se lleva a cabo a través de una minilaparotomía, es decir, una pequeña incisión en el abdomen o a través del laparoscopio, un tubo que insertado en el abdomen permite visualizar y manipular las trompas.

El cierre de las trompas de Falopio puede realizarse a través de métodos como el pinzamiento, la obstrucción mediante bandas de plástico, la sección y ligadura o la cauterización eléctrica.

Ésta es una esterilización a la que recurre un número de mujeres cada vez mayor que han decidido no tener más hijos, sobre todo después del último parto y, en mayor medida, cuando estos se han llevado a cabo por cesárea.

Sin embargo, muchas veces el método es más que una recomendación, casi una obligación en algunos casos. Ésta es la situación típica de aquellas mujeres que presentan riesgos de contagio al bebé de alguna enfermedad



grave, o cuando el embarazo puede presentarse como peligroso para la integridad física tanto del niño como de la madre.

Todos estos factores han hecho que la posibilidad de que el método pueda venir acompañado de trastornos menstruales, haya sacudido con mayor contundencia la conciencia existente sobre la seguridad de la esterilización y su carencia de efectos secundarios.

Ventajas del método

Cuando una mujer decide realizarse una ligadura de trompas ha de estar segura de su decisión, ya que, en la mayoría de los casos, no posibilita la reversión exitosa. Esto dependerá en buena medida del tipo de operación practicada. En cualquier caso, se trata de una decisión complicada que, muchas veces, puede venir acompañada en los primeros momentos por un trastorno emocional coincidente con el fin de la fertilidad de la mujer, que piensa haber dejado

ya atrás una parte importante de su vida.

Estos ligeros efectos emocionales son, sin embargo, los únicos que están reconocidos. En el resto de campos, según numerosos expertos, la mujer puede seguir llevando una vida absolutamente normal. La operación no afecta a la feminidad; el cuerpo sigue produciendo hormonas femeninas con total normalidad y la menopausia no tiene por qué aparecer más temprano como consecuencia de la ligadura de trompas.

La mujer puede, además, seguir disfrutando con la misma normalidad de su vida sexual. Incluso hay mujeres que aseguran poder disfrutar de su sexualidad con mayor seguridad y espontaneidad ante la desaparición del riesgo a quedarse embarazada.

La operación no afecta, finalmente, a la lactancia en las madres. Éste es uno de los aspectos que más preocupan a las operadas, ya que, en un alto porcentaje, la ligadura de trompas se efectúa en uno de los momentos más óptimos para ello, después del último parto, y las madres temen por las posibles repercusiones en la alimentación de los bebés.

Escasos efectos secundarios

La operación que requiere la ligadura de trompas puede ser el mayor problema de este tipo de esterilización, ya que un procedimiento quirúrgico, de cualquier tipo que sea, puede traer consigo algunas molestias, y en raras ocasiones, la anestesia o el procedimiento pueden venir acompañados de complicaciones, que en el caso de la ligadura de trompas suponen un porcentaje ínfimo del total.

En cualquier caso, el método presenta otras desventajas como, por ejemplo, la posibilidad de arrepentimiento de la mujer, en cuyo caso la cirugía de reversión no es imposible, pero sí costosa y complicada.

La ligadura de trompas tiene un índice de error pequeño, que ronda el 2% de mujeres embarazadas tras serle realizada la operación. El problema de este embarazo, sin embargo, es que hay muchas probabilidades de que sea ectópico, es decir, que el feto se desarrolle en una trompa de Falopio en lugar del útero. Éste es, además, un tipo de embarazo muy peligroso y que requiere de una continua atención médica por los riesgos que supone tanto para el bebé como para la madre.



Por último, este tipo de esterilización no protege contra las enfermedades de transmisión sexual como el VIH, por lo que, si existen riesgos de padecer este tipo de enfermedades, será necesaria la combinación con otras medidas profilácticas.

Por lo demás, la ligadura de trompas se presenta como el método de esterilización femenina más seguro y eficaz del momento, mientras los científicos, médicos y expertos siguen trabajando en aras de lograr un método de esterilización permanente no quirúrgico.

EL KÁRATE:



Indiestramiento del espíritu

Rafael Iglesias Polonio
Campeón de Kárate de España

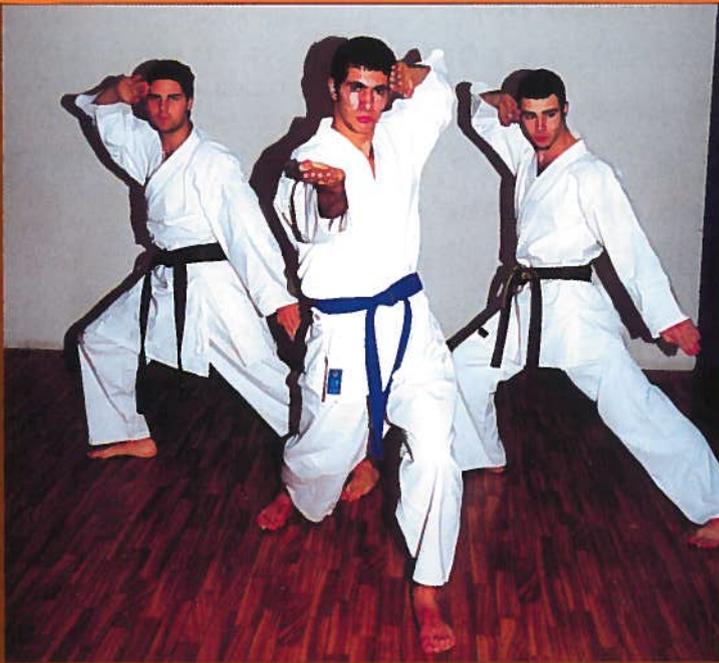
Las artes marciales no son sólo un mero aprendizaje de cualidades físicas. Su objetivo no es simplemente ejercer una superioridad en el momento del combate, sino que también busca como fin un continuo desarrollo psíquico y mental, cuidando así al completo la salud del individuo. Éste es el camino hacia el que está orientada también la práctica del kárate.

Según las tradiciones europeas, la persona que se consideraba de reconocido valor y gran dignidad, con sobrados méritos tanto en el campo de batalla como en las relaciones con sus conciudadanos, era premiada con el título de caballero. De esta forma, se destacaba a su receptor y se indicaba que era una persona de honor, además de tener una destreza manifiesta para el combate.

De forma paralela, en el antiguo Japón a estos individuos se los conocía como los samurai. Se trataba de personas respetadas por la sociedad y provistas de todo tipo de atenciones. Obviamente, la



Alumnos de la Escuela de Kárate Montepíncipe (Madrid).



sociedad ha evolucionado y en la actualidad ya no pervive un sistema feudal en el cual es necesaria la figura del caballero o samurai, pues los valores no son los mismos. Sin embargo, la necesidad de cierta disciplina, formación de la personalidad y adquisición de destrezas en el arte del combate (o más concretamente en la defensa personal) siguen existiendo en cada persona.

Mediante las horas de entrenamiento, el practicante de artes marciales adquiere una autodisciplina, espíritu de sacrificio y determinación que le servirán sin duda en su vida cotidiana. Las personas somos producto de las costumbres adquiridas con los años. Entonces, hagamos que estas costumbres sean beneficiosas para nosotros mismos. Si hoy abandonamos un entrenamiento a medias, sentamos un precedente

para casos posteriores; si no admitimos una crítica constructiva con humildad, nunca reconoceremos que no somos perfectos y que se debe mejorar constantemente. Si no tengo confianza en el profesor y sus enseñanzas, no me beneficiaré de su experiencia.

El fin primordial de las artes marciales no es derrotar o vencer a cuantos adversarios se nos presenten, sino formar una personalidad fuerte capaz de superar las dificultades diarias que conlleva la vida, además de reforzar aspectos educativos como el compañerismo, la tolerancia y el respeto, y erradicar otros como la violencia, la falta de ética, honor o de escrúpulos.

Es indudable que la actividad física es rentable y no sólo en personas adultas. Hay que destacar que en la enseñanza de artes marciales de niños y adolescentes, los aspectos positivos más importantes que pueden verse influenciados por la práctica de ejercicio físico son: condición física cardio-vascular, crecimiento óseo, composición corporal, control de la obesidad, control de la presión arterial, etc. Siempre y cuando éste sea guiado por personas cualificadas y de una manera responsable y en cantidades tolerables.

Así pues, se puede afirmar que detrás de un físico fuerte ha de existir una psique fuerte y equilibrada.

Todas estas facetas son las que las artes marciales deben incentivar y acrecentar, para que los cinturones negros de cada disciplina marcial no sean personas con destrezas físicas desarrolladas por el entrenamiento, sino el legado y la herencia de aquellos samurai de antaño, individuos honestos, íntegros y valerosos.

El paciente renal

Francisco Soto Arnáez
*Profesor asociado
Ciencias de la Salud
Universidad Rey Juan Carlos*

Cuando hablamos del riñón todos sabemos que es un órgano que tenemos en número de dos y que su función es la de “limpiar la sangre”. Realmente, sus funciones son más amplias y complejas que depurar la sangre, pues además de eliminar los productos del metabolismo nitrogenado (urea y creatinina principalmente), también regula el volumen de líquidos y electrolitos (sodio, potasio...) y el equilibrio ácido base. Así mismo, tiene una función endocrina, ya que segrega la eritropoyetina (estimula la formación de hematíes en la médula ósea), la renina (influye en la regulación de la tensión arterial), las prostaglandinas (participan en el control del flujo sanguíneo a nivel renal) y actúa sobre el metabolismo de la vitamina D (regula el nivel de fósforo y calcio).



Cuando, por cualquier causa, el riñón no es capaz de realizar correctamente sus funciones, especialmente la de depurar la sangre, estamos ante un fracaso renal y si esta circunstancia se mantiene en el tiempo y no hay posibilidad de que recupere su función, diremos que el paciente tiene un fracaso renal crónico.

Ante esta circunstancia, tenemos que realizar la depuración de la sangre mediante otros mecanismos. Actualmente disponemos de tres métodos para conseguirlo, y son:

- **Trasplante renal:** es el método más idóneo y consiste en trasplantar al paciente un riñón (generalmente de donante fallecido). Si el riñón trasplantado funciona correctamente, el paciente llevará una vida normal con ciertos controles médicos. Este método se ve limitado por la escasez de donantes, ya que no todos los pacientes son candidatos a recibir un trasplante.
- **Hemodiálisis:** es el método más utilizado en la actualidad. Conseguimos depurar la sangre pasándola por una máquina (monitor) que, a través de unos líquidos y membranas semipermeables, consigue eliminar las sustancias nocivas. Suele realizarse por personal sanitario en hospitales o centros especializados.
- **Diálisis peritoneal:** la depuración de la sangre se realiza dentro del propio paciente utilizando el peritoneo (membrana semipermeable que tenemos en el abdomen) y líquidos que se introducen en la cavidad abdominal a través de un catéter. Suele realizarse por el propio paciente o familia en su domicilio.



Evolución en los últimos quince años

Durante este periodo, por un lado, se ha producido un aumento de la edad media y del número de pacientes que acceden a estas técnicas, y por otro, también se ha producido un aumento en el número de las patologías asociadas que tienen: diabetes, hipertensión arterial, enfermedades vasculares...

El desarrollo conseguido en el mundo del paciente renal en estos quince años ha sido muy importante y esperanzador, a pesar de que aún falta mucho camino por recorrer.

En el ámbito del trasplante renal, España es el país con mayor índice de donaciones por millón de habitantes. Se han mejorado los líquidos de perfusión que consiguen mantener en condiciones idóneas los órganos que se trasplantarán hasta su implantación en el receptor. También se han descubierto nuevos fármacos inmunosupresores (previenen los rechazos de los órganos trasplantados) que mejoran el funcionamiento del riñón.

En la hemodiálisis se han conseguido membranas más biocom-

En el ámbito del trasplante renal, España es el país con mayor índice de donaciones por millón de habitantes.

patibles (producen menos efectos negativos sobre el paciente), uso generalizado de bicarbonato en el líquido de diálisis, síntesis de heparina de bajo peso molecular. La miniaturización electrónica y el desarrollo ha permitido crear monitores más seguros, fiables y complejos, capaces de controlar más parámetros y características de la técnica de hemodiálisis.

En diálisis peritoneal se utilizan líquidos más biocompatibles que dañan menos el peritoneo y mejoran la nutrición de los pacientes. Esta técnica se puede realizar de manera automática con una máquina llamada cicladora, que se conecta por la noche mientras el paciente duerme. Al igual que en la hemodiálisis, la electrónica e informática han conseguido mejores y más eficientes máquinas.



En ingeniería genética y biología molecular se ha sintetizado la eritropoyetina humana recombinante que permite corregir la anemia, evita las transfusiones sanguíneas (con la consiguiente disminución del contagio de enfermedades) y mejora la calidad de vida de los pacientes, ya que se encuentran menos cansados. La síntesis de la vitamina D permite mejorar el control de la osteodistrofia renal. La vacunación de la hepatitis B ha permitido disminuir su incidencia en los pacientes en hemodiálisis.

Todas estas mejoras, junto con las del resto de la medicina en general, han permitido mejorar la calidad de vida de los pacientes renales. El futuro es esperanzador para seguir trabajando y conseguir que la insuficiencia renal no sólo sea compatible con la vida, sino con la calidad de vida.

Aspectos psicológicos de la enfermedad renal

La enfermedad renal afecta a todas las áreas de la vida de la persona, y ésta debe adaptarse psicológica y socialmente a la enfermedad y su tratamiento.

El desarrollo conseguido en el mundo del paciente renal en estos quince años ha sido muy importante y esperanzador, a pesar de que aún falta mucho camino por recorrer.

La percepción negativa de la enfermedad viene además condicionada por las limitaciones e incomodidades que impone, como son: restricciones dietéticas y de ingesta de líquidos, dependencia de una máquina, polimedicación o dificultad para elegir el destino de vacaciones o viajes, al depender de un centro en el lugar elegido para poder realizar la hemodiálisis. Así mismo, durante la sesión de hemodiálisis, el paciente puede sufrir molestias por punciones de agujas, mareos, vómitos, calambres musculares...

El comienzo del tratamiento sustitutivo (hemodiálisis o diálisis peritoneal) es el momento más duro de la evolución de la enfermedad. Este momento puede ser

percibido como algo desagradable, como la llegada a una meta no deseada y, con frecuencia, como el fracaso de todo el esfuerzo realizado previamente. En ocasiones, se ve como un obligado paréntesis en espera del trasplante (que no siempre llegará), aplazando o dejando pendientes cuestiones personales.

El paciente debe contar con el apoyo y ayuda de la familia, amigos y profesionales sanitarios. Debemos hacer que se sientan queridos, respetados y útiles. Mantendremos una actitud de lucha constante y alivio de su enfermedad.

Tenemos que intentar “dar vida a los años”, más que “años a la vida”. El objetivo debe ser una vida mejor y que el paciente pueda disfrutarla, no sólo darle más tiempo de vida.

El paciente debe adaptarse a su nueva situación de enfermo y nosotros le ayudaremos a llevar una vida lo más plena posible a todos los niveles: familia, amigos, ocio, laboral... para conseguir que dentro de las limitaciones e incomodidades que impone la enfermedad, pueda seguir disfrutando y “viviendo” la vida.

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 | | | |
| | | | | | | | | | |

DIRECCIÓN
 POBLACIÓN PROVINCIA C.P.
 a de 200 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/ Fuencarral, 77. 6º izqda. 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/ Fuencarral nº 77, 6º izqda. 28004 Madrid.

- NO AFILIADOS
 AFILIADOS

NECESIDAD DE EDUCACIÓN SANITARIA PARA LA DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE MAMA

María del Sagrario Gamero Camacho
Auxiliar de Enfermería. Hospital Severo Ochoa. Madrid

RESUMEN

Presento un estudio con una encuesta para demostrar que la mujer en general:

- No se autoexplora las mamas por miedo y desconocimiento, independientemente del nivel de estudios, edad y profesión.
- No sabe dónde acudir para revisión de mamas.
- Tiene poca información sobre patología mamaria y cirugía conservadora, lo que le produce una gran inseguridad.
- Existe una desconexión y falta de preparación en el personal sanitario para asumir esta enfermedad.
- Necesidad de una campaña de educación encaminada a concienciar a la mujer en la importancia de su papel para detectar la enfermedad.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es hoy en día la principal causa de muerte en las mujeres de 35 a 60 años. Las tasas de incidencias varían según los países, siendo de mayor incidencia entre las mujeres de países desarrollados, exceptuando Japón.

La mortalidad se encuentra estabilizada o con tendencia a disminuir, a pesar de aumentar el número de nuevos casos, lo que puede explicarse por una mayor curabilidad al ser diagnosticadas más precozmente o un impacto real en la supervivencia, al menos durante los primeros cinco años de las nuevas terapias.

El cáncer de mama raramente afecta al hombre, suponiendo menos del 0,5% de todos los cánceres del varón. Su incidencia anual viene a ser el 1% de todos los carcinomas mamarios, lo que supone que por cada 100

cánceres de mama diagnosticados, 99 son de mujeres y 1 de hombre.

Por tanto, esta situación nos lleva a enumerar algunas cuestiones básicas:

1. Necesidad de mejorar y proporcionar las medidas adoptadas para controlar el cáncer de mama.
2. El desconocimiento que todavía tenemos sobre la historia natural del cáncer de mama.
3. La insuficiente formación del personal sanitario que, en materia de cáncer, no recibe una formación adecuada.
4. Escasa participación de la mujer en las campañas de detección del cáncer de mama. Inhibición motivada por el miedo y la ignorancia.
5. La casi ausencia de autoexploración de la mama.

La pregunta a formular sería: ¿cómo podemos modificar las tasas de mortalidad?

Existen dos caminos fundamentales:

1. Actuando sobre la incidencia, lo que sería la prevención primaria.
2. Con el descubrimiento del cáncer en fase *in situ*, sin extensión intra o extra mamaria.

Sobre la prevención primaria, conocemos algunos signos de riesgos como son:

- Factores metabólicos.
- Factores hormonales.
- Antecedentes familiares.
- Enfermedades precancerosas de la mama.
- Tratamientos hormonales.
- Lactancia.
- Factores traumáticos.

Nos centraremos en la prevención secundaria, campañas de despiste del cáncer y, más selectivamente, en la necesidad de educación sanitaria para que las mismas mujeres sean un sujeto activo en dicha prevención.

También haré hincapié en la necesidad de comunicación entre los distintos especialistas y profesionales que se ocupan de prevenir y tratar la enfermedad.

JUSTIFICACIÓN

Los tratamientos oncológicos actuales son de eficacia limitada en los casos de enfermas diagnosticadas en estadios avanzados, lo que, por desgracia, sigue siendo frecuente.

Por otra parte, se conoce desde hace tiempo que el tratamiento de cáncer en estadios precoces consigue mejores resultados, lo que ha sugerido el posible beneficio que se obtendría al adelantar la detección del cáncer incluso en estadios preclínicos.

Esto ha llevado al concepto de *screening* o detección precoz.

Según la comisión americana de enfermedades crónicas, el término "screening" fue definido como "la identificación o defecto no reconocido por la aplicación de test, exámenes o procedimientos que puedan ser operados rápidamente". Los test de *screening* diferencian de entre las personas aparentemente sanas a aquellas que, probablemente, tengan una enfermedad de las que, probablemente, no la tengan.

Para que el *screening* sea efectivo debe reunir una serie de condiciones:

- Ofrecer un beneficio claro a la población a la que se ha dirigido, utilizando para ello métodos diagnósticos altamente específicos y aceptados por el grupo poblacional al cual va dirigido.
- Tener asegurado un seguimiento, tanto en el diagnóstico como en el tratamiento, en el grupo de mujeres a las cuales se les han detectado anomalías en el test de *screening*.
- El test ha de carecer de efectos nocivos para la población, asegurando un riesgo despreciable para la participación en el estudio del grupo seleccionado.
- El *screening* ha de ir dirigido hacia el diagnóstico precoz de enfermedades que presentan altos índices de mortalidad, morbilidad y, en consecuencia, un elevado número de años potenciales de vida perdidos.
- Debe asegurar su continuidad para un periodo de tiempo previamente determinado.
- Los programas de *screening* deberán tener una relación costo-beneficio positiva, no sólo en el aspecto económico, sino también en el social y sanitario.

Pero además de los *screening* que se realizan, debe existir una

educación sanitaria al respecto para modificar la conducta de las mujeres y que tomen conciencia de su papel, importantísimo, en las campañas de detección precoz de cáncer, ya que es un órgano de fácil accesibilidad para la autoexploración.

En la actualidad, paso consulta con un equipo de cirugía general del Ambulatorio Los Pedroches de Leganés, institución abierta de la Seguridad Social, que viene realizando un programa de detección

TABLA 1

Esquema del desarrollo del Programa de Detección de Patología Mamaria

Campaña de difusión:

- Cartel anunciador.
- Información directa sobre el programa.

Sesión de información sanitaria:

- Cita inmediata para la unidad de mama.
- Explicación de los objetivos.
- Vídeo sobre autoexploración.
- Debate.

Exploración e historia médica:

- Antecedentes personales.
- Antecedentes obstétricos: embarazos, lactancia, contraceptivos.
- Antecedentes familiares de cáncer, especialmente de mama.
- Exploración médica y estudios complementarios.

Evaluación inicial:

- Patología presente en el momento de la inclusión.
- Realización o no de autoexploración.
- Forma de inclusión en el programa.
- Mamografía y PAAF.
- Ecografía mamaria y PAAF.
- Galactografía, citología.

precoz de patología mamaria. Dicho programa se realiza en tres módulos: difusión, evaluación y seguimiento.

Dicho trabajo me ha hecho concienciarme de la importancia de esta enfermedad y de la necesidad de una educación sanitaria encaminada a las mujeres, que es fundamental para la detección precoz, no sólo en las edades claves, en las que estadísticamente está demostrado que existe una mayor incidencia de cáncer, sino a lo largo de la vida de la mujer, comenzando esta educación desde la adolescencia.

Por tanto, he realizado un estudio sociológico sobre esta necesidad de educación.

MATERIAL Y MÉTODO

He realizado una encuesta anónima a cien mujeres residentes en la Comunidad de Madrid entre los meses de febrero y marzo de 1999, procurando que esta muestra fuera lo más heterogénea posible para contrastar opiniones (ver tabla 2).

Las preguntas eran sencillas y cerradas. La edad de las encuestadas estaba comprendida entre 20 y 80 años. Las ocupaciones se dividían entre las que trabajaban fuera de casa, el 57%, y las que eran amas de casa, el 43%. En cuanto al nivel de estudios, ver tabla 3.

No se sabía explorar las mamas el 58%, frente al 42% que sí tenía nociones de ello, pero contrasta con que la autoexploración sólo la realizaba siempre un 3%, frente a un 16% que la realizaba casi siempre y un 81% que no la realiza.

Sólo acuden al especialista el 46% y no van nunca el 54%. A la pregunta sobre la cirugía conservadora, eran partidarias de ella el 87%, mientras al 13% no le importaba perder una mama.

TABLA 2

- Edad.
 - Profesión.
 - Nivel de estudios.
1. ¿Se sabe explorar las mamas?
 - Sí.
 - No.
 2. ¿Lo hace regularmente, todos los meses?
 - Sí.
 - No.
 - Casi siempre.
 3. ¿Acude regularmente al especialista para revisión de mamas?
 - Sí.
 - No.
 4. Si tuvieran que operarle de una mama, ¿sería un factor importante para vd. que la cirugía que se practicara fuera conservadora?
 - Sí.
 - No.

TABLA 3

| | |
|-------------|-----|
| Doctoras | 4% |
| Licenciadas | 12% |
| Diplomadas | 21% |
| BUP-FP II | 20% |
| EGB | 32% |
| Menos | 11% |

RESULTADOS

Según estos resultados, podemos constatar que las mujeres tienen poca o nula información sobre cualquier patología mamaria y que la sola mención de la enfermedad produce un miedo irracional, justificado, en parte, por el desconocimiento de estas patologías.

Las nociones que se tienen sobre esta enfermedad son a través de familiares o conocidos y, en cualquier caso, siempre está

relacionado con una mastectomía (con lo que tiene de mutilación) y con la muerte. Relativamente hasta hace poco tiempo, los cánceres de mama eran diagnosticados en fases muy avanzadas pues, como sabemos, este cáncer en los primeros estadios no duele y sólo cuando ya anatómicamente existía una deformidad considerable era cuando se acudía al médico y se detectaba, siendo ya tarde para su curación.

Esta idea de castración, y posterior muerte, es la idea generalizada que existe sobre el cáncer de mama a nivel popular.

Hasta hace poco tiempo la educación femenina era distinta a la actual y el examinarse las mamas ante un espejo o palpárselas era considerado poco menos que un "pecado", con lo cual a las mujeres de cierta edad les es muy difícil asumir esta práctica. La mujer era instruida para volcarse en la familia, careciendo de tiempo y motivaciones para su cuidado personal. Son precisamente estas mujeres las que pertenecen al grupo de edad con más riesgo de padecer un cáncer de mama. Asimismo, al no haber adquirido este hábito, no lo transmiten a sus hijas, con lo cual el problema se sigue manteniendo.

Una forma de suplir esta carencia de información sería mediante charlas con vídeos para que, a través del conocimiento consciente, las mujeres modifiquen sus hábitos. La formación debería ser impartida por personal preparado adecuadamente, no sólo en la anatomía de la mama y en el método de autoexploración, sino también en la relación del personal sanitario con las mujeres, que debe ser cordial y distendida, estableciéndose una corriente de confianza para poder despejar dudas y errores que surjan tanto en la autoexploración como los relacionados con creencias.

Por tanto, el personal encargado del trato directo con las mujeres deberá estar bien preparado y en relación directa con el facultativo correspondiente del centro de salud. Asimismo, debe estar coordinado con cirujanos, oncólogos, radiólogos, etc., para poder unificar criterios ante cualquier patología y hacer un seguimiento en el tiempo.

Se deberá informar a la paciente sobre los nuevos tratamientos conservadores del cáncer de mama, ya que dicho tratamiento, presumiblemente, será una terapia cada vez más frecuente debido al diagnóstico de las neoplastias mamarias en estadios cada vez más tempranos y como consecuencia de la creciente preocupación de la mujer por la estética corporal. Por ello, el conocimiento de estas terapias en nuestro ámbito resulta de gran interés y es poco conocido a nivel popular.

Por otra parte, no todas las patologías de la mama son malignas; existen otras enfermedades que, siendo benignas, necesitan una vigilancia y seguimiento.

MASTOPATÍA FIBROQUÍSTICA (MFQ)

Se manifiesta, sobre todo, en las mujeres de entre 30 y 50 años. Se trata de una lesión con múltiples nódulos redondeados, no adheridos, de límites netos, que no alteran la piel ni retraen el pezón y es habitualmente dolorosa en el premenstruo. No hay ganglios axilares. La punción biopsia de los nódulos y el análisis del líquido permiten descartar en muchos casos la presencia del cáncer. Cuando, a pesar de la punción y de las mamografías, quedan dudas el único método diagnóstico es la escisión biopsia. Es fundamental un seguimiento porque a veces se maligniza.

FIBROADENOMA

Es más frecuente en las enfermas jóvenes, sobre todo entre los 20 y 25 años. Clínicamente se trata de una tumoración redondeada, elástica, de bordes netos, móvil, no dolorosa, a veces multilobular.

Radiográficamente (mamografía) presentan signos bastante característicos que permiten diferenciarle del carcinoma de mama. Las calcificaciones en placas coralloformas son típicas. Cuando los depósitos cálcicos son más pequeños (siempre mayores que los del cáncer de mama), están dentro del tumor. En último extremo, el diagnóstico es anatomopatológico por punción o biopsia.

PAPILOMA INTRADUCTAL

Se presenta entre los 20 y 65 años de edad. El síndrome principal es la salida por el pezón de líquido serohemático de forma intermitente durante la palpación y masaje mamario. La citología del líquido es un dato útil para el diagnóstico diferencial con el cáncer, así como la galactografía y mamografía.

ADENOSIS ESCLEROSANTE

Es una afección frecuente entre los 20 y 35 años. Se trata de una proliferación de células mioepiteliales.

Unas veces predomina la proliferación epitelial y otras la esclerosis. No es infrecuente la presencia de decalcificaciones en el interior del tumor. Clínica y anatomopatológicamente puede confundirse, a veces, con un cáncer.

La mamografía permite comprobar la presencia de calcificaciones de forma redondeada, más grandes que las del carcinoma, aisladas y presentes con frecuencia en ambas mamas.

ECTASIA DE LOS CONDUCTOS

Es una lesión de la mama de la mujer en edad senil y formada por una dilatación de los conductos colectores por debajo del pezón. Los conductos se rellenan con detritus celulares lipídicos, etc. Es frecuente la secreción intermitente por el pezón de líquido seroso, sanguinolento o serosanguinolento.

Frecuentemente, es una afectación bilateral. La localización, la imagen radiológica y, en casos dudosos, la biopsia aclaran el diagnóstico.

Otras lesiones como necrosis lipoidea, tuberculosis, mastitis agudas o metástasis de otros tumores pueden ser objeto de diagnóstico diferencial con el cáncer mamario.

EXAMEN CLÍNICO DE LA MAMA

La exploración consiste en dos partes:

1. Observación

De pie, delante del espejo y con buena luz se comienza la observación con los brazos caídos a lo largo del cuerpo. Se observan:

- El tamaño y la forma.
- El aspecto de la piel.
- El contorno inferior.

Posteriormente se elevan los brazos y se colocan las manos en la nuca. Se observan:

- Tamaño.
- Forma.
- Contorno.
- Aspecto de la piel.
- Se mira el pezón y la aureola y se aprieta ligeramente para ver si sale algún líquido.

2. Palpación

Se levanta un brazo y se coloca debajo de la cabeza. Se empieza a explorar con la mano plana y los dedos estirados. Se toca, suavemente, de afuera hacia el pezón, como si se fueran siguiendo los radios de una rueda. De esta forma para las dos mamas. Igualmente, se palpan las axilas.

VOCABULARIO

BIOPSIA. TIPOS

Biopsia con trocar. Hay diversos tipos de agujas capaces de proporcionar especímenes tumorales que pueden ser fijados, incluidos, cortados y teñidos con los métodos habituales. La información así obtenida es mejor, pudiendo estudiar al mismo tiempo la citología y la arquitectura.

La mayor desventaja del método consiste en que, a veces, la toma no se hace del tejido sospechoso, o que la arquitectura y la citología han quedado seriamente alteradas en la toma de la muestra.

Los peligros de diseminación tumoral son evidentes y su uso debería quedar reducido a las pacientes que no fueran a ser operadas.

Biopsia intracanicular. Es posible, con instrumental adecuado, hacer una biopsia del

canículo. La mayor indicación son los tumores papilares benignos y malignos.

Biopsia quirúrgica. Es el método de diagnóstico ideal. Consiste en intervención a cielo abierto, bajo anestesia general, con extirpación amplia del tumor y de los tejidos adyacentes. Según el grado de extirpación, variará entre una tumorectomía y cuadrantectomía. Debe tenerse especial cuidado de evitar diseminaciones linfáticas y hemáticas y hacer una ligadura cuidadosa de los vasos.

ECOGRAFÍA MAMARIA

Se basa en la reflexión de las ondas ultrasónicas al chocar sobre los nódulos mamarios. Es el mejor método para diferenciar entre tumoraciones sólidas y quísticas.

Es el método probablemente superior a la mamografía en el diagnóstico de cánceres en mamas hiperdensas. Por el contrario, no logra detectar tumores por debajo de 0,5 cm. Y no detecta microcalcificaciones.

FROTIS DEL EXUDADO DEL PEZÓN

Es un método útil, pero con altos porcentajes de error por falsos negativos y positivos.

GALACTOGRAFÍA

Consiste en la inyección de contraste por los conductos galactóforos.

Está indicada en todas las pacientes con secreción mamaria patológica. Permite el diagnóstico de alteraciones en los conductos. En la mastopatía quística es frecuente encontrar quistes aislados. Las lesiones intraductales aparecen en la galactografía como acúmulos de contraste redondeados o alargados. Los bordes regulares son sugestivos de benignidad, mientras que las irregularidades lo son de malignidad. Su principal valor diagnóstico es en los carcinomas papilares intracaniculares porque no tienen traducción mamográfica. Por otra parte, permite hacer una biopsia dirigida en las zonas sospechosas en galactografía, más aún si se inyecta azul patente en los canaliculos sospechosos.

MAMOGRAFÍA

La mamografía es una sencilla técnica radiológica y un eficaz método para detectar tumoraciones en las mamas incluso antes de que sean palpables.

Las actuales técnicas han conseguido reducir las dosis de radiación hasta 0,2-0,3 rads. a nivel superficial; por lo tanto, si teóricamente sólo penetra en el tejido mamario un 0,5% de la dosis-piel, la cantidad absorbida es mínima, haciendo casi inexistente el riesgo de padecer un cáncer de mama por la radiación. De cualquier forma, los



Tumbada boca arriba, distintos pasos para realizar un autoexamen mamario.

beneficios obtenidos por esta técnica superan con creces el mínimo riesgo inducido.

Con las técnicas actuales, es posible detectar lesiones <1 cm de diámetro, que según Lamer, se encontrarían en situación de "crecimiento lento". Estima que este tamaño representa a un grupo de células que han ido evolucionando en un periodo de 10 años, pero que, una vez alcanzado este tamaño, la evolución es rápida, así como el aumento de

la tumoración, pasando de 1 a 3,5 en un periodo que oscila entre 3-6 meses. En este periodo preinvasivo el tratamiento conservador es eficaz y el pronóstico de la enfermedad es optimista.

Es por ello que la mamografía constituye el método diagnóstico princeps en el *screening* del cáncer de mama. El rango de edad que obtiene un beneficio incuestionable es el de mujeres de 50 a 65-70 años. Por debajo de los 30 años la densidad del tejido

mamario hace difícil, a veces, la interpretación de lesiones.

PAAF

La técnica consiste en punzar el nódulo con aguja y hacer aspiración con una jeringa. Posteriormente, el líquido objetivo se extiende en un portaobjetos, se fija y se tiñe. El valor diagnóstico es indudable, pero hay un riesgo de falsos negativos al haber aspirado células de tejidos no tumorales.

Bibliografía

- *Campañas de detección del cáncer de mama*. Dr. J.J. Tafalla Sampietro. Págs. 91-97, 1978 Simposium internacional de actualizaciones en cirugía del cáncer de mama.
- *Cáncer de mama*. G Pérez Manga 1988.
- *Revistas de senología y patología mamaria*.
"Valoración de factores de riesgo en el cáncer de mama." Vol. 6, N°4 oct-dic, 1993. Págs. 186-190.
"Periodo de latencia entre el primer síntoma y la consulta médica en el cáncer de mama." Vol. 6, N° 3 jul-sep, 1993. Págs. 129-132.
"Diagnóstico mamario global." Vol. 6, N° 2 abr-jun, 1993. Págs. 87-90.
"Carcinoma de mama *in situ*. Revisión del tema. Vol. 7, N° 3 jul-sep, 1994. Págs. 125-136.
"Tratamiento conservador del cáncer de mama. Resultados a propósito de 77 casos estudiados". Págs. 173-177.
"Incidencias del cáncer de mama en Cantabria: Años 1993-94. Aumento anual." Vol. 9, N° 4 oct-dic, 1996. Págs. 164-166.
"Detección del cáncer de mama en la AECC de Murcia." Vol. 9, N° 4 oct-dic, 1996. Págs. 62-68.
"Cáncer de mama en mujeres menores de 36 años." Vol. 5, N° 2 abr-jun, 1992. Págs. 79-82.
"La mama femenina a través de los tiempos y el arte." Vol. 4, N°3 jul-sep, 1991. Págs. 151-156.
"Control de calidad asistencial en el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama." Vol. 4, N° 3 jul-sep, 1991. Págs. 57-60.
"Cinco años de experiencia en el diagnóstico y tratamiento quirúrgico de pacientes procedentes de una campaña de detección precoz de cáncer de mama." Vol. 2, N° 2 abr-jun, 1998. Págs. 61-65.
"Motivo de la consulta. Errores en la orientación clínica." Vol. 11, N° 3 jul-sep, 1998. Págs. 119-130.
- "Cáncer de mama en pacientes mayores de 70 años después de un programa de detección precoz." Vol. 10, N° 4 oct-dic, 1997. Págs. 229-236.
"Screening generalizado versus screening selectivo". Vol. 10, N°1 ene-mar, 1997. Págs. 32-43.
"Programa piloto de *screening* de cáncer de mama femenino en el área IV, Oviedo." Vol. 5, N°4, oct-dic 1992. Págs. 169-174.
- *Un estudio coordinado en el medio ambulatorio y en el medio hospitalario sobre el cáncer de mama*. Tesis doctoral. Luciana Díaz García. Págs. 1-80
- *Actitudes emocionales con respecto a la cirugía de estética de la mama: pérdida y restitución de la identidad lineal*. Sanford Gifford. Págs. 97-113.
- *Valoración retrospectiva de la experiencia con cien mujeres operadas de tumor mamario y reflexiones sobre la posibilidad de detección precoz de cáncer en el medio ambulatorio*. 1986, Vaca Vaticon, D. Obedman M. A. Págs 505-509.
- "Tumores mamarios en la adolescencia. ¿Indicación quirúrgica?", M. Obedman y D. Vaca Vaticon. *Progresos de obstetricia y Ginecología*. Págs. 154-157.
- *Estudio pronóstico del cáncer de mama relacionado con las intervenciones quirúrgicas empleadas para su tratamiento*. Tesis doctoral. D. Vaca Vaticon. Págs. 8-149.
- "Diagnóstico temprano del cáncer de mama". Seminario de oncología: cáncer de mama. Gilbersten V.A. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana. Págs. 9-13, 1975.
- "Papel médico en la detección y diagnóstico del cáncer de mama". Haagensen C.D. *Enfermedades en la mama*. Ed. Beta. SRL. Buenos Aires.

ACCIDENTES INFANTILES DOMÉSTICOS

Justa Jiménez Jiménez
Auxiliar de Enfermería. Ávila

Conocer los riesgos y tomar precauciones para evitar que los niños corran peligro de accidentes en su propio hogar y en los demás lugares a los que pueden ir, es muy importante para su salud.

LOS NIÑOS

Los niños en edad escolar, y más aún en edad preescolar, o sea, de uno a cuatro años, son muy curiosos. Todo lo quieren descubrir y su inexperiencia no les permite ver el peligro. Por eso, la madre tiene que estar en constante y paciente vigilancia.

Hay accidentes de los que nunca se habla porque, como no causan heridas visibles, se supone que no ha pasado nada. Me refiero al poco cuidado que, a veces, ponemos cuando hablamos del hermanito, del primo o de tantas cosas creyendo que los niños, por estar jugando, no escuchan. Estamos completamente equivocados si pensamos así. Ellos siempre lo escuchan todo.

Jamás conoceremos el verdadero alcance de los accidentes de este tipo, pero sí debemos saber la importancia de poner el mayor cuidado al hablar.

A veces se oye decir: sí, me oyó accidentalmente y así se enteró de aquello tan desagradable.

LOS NIÑOS JUEGAN

A los niños les gusta mucho correr, jugar a ser caballos, unos corren y otros les agarran. A veces se les rompen los tirantes o alguna prenda, pero esto no es peligroso. Lo que hay que cuidar es cuando hace frío y llevan bufandas, ya que juegan en los recreos, y corren imaginando ser caballos. Existe el peligro de que dos de ellos tiren de los extremos de la bufanda y puedan dejar al otro sin respiración.

También es importante vigilar que no jueguen con las macetas porque se les pueden caer encima y llenarse los ojos de tierra.

Los juguetes no deben tener filos, puntas ni aristas cortantes. No deben ser flechas, varillas puntiagudas, pues todo esto supone un grave peligro para los ojos de los niños.

Otro peligro son esas rosas tan hermosas que te dan ganas (nada más verlas) de olerlas, sin pensar que puede haber una abeja y darte un disgusto.

También hay niños a los que les gustan mucho las uvas. Así cogen un racimo y el balón y salen a comer las uvas a la calle. Entre las uvas, a veces, hay abejas y si no se comen de una en una, se corre el peligro de que le pique una abeja en la lengua al usar la boca para cogerlas en lugar de las manos.

CONSEJOS PRÁCTICOS

Es necesario desenchufar con cuidado los aparatos eléctricos; debe hacerse cogiendo del enchufe y no tirando del cordón.

Si alguna vez llega a incendiarse algún electrodoméstico, lo primero (si se puede) es desconectar el aparato. No se puede apagar con agua, pues el agua conduce la electricidad.

No se deben quitar las bombillas fundidas sin desconectar la corriente eléctrica.

Cuando se está haciendo el puré con la batidora y hay niños cerca, no debemos dejar el aparato hasta no terminar lo que estamos

haciendo, porque los niños lo quieren hacer también, y si lo dejamos porque nos llaman por teléfono o por cualquier otro motivo, ellos tiran del cordón y se lo pueden echar encima.

Al ir a bañar a los niños se ha de mirar que el agua no esté demasiado caliente, ya que puede producir quemaduras.

Los niños pequeños cuando se despiertan, si son muy inquietos, intentan saltar de la cuna y se pueden caer si no se les vigila.

También puede suceder que empiecen a moverse en la cuna para alcanzar cosas que no alcanzarían normalmente.

Moraleja: "Aunque tengas mil ojos, para vigilar a los niños todos son pocos".

EL FUEGO

Es sumamente peligroso dejar al alcance de los niños cerillas o mecheros, pues su curiosidad puede llevarles a fatales consecuencias, sobre todo en las niñas que utilizan vestidos de tejidos inflamables.

En tiempo de invierno, los braseros y estufas suelen ser causa de accidentes, hay que vigilar constantemente a los niños.

Las chimeneas y las estufas deberán estar suficientemente protegidas para que los niños no puedan acercarse a ellas y para que las chispas al desprenderse de los leños los perjudiquen.

Los líquidos inflamables o sustancias explosivas deberán guardarse fuera del alcance de los niños no sólo por el riesgo de quemaduras, sino también ante la posibilidad de intoxicación por ingestión de los mismos.

Es muy conveniente explicar al niño el porqué no debería acercarse al fuego y todo lo demás. De otra manera, tendrá que aprenderlo por él mismo y ahí es donde está el peligro.

Las sartenes deben ponerse al fuego con el mango hacia donde no puedan llegar los niños y así no se puedan rozar con ellas, porque es muy fácil que en un momento se puedan quemar con el aceite hirviendo.



JUEGOS MUY PELIGROSOS

Es muy conocida la importancia que los juegos desempeñan bajo el punto de vista de la orientación y educación de los niños.

Resulta pues muy conveniente cuidar sus distracciones, juegos, encauzándoles en sentido moral y constructivo.

Los niños suelen hacer lo que ven en la tele. Así algunos juegan a piratas, a subirse a ventanas, y tantas cosas peligrosas que serían imposibles de imaginar.

A veces, juegan con palos como si fueran espadas y corren el peligro de pincharse en los ojos o tropezar con ellas y caer, así como cuando corren por casa y tropiezan con las alfombras, con el peligro de ir a parar al esquinal de una mesa.

Me contó una amiga lo mal que lo pasó cuando a su niño de

año y medio se le cayó un juguete al inodoro y lo quiso coger, y como la cabecita le pesaba se venció y quedó encajado. Si no llega a estar cerca su mamá se hubiera ahogado. Se llevó tal susto que le duró días.

Lo que también es peligroso es que los niños jueguen en la cocina cuando la mamá está cocinando.

BOLSAS DE PLÁSTICO

Las bonitas y prácticas bolsas de plástico pueden resultar muy peligrosas para los pequeños. Sirven para guardar jerseys o ropas de modo perfecto, gracias a que no son porosas; pero esta misma cualidad es la que hace que sean sumamente peligrosas en manos de los niños que, como juego, pueden introducir la cabeza en ellas, utilizándolas como sombrero. Esta materia plástica tiene el inconveniente de que se adhiere a la piel del pequeño impidiéndole respirar y causándole la muerte por sofocación.

Los niños, cuando son pequeños, quieren hacer de todo. Les gusta mucho ayudar a poner la mesa, les gusta llevar las botellas de vino; pero yo sé de un niño que, al sacar la botella del frigorífico, el vaho hizo que se deslizara y cayera al suelo, rompiéndose y dándole un vidrio en la rodilla con la consiguiente herida.

Los productos de limpieza son muy peligrosos, sobre todo si los ingieren. No se deben dejar al alcance de los niños.

Un gran peligro es también cuando los niños van en el coche y quieren tirar algo, un papel de caramelo, pipas u otras cosas, y no se les ocurre más que abrir la puerta cuando el coche va a toda velocidad. Hay que tener mil ojos.

Hay niños, no muy pequeños que quieren experimentar cosas.

Por ejemplo, conozco a un niño que una mañana, cuando se puso a desayunar, estaba el desayuno muy caliente y le vino la idea: "¿cuánta temperatura tendrá esta leche?". Cogió el termómetro y lo introdujo en la leche y, claro, el termómetro estalló porque la leche tenía mucha temperatura. Para que no le riñeran se tomó la leche, con la consiguiente intoxicación de mercurio.

LA ELECTRICIDAD

Diferentes tipos de útiles del hogar, como planchas o cafeteras eléctricas, pueden ser causantes de peligrosas quemaduras si el niño queda sin vigilancia en las habitaciones en que se estén utilizando.

Debe tenerse, pues, la precaución de situarlas fuera del alcance de los niños, recordando siempre, de una manera viva, el peligro que para él representa.

Idénticas medidas preventivas deben tomarse en relación con las llaves y los enchufes de electricidad, tan corrientes en nuestros hogares, procurando, en la medida de lo posible, que no estén a su alcance, ya que el niño suele ser muy aficionado a tocarlos, introduciendo incluso en los enchufes objetos metálicos como alfileres, imperdibles y agujas de hacer punto.

También se suelen presentar casos en que los niños sufren quemaduras en la boca por haberse introducido en ella cordones eléctricos conectados en mal estado.

La madre no debe olvidar un punto muy interesante, como es el de evitar tocar con las manos húmedas enchufes o interruptores cuando se encuentre dispuesta a bañar al niño, ya que una descarga podría ser muy peligrosa para el pequeño.

También hay que vigilar que los niños no puedan asomarse por las ventanas abiertas, y menos que ellos puedan abrir, pues a veces, si se dejan entreabiertas, se suben a una silla y corren el peligro de caer.

LA MAMÁ SALE A COMPRAR

El niño está dormido, la mamá sale a comprar, piensa volver enseguida, pero, sin querer, tarda más de lo que pensaba y cuando vuelve ve mucha gente cerca de su casa: el niño se había despertado y tratando de salir por algún lado se asoma por la ventana. ¿Qué pensar?

El niño se despertó, y quería ver si veía a su mamá; arrimó una silla a la ventana (que su mamá había dejado abierta para que se ventilara la habitación) y se inclinó llamando a su mamá, pero se venció hacia adelante y cayó (era un 2º piso). Ya no hubo nada que hacer.

También los braseros son un peligro cuando se dejan solos a los niños mientras se va la mamá a la calle un momento. Pero a veces imprevisiblemente se tarda algo más. Es preferible entonces que pasen algo de frío antes de que se prendan las faldillas.

Lo que también puede producir accidentes es que los niños jueguen en los garajes, porque como son tan pequeños, las personas no se imaginan que pueden meterse debajo de los coches. No les ven y puede pasar lo peor. Sobre todo si juegan al escondite.

LOS PEQUEÑOS OBJETOS

No es prudente dejar jugar a los niños con botones, huesos de fruta, imperdibles y objetos similares que pueden tragarse fácilmente.

Los niños todo se lo llevan a la boca y es muy peligroso porque con algún objeto se pueden atragantar.

Las legumbres también son peligrosas si las introducen en el organismo porque pueden germinar, aumentar de tamaño y obstruir.

DESCUIDOS PELIGROSOS

Es peligroso dejar en las mesillas de noche o encima de los muebles, al alcance del niño, los calmantes o somníferos que, en ocasiones, se utilizan en el hogar. Su ingestión por el pequeño puede ser causa de grave intoxicación.

Tampoco se deben dejar cosas de peso, pues ellos lo arrastran y se les puede venir encima y causarles algún accidente de cualquier tipo.

¡CUIDADO CON EL TELÉFONO!

La señora asistente de la casa de la vecina del primero estaba limpiando el cuarto de baño y le gustaba echar un chorro de lejía al inodoro. En ese preciso momento llamaron por teléfono, (esperaba una llamada importante), lo dejó todo y fue al teléfono, dejando la lejía en el servicio sin cerrar la puerta (porque con las prisas de coger el teléfono, se le pasó), y la pequeña de la casa que andaba por ahí cogió la lejía y se la llevó a la boca, pero con tan buena fortuna que sólo la tocó con los labios, pues se le deslizó de las manos y se le cayó en los pies, saltándole todo por el vestido. Se puso hecha un cuadro. La señora de la limpieza lo oyó y dejó el teléfono, dándose cuenta del peligro que había corrido la niña.

Es muy peligroso dejar al niño cuando se le está bañando, y más si se ha dejado el agua

hirviendo cerca, porque suena, el teléfono, el niño trata de salir asíéndose a lo primero que pille y se puede abrasar.

El teléfono hace, a veces, que te olvides de lo que estás haciendo y eso es muy peligroso en la mayoría de los casos: si tienes algo en la lumbre, si dejas una ventana abierta y cerca hay niños o si pierdes de vista a los niños por un momento.

CUIDADO CON EL VERANO

En la playa es conveniente observar y vigilar constantemente a los niños, pues aun cuando la orilla no ofrezca aparente peligro, el fondo puede presentar desniveles peligrosos en los que el niño corre el peligro de ahogarse. Además, a veces puede tropezar y caerse si hay alguna roca.

El año pasado, la vecina del 8º decidió ir a veranear. Como es natural, se llevó a su pequeña de dos años para que conociera el mar y viera lugares nuevos.

Luego en el supermercado le contaba a su prima que daba gusto ver a su niña jugar con la arena haciendo castillos, pero que cogió una insolación que por poco no lo cuenta. Les costó estar en el hospital más de la mitad de las vacaciones y era una pena verle las quemaduras, resultado de haber estado expuesta al sol demasiado tiempo.

CUIDADO CON LO QUE SE DICE

Una vecina que tuve me hizo pensar que hay que tener mucho cuidado con lo que se habla delante de los niños.

Me contaba que un día, bastante cansada de poner la lavadora, al ver arrastrarse por el suelo al pequeño de año y medio le dijo:

— Cuidado lo que te manchas, tanto arrastrarte por el suelo, necesitas una lavadora para ti solo.

El hermanito de cinco años lo oyó. No había pasado mucho tiempo cuando la madre vio cómo intentaba meter a su hermano en la lavadora con el beneplácito de éste, que creía que era un nuevo juego.

También la televisión influye mucho en los niños si se les permite ver todo, pues los niños ven tanta fantasía que ellos quieren hacer lo mismo: volar, saltar por sitios peligrosos...

IMPRUDENCIAS

Los niños deben confiarse únicamente a personas responsables.

Las distracciones en calles de mucha circulación o en la proximidad de carreteras pueden resultar fatales para los pequeños. Debemos hacer ver a los niños el peligro que corren si se sueltan de la mano de los mayores.

TRAUMATISMOS

Las estructuras de los niños son delicadas y frágiles, por lo cual hay que tratarles con delicadeza, dulzura y sin brusquedad, instruyendo a este respecto a las personas que estén a su servicio. Un tirón brusco del brazo para evitar una caída o para llevarle de un sitio a otro puede dar motivo a una aparente parálisis.

También debe cuidarse de no tirar con fuerza de sus manos por la posible dislocación de la muñeca.

TRAVESURAS

En el medio rural también surgen accidentes y, aunque diferentes que en las capitales, no por ello tienen menor importancia.



A los niños les gusta mucho subirse a los árboles y más de una vez lo han tenido que lamentar.

Es peligroso que los niños se encaramen a los árboles o jueguen en las proximidades de los pozos, ríos o balsas, lejos de la vigilancia de los mayores.

Los niños no entienden que los animales puedan hacerles daño, por lo que de la misma manera se acercan a un perro, que a un gato e incluso tiran del rabo a una vaca con el peligro de recibir una patada que puede ser muy peligrosa, porque le puede tirar al suelo y, en el mejor de los casos, ensuciarse con posibles infecciones.

Resulta útil e instructivo que establezcan contacto con la naturaleza y se familiaricen con la vida del campo y con los animales, pero hay que cuidar de sus heridas y vigilarlas en sus andanzas.

Bibliografía

—*Diccionario Ilustrado de la Lengua Española*, Aristos. Editorial Ramón Sopena. Barcelona, 1982.

—*Los niños*. Sociedad Nestlé A.E.P.A. Barcelona, 1961.

LA PREECLAMPSIA URGENCIA GINECOLÓGICA

M^º Carmen Castellón Fernández
Auxiliar de Enfermería.
Hospital Arnau de Vilanova. Lleida

PRESENTACIÓN DEL CASO

P. Pérez de 27 años de edad, gestante primigesta de 36 semanas, acude al Servicio de Urgencias por presentar desde ayer por la noche dolor de cabeza intenso que no cede tras la toma de analgésicos habituales.

Esta mañana acude al trabajo y ha visto incrementado su dolor de cabeza, no ve los informes con claridad y tiene sensación de náuseas y molestias gástricas.

La Sra. Pérez vive muy cerca de la oficina y acude a la misma andando, siendo éste el único ejercicio que realiza durante el día. Tiene buen ambiente laboral y realiza jornada partida. Su embarazo se ha desarrollado con normalidad, pero en las últimas cuatro semanas ha experimentado un aumento de peso de tres kilos.

ACOGIDA DE LA GESTANTE POR ENFERMERÍA

- Nos presentaremos a la gestante por nuestro nombre y categoría profesional.



- Preguntaremos por el motivo de su consulta.
- Pediremos la Cartilla Maternal para conocer cómo se ha desarrollado el control de su embarazo y conseguir la máxima información.
- Crearemos en todo momento un clima de tranquilidad, dejando el tiempo suficiente para

que la paciente se exprese, mostrando seguridad en nuestra actuación.

- Miraremos a la gestante de forma directa sin transmitir sensación de prisa ni alarma.
- Crearemos un ambiente de privacidad e intimidad, evitando entradas y salidas innecesarias de otros profesionales.

- Confidencialidad respecto a lo que nos comente la gestante.
- Explicaremos en todo momento a la gestante y a su familia lo que se le está haciendo.
- Evitaremos que la gestante se sienta sola, dejando pasar a su pareja o al familiar que ella elija.
- Seremos claros y concisos, utilizando un lenguaje comprensible por la gestante y su familia.
- Manifestaremos disponibilidad a la gestante. Ella debe saber que puede consultarnos cualquier duda o pedirnos lo que necesite.

Enfermería tiene una función asistencial que engloba la valoración, el cuidado integral de todas las necesidades biopsicosociales, la actuación según un plan de cuidados y cumplimiento de órdenes médicas.

Posteriormente evaluará todas las actuaciones realizadas.

EXPLORACIÓN

Interrogamos a la gestante sobre las características de su dolor de cabeza, también observamos si se han hinchado las piernas, y le preguntaremos sobre la actividad física que ha realizado las últimas semanas.

Es importante averiguar el tipo de dieta que ha seguido durante el embarazo.

Seguidamente, tras esta anamnesis, realizaremos una serie de determinaciones como son el control de la tensión arterial, realización de un labstix en orina y determinaremos el peso de la gestante.

Tras la exploración vemos que la Sra. Pérez presenta:

- Dolor de cabeza, de característica frontal, que es rebelde al

tratamiento con analgésicos habituales.

- Tensión Arterial 150/90.
- Proteinuria +.
- Visión borrosa que se acentúa cuando la gestante está leyendo sus informes.
- Aumento de peso de 3 kg.

DIAGNÓSTICO

Tras la recogida de datos y realización de pruebas complementarias, podemos llegar a un diagnóstico.

Éste suele hacerse clínicamente, porque los estudios de laboratorio son poco específicos para detectar la enfermedad.

La preeclampsia es una enfermedad casi exclusivamente de las nulíparas que afecta con más frecuencia a las gestantes muy jóvenes y a las añosas.

Puede aparecer ocasionalmente en la múltipara con un embarazo múltiple. Es una enfermedad genuinamente gestacional, no se puede objetivar fuera del embarazo e involucra a casi todos los órganos, sistemas y funciones del organismo.

Aparece generalmente en el tercer trimestre del embarazo.

Su diagnóstico se ha basado tradicionalmente en la presencia de hipertensión. Ésta puede llegar a ser muy elevada y convertirse en un peligro para la madre (hemorragia cerebral, insuficiencia cardiaca, desprendimiento de placenta, etc.).

Se establece de forma progresiva y las cifras de tensión arterial son más elevadas durante la mañana. Cuanto más precoz es su aparición, más grave será el cuadro.

La hipertensión en el embarazo continúa siendo relativamente frecuente y es una causa importante de mortalidad y morbilidad perinatal.

La proteinuria es el signo más importante, definiéndose como tal la presencia de 500 mg o más en una muestra en orina.



Otro signo típico, pero no imprescindible, son los edemas. Su localización es en la cara, manos y pies. Persisten a pesar del reposo y, según la gravedad del cuadro, pueden hacerse generalizados.

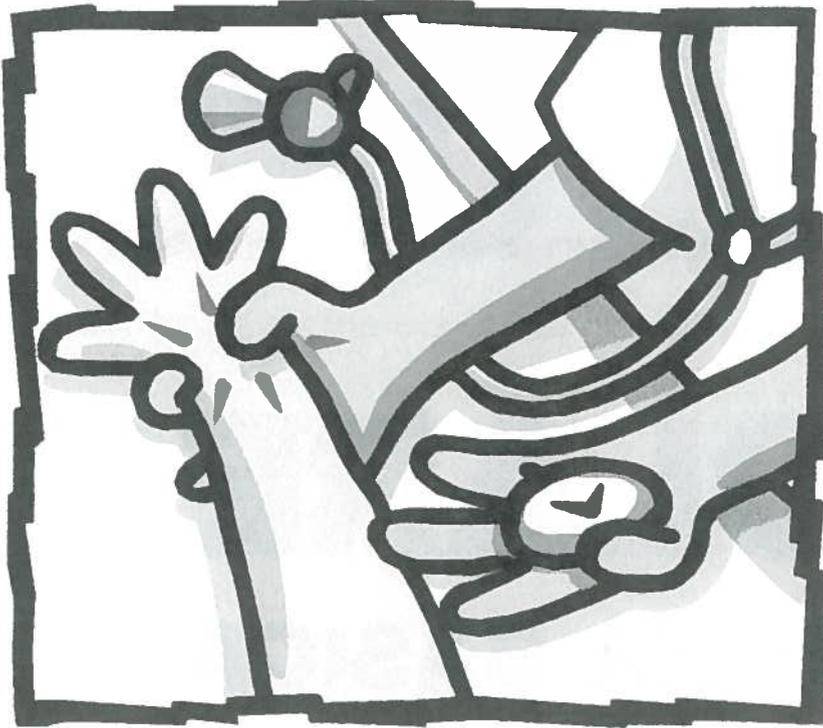
TRATAMIENTO

El tratamiento médico se hará fundamentalmente con hospitalización, reposo y sedantes.

1. Hospitalización y reposo

Constituye el recurso más importante, incluye el ingreso en el hospital y el reposo estricto en cama en decúbito lateral izquierdo. Esta postura favorece el aumento de la hemodinámica renal, de forma que el filtrado glomerular y el flujo plasmático renal no sufren un descenso cuando la gestante adopta esta postura.

La gestante solamente abandonará la cama para comer o para hacer sus necesidades, aproximadamente tres o cuatro veces al día.



Evidentemente, el mejor tratamiento de la preeclampsia es la finalización del embarazo y la extracción fetal.

Una vez se ha normalizado la tensión arterial (ocurre en los cinco primeros días) se le puede permitir levantarse de la cama y caminar si lo desea.

Es aconsejable su permanencia en el hospital hasta que dé a luz.

Si la tensión arterial persiste elevada, la paciente permanecerá encamada en el hospital.

2. Dieta

Debe ser equilibrada, no baja en sal, con aporte de líquidos normales y con incremento de aporte proteico, así como con suplemento de vitamina e hierro.

Dieta recomendada: 2.400 Kcal, modificable según características individuales de la gestante.

Tener especial atención a los azúcares y las grasas de origen animal.

Atención a los elementos químicos esenciales: Fe, Ca, Mg, P, I.

Añadir fibra para combatir el estreñimiento.

3. Sedación

Se puede hacer con Diacepán (5 mg cada doce horas) vía sublingual.

4. Control

- Control de la tensión arterial cada cuarto de hora durante dos horas. Si ésta se normaliza, control cada turno.
- Control diario de peso.

- Medición del volumen de orina y proteinuria.
- Control de los síntomas clínicos de agravamiento, cefalalgias persistentes, molestias gástricas.

En gestantes inferiores a 35 semanas, si no mejora con el tratamiento, se utilizarían hipotensores y diuréticos.

Deberá escogerse el momento adecuado, el que comporte la máxima oferta de posibilidades tanto para la madre como para el feto.

Así, en algunos casos se podrá dejar evolucionar el embarazo hasta el final, éste es el caso que hemos descrito.

No se sabe a ciencia cierta si la preeclampsia puede prevenirse, pero sí puede evitarse que ésta progrese hacia formas más graves

En otras formas graves, es importante la finalización del embarazo de forma inmediata, aun en edades de gestación muy tempranas.

Prevención

Es fundamental la detección precoz de la preeclampsia. Para ello, hay que prestar atención a una serie de factores como la nuliparidad, historia familiar de preeclampsia-eclampsia, embarazo múltiple, diabetes e hipertensión. Es muy importante controlar el peso, la tensión arterial y la orina.

Bibliografía

—*Alimentación y dietoterapia*. P. Cervera, J. Clapes, R. Rigolfas. McGraw-Hill Interamericana.

—*Manual de obstetricia y ginecología para pregraduados*. J.A. Vanrell, X. Iglesias. Editorial Masson - Salvat, Barcelona.

—*Obstetricia*. J. González-Merlo, J.R. del Sol. Editorial Masson. 4ª edición.

EL DESAYUNO DE LOS ESCOLARES DE UNA ZONA BÁSICA DE SALUD RURAL

**E. Arroyo Feria. Auxiliar de Enfermería
Hospital Comarcal. Valle de Los Pedrachos.
Pozoblanco. Córdoba**

Una vez levantado el niño debe realizar una primera ingesta de alimentos, el desayuno, de forma que cubra el largo vacío energético de la noche y, además, que sea suficiente para afrontar la dura jornada escolar que le espera. Por lo tanto, no debería hacerse un desayuno sólo para salir del paso, ya que esta primera comida debe aportar entre el 20 y el 25% de la energía calórica ingerida durante todo el día e incluir los siguientes nutrientes: hidratos de carbono, grasas, proteínas, vitaminas y minerales. Como no existe un alimento completo que contenga todos los nutrientes necesarios, es importante la

utilización de una gran variedad de alimentos de forma que se complementen unos a otros. Se debe evitar, en lo posible, el consumo de alimentos hipercalóricos y con escaso valor nutricional, como la bollería o similares, que quitan el apetito tomados a destiempo y favorecen la aparición de problemas de salud como la caries o la obesidad.

El objetivo de este trabajo es conocer y evaluar los hábitos y pautas alimenticias en el desayuno de los escolares de la Zona Básica de Salud de Órgiva (incluida dentro del Distrito Sanitario de La Alpujarra en Granada) como base para llevar a cabo posteriores programas de

educación sanitaria o como complemento al programa de Salud Escolar.

MATERIAL Y MÉTODOS

El trabajo es un estudio descriptivo, realizado en la Zona Básica de Salud de Órgiva, perteneciente al Distrito Sanitario de La Alpujarra de Granada.

Para la recogida de datos se realizó una encuesta a los escolares en la que debían anotar lo que habían desayunado a lo largo de la mañana, tanto en casa como en el colegio.

Las encuestas fueron realizadas por personal sanitario de la Zona Básica de Salud.

La encuesta se realizó a todos los niños que estaban apuntados a los comedores de tres centros escolares de la zona durante cinco días. El total de escolares encuestados fue de 310, con edades comprendidas entre los 4 y los 16 años, rechazándose 13 por contestar menos de tres desayunos. Finalmente se consideraron 297 encuestas válidas: 136 de niños y 161 de niñas (ver gráfico 1).

RESULTADOS

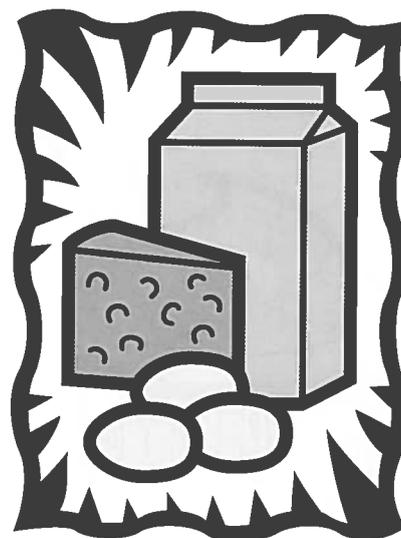
De las 297 encuestas realizadas a lo largo de cinco días se obtuvieron

un total de 1.410 desayunos válidos. El resto hasta los 1.485, es decir, 75 desayunos, fueron en blanco ya que los alumnos estudiados no asistieron a clase el día correspondiente (ver gráfico 2).

De los 297 escolares encuestados solamente una niña no desayunó durante los cinco días.

Otros siete escolares no tomaron desayuno algún día, lo que supone un total de 13 desayunos.

De los 296 alumnos que desayunan de forma habitual, 93 (el 31,3%) lo hacen en casa antes de ir a la escuela mientras que el resto, 203 (68,35%), reparten su desayuno entre la casa y el colegio. Solamente 1 alumno (0,35%) no desayunaba nunca (ver gráfico 3).



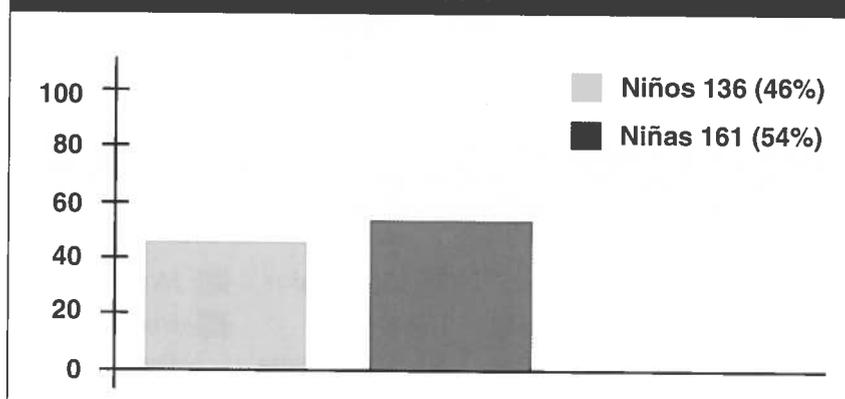
En cuanto a los alimentos líquidos destaca el alto porcentaje de consumo de leche y sus derivados: se toma leche en el 85% de los desayunos; queso, en el 4%; y yogurt, en el 4,7%. En el 12% de los desayunos sólo se tomaba leche. La leche se toma con azúcar en el 46% de los casos, con cacao en el 50% de los desayunos, y con cereales con el 8,7%. Es muy poco frecuente el consumo de otros alimentos líquidos. Sólo el 4,5% tomó zumos de frutas. Un porcentaje de 1,3% consumió café o té (ver gráfico 4).

Entre los alimentos sólidos destaca el consumo de pan (en el 34% de los desayunos estudiados), así como el de galletas con el 21,5%. Éstos se acompañan de otros alimentos como margarina, 19%; mermelada, 6,6%; aceite de oliva, 2,5%; miel, 4,2%; embutidos, 4,5%; chocolates, 2,5%; queso, 4%; y otros, 1,6% (ver gráfico 5).

Existe un alto consumo (21,5%) de bollería y dulces industriales: "bollycaos", magdalenas, tortas de azúcar, roscos, palmeras de chocolate, etc. Esto contrasta con el bajo porcentaje de desayunos que contienen frutas, sólo en el 9,4% (ver gráfico 5).

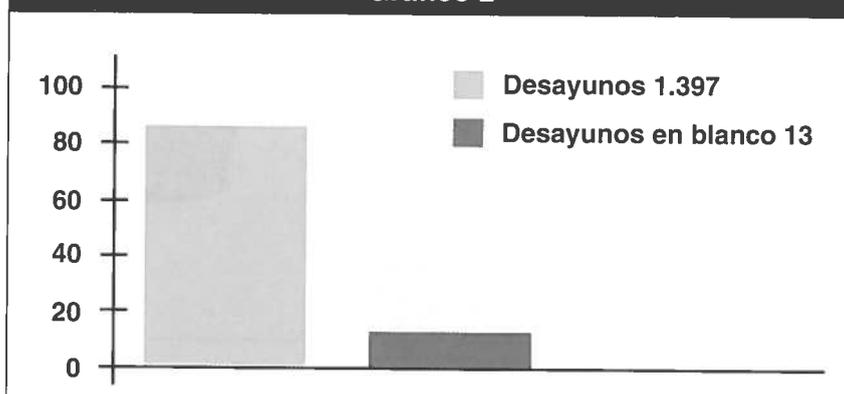
Nº DE ESCOLARES ENCUESTADOS

Gráfico 1



Nº DE DESAYUNOS ESTUDIADOS

Gráfico 2





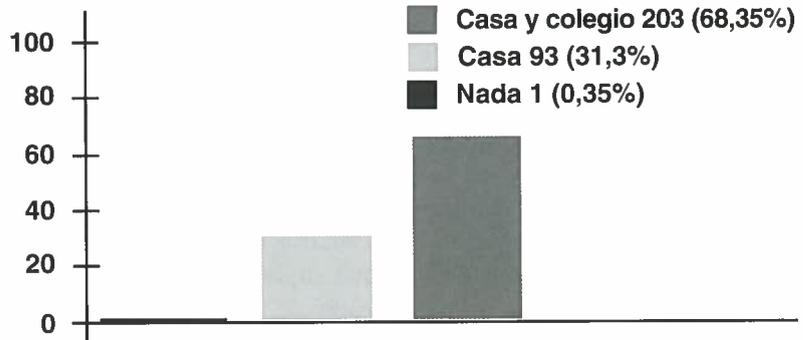
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La mayoría de los escolares de la Zona Básica de Salud de Órgiva desayunan de forma habitual. Destaca el alto porcentaje de ellos que además de tomarlo en casa (lo que es fundamental para iniciar de forma adecuada la jornada escolar) lo hacen en el colegio. Este hecho se explica si tenemos en cuenta que muchos de los niños provienen de cortijos e incluso de otras localidades, por lo que deben desplazarse andando o en autobús a la escuela. Por esta razón se levantan muy temprano. Estos porcentajes son superiores a estudios realizados en centros escolares con menor dispersión de alumnos. El número de niños que no desayunan de forma habitual es muy bajo, con resultados parecidos a estudios realizados en otros centros.

En la mayoría de los desayunos la leche es el alimento más consumido, acompañado fundamentalmente de pan y galletas y una gran variedad de alimentos energéticos como margarina,

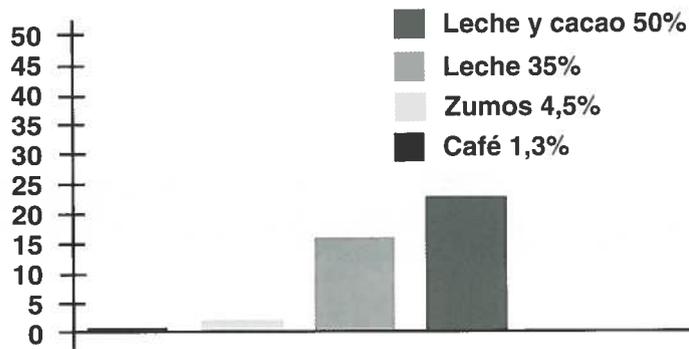
LUGAR HABITUAL DE DESAYUNO DE LOS NIÑOS

Gráfico 3



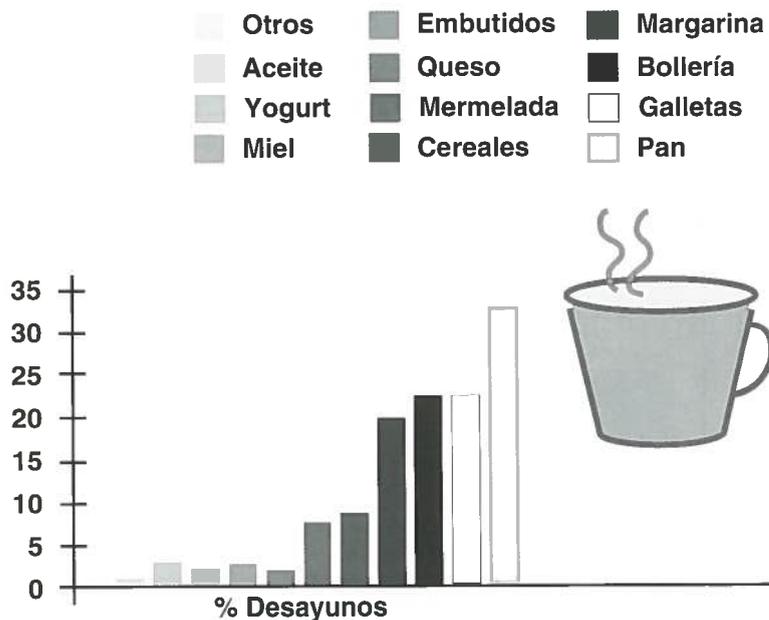
ALIMENTOS LÍQUIDOS

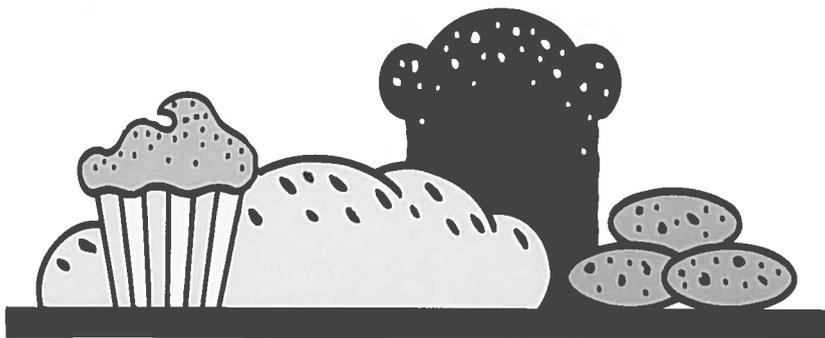
Gráfico 4



ALIMENTOS SÓLIDOS

Gráfico 5





mermelada, aceite de oliva, miel o embutidos como salchichón, jamón cocido o chorizo. La leche sola, sin acompañamientos, se toma en un porcentaje bajo, lo que supone que los niños acuden al colegio con un aporte calórico suficiente para un rendimiento escolar adecuado.

En este estudio se observó un bajo consumo de bebidas excitantes, como pueden ser el té o el café.

Sin embargo, destaca, como en otros estudios similares, el alto consumo de bollería comercial, cuyo contenido en grasa es muy elevado, así como el bajo consumo de frutas.

Teniendo en cuenta estos resultados, sería necesario plantearse,

en colaboración con las escuelas, la puesta en marcha de una serie de actuaciones encaminadas a resolver los problemas detectados y que asesoraran tanto a los padres como a los niños. Se deberían desarrollar, fundamentalmente, los siguientes contenidos:

1. Concienciación acerca de la importancia de realizar un desayuno adecuado.

2. Importancia del consumo de lácteos y derivados.

3. Necesidad de realizar un desayuno variado de forma que, además de completar todas las necesidades nutritivas, el niño disfrute desayunando.

4. Fomentar el consumo de fruta.

5. Disminuir el consumo de bollería industrial.

Bibliografía

—Boneu, M.: *Hábitos alimentarios y frecuencia de consumo de alimentos en los escolares de octavo de EGB de un Área Básica de Salud de Mataró*, Atención Primaria, volumen 14, número 2.

—Conde, M.T.: *Hábitos dietéticos en la población escolar de Madrid*, Acta Pediátrica Española, volumen 53, número 4.

—Espino Diéguez: "El largo vacío energético de la noche", *Salud entre todos*, número 70.

—Ministerio de Sanidad y Consumo: *El desayuno del niño en edad escolar*, Dirección General de Planificación Sanitaria.

—Ministerio de Sanidad y Consumo: *Guía práctica de nutrición*.

—Pena Blanco, G.: *Hábitos alimentarios entre la población escolar del medio rural*, Atención Primaria, volumen 18, número 8.

—Torronteras Mufloz, A.: *Estudio médico preventivo del desayuno escolar*, C.P. Luis Cemuda, Castilleja de la Cuesta.

RESUMEN

• **Objetivo:** Conocer los hábitos en el desayuno de los escolares de una Zona Básica de Salud rural.

• **Diseño:** Estudio descriptivo, mediante un cuestionario, durante 5 días consecutivos.

• **Población diana:** 320 escolares apuntados a los comedores escolares de la Zona Básica de Salud de Órgiva, Granada.



• **Resultados:** El 99,6% de los escolares desayunan. Los lácteos, y en especial la leche (en el 85% de los desayunos), fueron el grupo de alimentos más consumidos, seguido por el pan y las galletas, 34 y 21,5% respectivamente. Se consumió bollería y dulces industriales en el 21,5% de los desayunos. El 9,4% de los desayunos incluían frutas.

• **Conclusiones:** El desayuno se toma de forma habitual por los escolares de la Zona Básica de Salud. Es muy importante el consumo de lácteos, excesivo el de bollería y dulces industriales e insuficiente el consumo de frutas.

LA ACTUACIÓN DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA FRENTE A LOS

ABUSOS SEXUALES

QUE LLEGAN A URGENCIAS

Noelia Díaz Charles
Auxiliar de Enfermería.

Hospital Arnau de Vilanova. Lleida

AGRESIÓN SEXUAL

La agresión sexual comprende varias formas de actividad sexual (tocamiento, masturbación, relaciones con el desnudo), contacto oral o genital y el empleo de objetos de estimulación física sin el consentimiento de la víctima. La violación es un término legal relacionado con la agresión sexual: se trata de una relación sexual ilícita, por la fuerza y contra la voluntad de otra persona, es un crimen violento contra personas de todas las edades.

El síndrome traumático de violación hace referencia a los síntomas secundarios que se presentan, de forma aguda o prolongada, y que pueden observarse tanto en adultos como en niños.

El equipo de enfermería del servicio de urgencias debe ser consciente de su papel en el cuidado de este tipo de paciente. El papel primario de la enfermera incluye:

- Minimizar los traumatismos físicos o psíquicos de la víctima.
- Recoger y preservar evidencias médico-legales para su posible uso por parte del sistema legal.

La posibilidad de encontrar evidencias físicas disminuye en proporción directa al tiempo que ha transcurrido entre la agresión y el examen. Si la agresión se realizó 48 horas antes de la exploración, es poco probable que aún se encuentren evidencias en la paciente. No obstante, se pueden reunir evidencias, debiéndose registrar cualquier hallazgo

obtenido durante el examen (laceraciones, marcas de mordiscos, declaración de la víctima, etc.). Además, deben ofrecerse los servicios de asesoría sobre la profilaxis de enfermedades de transmisión sexual y servicios de apoyo comunitario.

El equipo que atienda a este tipo de pacientes femeninos debe estar compuesto íntegramente por mujeres ya que la agresión ha sido realizada por un hombre. Además, se debe procurar el menor número de personas asistentes para que el paciente se encuentre en un clima de confianza.

CASO PRÁCTICO

Llega a urgencias una chica de unos 19 años. Viene acompañada de una amiga de edad similar.

Dice que le han agredido sexualmente hace una hora.

Viene por su propio pie, temblorosa, en actitud hostil e insegura.

No se le ve ningún sangrado a simple vista ni presenta síntomas de hemorragias internas.

ACTUACIÓN

1. Situamos a la paciente en un área privada, lejos de otros pacientes y visitantes. Nunca se debe permitir que se quede en la sala de espera.
2. Aproximarse a la paciente sin prejuicios, mostrándole empatía y preocupación. La víctima suele padecer traumatismos psicológicos que son más difíciles de detectar que los físicos. Se la debe tratar con una consideración especial para aliviar la presión psicológica que esta padece.
3. Valorar el estado de la paciente:

Datos subjetivos.

Historia clínica de la enfermedad actual

- Fecha, hora y lugar.
- Penetración real o intentada: vaginal, rectal, oral.
- Otra conducta íntima.
- Eyaculación por parte del agresor: dónde, uso de preservativo.
- Destrucción de pruebas: cambio de vestidos, baño o lavado de pelo, micción o defecación, ducha, vómitos, cepillado de dientes, comida o bebida, ingesta de medicamentos.
- Lesiones asociadas: amenaza de violencia, uso de ataduras u otros objetos, mecanismo de lesión, tipo y localización de la lesión.
- Sangrados: lugar y cantidad.
- Dolor.
- Historia ginecológica: control de natalidad actual, relación

sexual voluntaria más reciente, última menstruación.

- Antecedentes: fármacos, alergias, enfermedades o lesiones recientes.

Datos objetivos.

Exploración física

- Aspecto: postura, actividad relacionada con el ambiente. Estado de los vestidos y la piel (polvo, hojas, desgarros,...).
 - Estado emocional y de conducta: quieto y retirado, llorando, shock e incredulidad, deseo de hablar, desorientación.
 - Signos de traumatismo.
 - Signos vitales: normales, taquicardia, taquiapnea, hipertensión.
4. Preparamos el carro de recogida de evidencias:
 - Bolsas de papel (no plástico ya que mantienen la humedad y podrían estropear las pruebas).
 - Peine.
 - 8 o 12 torundas empaquetadas.
 - Porta y cubreobjetos y recipiente.
 - 2 tubos de sangre con anticoagulante.
 - Sobres y bolsas de polietileno con cierre.
 - Etiquetas de la paciente.
 - Cultivos para Chlamydia y gonococo.
 - Artículos de aseo personal.
 - Empapador o similar.
 5. Explicar el plan de cuidados que incluye identificación de lesiones, recogida de evidencias médico-legales, profilaxis de las ETS, embarazo y derivaciones a servicios de apoyo. Este punto es sumamente importante para que la



paciente sepa qué se le está haciendo y tenga un control total de la situación.

6. Le pediremos a su amiga que entre y nos ofreceremos a llamar a un centro de apoyo.
7. Obtendremos el consentimiento para el tratamiento y la recogida de evidencias. Se le debe asegurar que la recogida de las evidencias y la firma de consentimiento no le obligan a seguir adelante en los procedimientos legales.
8. Denunciamos el caso a las autoridades según marque el protocolo del centro y las leyes estatales. Conviene estimular sutilmente a la víctima para que colabore en la investigación policial.
9. Colocaremos una sábana en el suelo y ayudaremos a la víctima a desnudarse sobre ella para evitar que se pierda evidencias como pelos, fibras,... doblamos con cuidado la sábana y la colocamos en una bolsa con un rótulo de la paciente. Colocamos las bragas en una bolsa (pueden contener líquido seminal, espermatozoides...), la sellamos con cinta y la rotulamos.

10. También deben recogerse otras prendas si están dañadas o desgarradas o si hay manchas de sangre o semen. Debe secarse la prenda al aire y ponerla en una bolsa de papel. Rotular.
11. Darle cuatro torundas a la paciente para que las empape de saliva. No debe haber comido, bebido o fumado durante al menos 15 minutos antes. Se dejan secar y se introducen en un sobre, se sella y rotula. Se utilizarán para saber el estado secretor de su grupo sanguíneo.
12. Haremos que se arranque al menos 15 pelos de distintos lugares del cuero cabelludo para contrastarlos con los encontrados en la ropa y diferenciarlos de los del agresor. Se introducen en una bolsa de polietileno, se sella y rotula. Haremos lo mismo con el bello púbico.
13. Colocarnos a la paciente tumbada y el empapador bajo la zona perinola. Con cuidado peinamos el bello hacia abajo, colocamos el peine dentro del papel, lo doblamos, lo ponemos en un sobre, sellamos y rotulamos.
14. Se toma 2 tubos de sangre para la policía.
15. Ayudamos al médico en la recogida de evidencias durante el examen pélvico. Deben obtenerse cuatro frotis vaginales. Usamos uno de estos para preparar un frotis en una lámina portaobjetos, dejar secar al aire. Lo colocamos en un sobre, sellamos y rotulamos.
16. Si ha habido penetración anal deben tomarse también 4 muestras.
17. Si ha habido penetración oral deben tomarse 4 muestras más.
18. Se administran antibióticos para la prevención de las ETS

según prescriba el doctor, y el tratamiento para la prevención del embarazo.

19. Debemos asesorar a la paciente sobre la posibilidad de la contracción del VIH y la conveniencia de realizarse las pruebas.
20. Proporcionarle una ducha y una higiene bucal, en la medida de lo posible, después de la exploración. Conseguir ropas limpias para la paciente y transporte para volver a casa.
21. Es muy importante que guarde las evidencias la enfermera que las ha recogido hasta entregarlas a la policía.

EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS

La paciente

- Muestra una menor ansiedad, una postura corporal relajada y aceptación.
- Se centra en las actividades y procedimientos.
- Coopera y participa en el diálogo verbal.
- Ayuda en el plan de cuidado.
- Toma decisiones y sigue todo el plan.
- Muestra reacciones de afrontamiento apropiadas para el acontecimiento y es consciente de nuestras respuestas.
- Acepta el ofrecimiento de llamar a una persona de apoyo.

Bibliografía

- Asociación de Enfermería de Urgencia Reminton; *Enfermería profesional*. McGraw-Hill Interamericana, 4ª Edición.
- Pamela Kidd y Patty Sturt; *Manual de urgencias en enfermería*. Harcovit Brace, 2ª Edición. 1998.
- Asociación de Enfermería de Urgencias; *Enfermería de urgencias*. McGraw-Hill Interamericana, 4ª Edición.

- Decide el nombre de la persona de apoyo e indica el número de teléfono.
- Comprende y repite los tipos de reacción que pueden presentarse.
- Decide informar a otros según sus conductas de afrontamiento habituales y cita los recursos disponibles para su remisión.
- Abandona el SU.
- Está conforme con las llamadas de seguimiento ocasionales, refiere las habilidades de afrontamiento y acepta ser remitido.

Estas afirmaciones serían el ideal de recuperación. Sobre ellas debemos valorar el estado y evolución de la paciente.

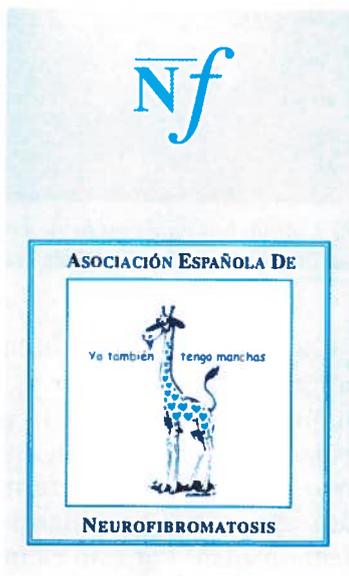
FUNCIÓN DE LA TCAE

Las funciones principales de la TCAE en este caso son:

- Preparar el equipo de recogida de evidencias teniendo especial cuidado en que haya suficiente material y esté muy limpio para evitar posibles interferencias.
- Colaborar en la recogida de evidencias proporcionándole el material a la enfermera, sellando los sobres y bolsas y rotulando correctamente con los datos de la paciente.
- Pero, sobre todo, dando apoyo psicológico a la paciente, dándole confianza y ayudándole a tomar decisiones.

Hay manchas que son una enfermedad

Imágenes cedidas por AEN



Dudas, confusión y falta de información suelen ser los sentimientos más comunes en los pacientes diagnosticados de neurofibromatosis. Las neurofibromatosis son un grupo de enfermedades genéticas del tejido nervioso que se caracterizan por el crecimiento de tumores a lo largo de varios tipos de nervios y que, además, pueden afectar el desarrollo de otros tejidos tales como huesos y piel. Pueden afectar a cualquier sistema del organismo, por lo que deben ser consideradas enfermedades multisistémicas.

Montse García

Neurofibromatosis es un término que engloba dos enfermedades genéticas clínicamente distintas: Neurofibromatosis Tipo 1 —NF1— y Neurofibromatosis Tipo 2 —NF2—. La neurofibromatosis 1 es también conocida como enfermedad de Von Recklinghausen, patólogo alemán que aproximadamente en 1880 clasificó la enfermedad. No fue hasta 1993 cuando se descubrió otro tipo de neurofibromatosis, denominada NF tipo 2 o neurofibromatosis bilateral acústica.

El primer tipo afecta al sistema nervioso periférico, es la más común, pues la padece uno de cada 3.000 nacidos, y se caracteriza por el desarrollo de neurofibromas, máculas café con leche, nódulos Lisch en el iris y predisposición a ciertos tumores. Por el contrario, la NF2 ocurre en uno de 40.000 nacimientos y se asocia con tumores en el nervio auditivo

que pueden repercutir no sólo en la pérdida de audición, sino en el equilibrio y en la expresión facial, pues al extirpar los tumores suelen quedar afectados los nervios responsables de estas funciones. Es mucho más severa y se caracteriza por la presencia de tumores en el octavo par de nervios craneales (nervios auditivos).

Distintos estudios genéticos han determinado que los defectos de NF1 y NF2 se localizaban en cromosomas distintos. El gen NF1 se localiza en el cromosoma 17 y es un gen supresor de tumores, mientras que el gen NF2 se encuentra en el cromosoma 22 y codifica para una proteína homóloga a varios miembros de una familia de proteínas asociadas al citoesqueleto.

Ambas formas tienen un patrón de herencia autosómica dominante. Por la condición autosómica, el gen NF está localizado en uno de los 22 pares de cromosomas

llamados “autosomas”; por la de dominante, supone que basta con tener una alteración en uno de los dos genes que cada uno tenemos para padecer la enfermedad. Aproximadamente, la mitad de los casos de neurofibromatosis son heredados de un padre o madre afectado de NF. Los afectados tienen un riesgo del 50% de transmitir la enfermedad a cada uno de los hijos. La otra mitad de los casos se producen por mutación espontánea en el espermatozoide o en el óvulo (es decir, ninguno de los progenitores padece NF), y hay una probabilidad de 1:10.000 de que esta mutación ocurra en cualquier pareja.

Para que se diagnostique una NF1 han de presentarse dos o más de estos síntomas: más de seis manchas de café con leche, uno o más neurofibromas plexiformes, pecas en las axilas o ingles, nódulos de Lisch o un familiar de primer grado con neurofibromatosis.

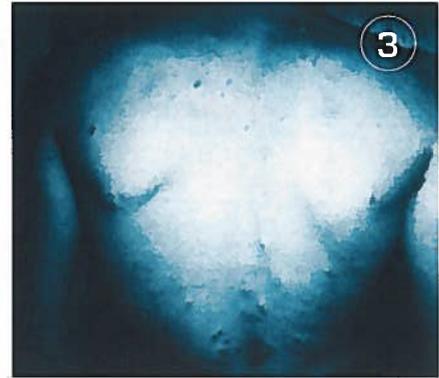


Foto 1, Von Recklinghausen, patólogo alemán que clasificó la enfermedad en 1880. Foto 2, Manchas café con leche en el pecho de un niño con NF1. Foto 3, Múltiples neurofibromas cutáneos en la espalda de un adulto con NF1. También son visibles numerosas manchas café con leche.

Los síntomas aparecen, generalmente, en la infancia o en la adolescencia, y algunos cambios importantes en el organismo, como son el embarazo o la adolescencia, pueden suponer un recrudescimiento de estos síntomas. No se manifiesta a una edad fija y tampoco sus síntomas o la gravedad de éstos son los mismos en todos los enfermos, de forma que cada caso evoluciona de forma diferente. Tampoco puede predecirse la aparición, o no, de complicaciones, pero algunas de ellas pueden ser: problemas de crecimiento, dificultades de aprendizaje, precocidad o retraso de la pubertad, desfiguraciones, hipertensión, epilepsia, aumento del perímetro cefálico, problemas óseos o tumores cerebrales.

De ahí uno de los problemas con los que se enfrentan los pacientes de NF, puesto que el desconocimiento existente en torno a la enfermedad lleva incluso a que ésta no sea diagnosticada como tal. Los síntomas de NF pueden pasar inadvertidos a los profanos de la enfermedad. Por ejemplo, las manchas “café con leche” pueden ser muy pálidas o pensar que los nódulos de Lisch son peculiaridades del ojo, etc. Sin embargo, Pilar Muñoz, presidenta de la Asociación Española de

“... me preocupa y me duele ver cómo, después de haber transcurrido 20 años desde que nosotros comenzamos nuestra andadura, estos padres tienen las mismas dudas, desconcierto y falta de orientación médica que nosotros tuvimos...”
(Vicente, Madrid)

Neurofibromatosis, justifica a los facultativos porque es consciente de que “un médico general puede encontrarse con una media de dos casos en toda su carrera”.

“Padecer NF significa que se producirán cambios en tu cuerpo que nadie puede predecir. Puede afectar a cualquier parte del cuerpo y con un grado de severidad que oscila entre tan leve, que hay personas que desconocen que la padecen, hasta tan grave que puede causar la muerte. Hasta la fecha, la severidad con la que cursará la enfermedad es impredecible, incluso entre miembros de una misma familia. Un padre muy afectado puede tener un hijo poco afectado y, por el contrario, un padre poco afectado puede tener un hijo muy afectado”, explica Pilar Muñoz.

Los pacientes de neurofibromatosis tienen pocas cosas en común, pero sí les une la angustia por la imprevisión en el curso que seguirá la enfermedad y el carácter hereditario de la enfermedad. Por esto es muy importante que toda la familia afectada sea estudiada genéticamente. En España sólo existen dos laboratorios que realizan dicho estudio: el Centro de Genética Médica y Molecular IRO (Barcelona), y la Unidad de Genética Molecular del Hospital Ramón y Cajal de Madrid.

Asociación Española de Neurofibromatosis

En 1997 Pilar Muñoz, cuya relación con la enfermedad en 1985 comenzó cuando a su hermana le fue diagnosticada, y tras comprobar la falta de información existente al respecto tanto entre los afectados y sus familias como entre la clase médica, fundó la Asociación Española de Neurofibromatosis. Su trabajo comenzó acudiendo al 7º Encuentro Internacional de Asociaciones de Neurofibromatosis celebrado en París. La presencia de Pilar Muñoz significó hasta ese momento, la única presencia española en estas reuniones y desde entonces

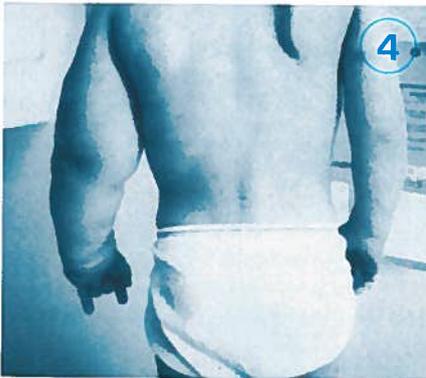


Foto 4, Brazo deformado debido a neurofibromas plexiformes en un niño con NF1. Foto 5, La flecha señala múltiples nódulos de Lisch en el iris. Foto 6, Los arqueamientos arteriolaterales en la parte inferior de la pierna son un problema de movilidad que ocurre con frecuencia en los niños con NF1.

no ha cejado en su empeño de que estos pacientes tengan una esperanza en su futuro incierto.

Las asociaciones de países europeos y la Fundación de Nueva York llevan años trabajando en estrecha colaboración para conseguir un mejor conocimiento de esta enfermedad que conduzca a la consecución de un tratamiento eficaz para su curación y, mientras tanto, mejorar la calidad de vida de las familias que la sufren.

La Asociación Española de Neurofibromatosis (AEN) es una asociación de voluntarios sin ánimo de lucro, entre cuyos objetivos se encuentra la confección de un censo de familias afectadas de neurofibromatosis en toda España, y que las personas que la padecen y sus familias tengan acceso a toda la información necesaria para saber, por ejemplo, en qué consiste la enfermedad o qué avances médicos se van produciendo en el mundo.

La AEN lucha igualmente por conseguir que las neurofibromatosis se consideren enfermedades multidisciplinarias y se creen unidades especializadas donde los médicos y los genetistas trabajen en colaboración ofreciendo a las familias un diagnóstico completo y una información adecuada. Además, consideran imprescindible que se designen algunos hospitales

“¿Neurofibromatosis? ¿qué es?” Respuesta del médico: “rara vez se manifiesta y no hay que hacerle caso.” (Manuel, Madrid)

como especializados en esta enfermedad y, ante la sospecha de que pueda tenerse NF, los médicos remitan a ellos a los pacientes para que se les confirme el diagnóstico. Terminaría de esta forma el peregrinaje de algunos pacientes por distintas consultas médicas sin que nadie consiga el diagnóstico preciso.

Pilar Muñoz es consciente de que “es necesario mucho apoyo psicológico para enfrentarse, tanto los afectados como las familias, a la enfermedad. Se dan casos de personas acomplejadas por las malformaciones y otros problemas estéticos que puede producir la enfermedad, familias que han de enfrentarse a una enfermedad degenerativa y sin cura, padres con sentimientos de culpa al haber transmitido la enfermedad a sus hijos, matrimonios en que uno de los cónyuges se siente engañado por el otro que tenía la enfermedad y se la ha transmitido a algún hijo, hijos que han de

vivir una enfermedad de la que vieron morir a sus padres...”

Por otro lado, considera que “en cuanto a los médicos debemos exigirles que, si les pedimos información sobre algo de lo que somos protagonistas, nos contesten con su mayor consideración y sensibilidad pero, desde luego, que no nos nieguen la información: caso de no informarnos tendremos que pensar que quizás es porque no tienen suficientes conocimientos de esta enfermedad (cosa totalmente aceptable); pero entonces deberían, si quieren ayudarnos, informarse de a qué otro médico con más experiencias en esta enfermedad pueden enviarnos”.

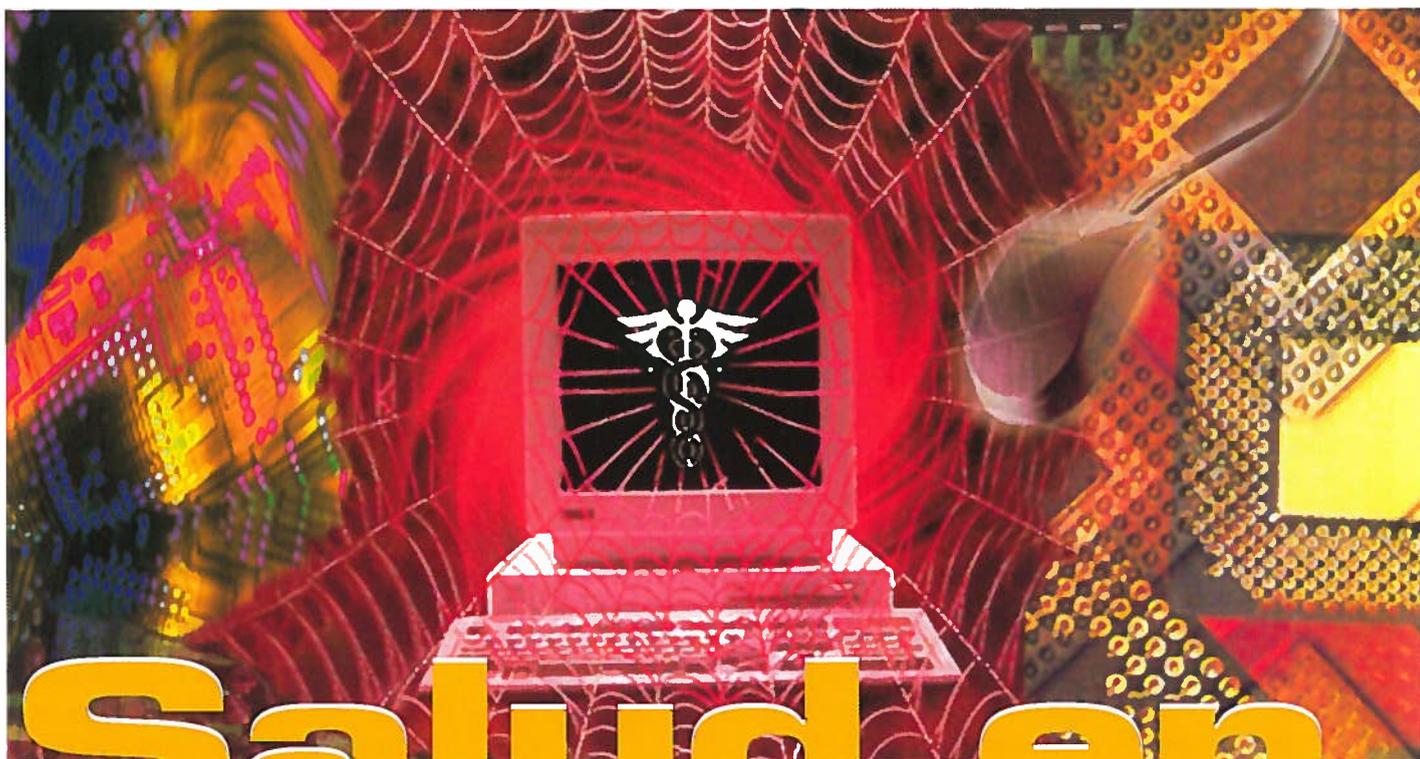
Ficha Técnica

Nombre:
Asociación Española de Neurofibromatosis

Dirección:
Reina, 7. 28004 Madrid
Tel.: 91 726 48 23. Fax: 91 532 50 47

Donaciones:
Nº de cuenta
0042 0030 65 0110002766
2038 2957 13 6000006901

Publicaciones:
Siete folletos informativos sobre la neurofibromatosis.
“Neurofibromatosis Tipo 1”
“Neurofibromatosis Tipo 2”
“Niños con NF1”
“Manifestaciones ortopédicas de la NF1”
“Guía para educadores”
“Haciendo frente a la NF1: Guía para adolescentes”
“Logros a pesar... un folleto sobre las dificultades de aprendizaje”



Salud en la versión

La información médica a través de Internet ya es una realidad. La red de informática mundial se ha convertido en un medio de gran utilidad para acceder a todo tipo de contenidos y el ámbito de los cuidados sanitarios tampoco ha sido ajeno. Hoy en día es posible recabar todo tipo de información sobre salud y consultar directamente a los especialistas a través del ordenador. Pero resulta también necesario conocer hasta qué punto esta nueva modalidad puede considerarse rigurosa y fiable.

Recientes estadísticas han revelado que el 38% de las consultas a través de Internet están relacionadas con aspectos referentes al ámbito sanitario, lo que demuestra que este tipo de contenidos presenta una creciente demanda de los usuarios de este medio. Internet se perfila así como un importante soporte para el intercambio de información y servicios en un sector en clara expansión como es el de la salud. La posibilidad de acceder a informaciones actualizadas, consultar a expertos, acudir a bibliografía, mantener contacto con personas que sufren la misma patología... se ha convertido en

una realidad que, sin embargo, no está exenta de generar riesgos. El principal, la fiabilidad de estas informaciones y las consecuencias negativas que pueden originar.

Una red mundial también para la salud

Internet posibilita la puesta en circulación de todo tipo de informaciones de forma prácticamente ilimitada. En lo que respecta a la salud, está revolucionando la forma más tradicional de la relación médico-paciente. Para los especialistas, se ha convertido en una preciada herramienta de trabajo a través de la cual pueden



pantalla

que difunde Internet

Javier Villoslada

documentarse sobre los últimos adelantos y mantener el contacto con colegas de profesión. Por ejemplo, se han llegado a desarrollar experiencias de congresos médicos virtuales.

Mientras tanto, el paciente también ha visto modificado su rol en esta relación. Internet ha supuesto la posibilidad de acceder a informaciones diversas, poder realizar consultas sobre cualquier tipo de dolencia o elegir el servicio médico que desea. Las posibilidades que se presentan para el mundo médico son, por tanto, inimaginables.

Pero esta gran oferta de servicios puede originar también

consecuencias negativas si no se mantiene un correcto uso de los mismos. La facilidad para publicar en Internet cualquier información provoca que no siempre se respete la verdad. En este sentido, cada día se conocen más casos de contenidos en los que se han promocionado productos milagrosos, seguros médicos fraudulentos e incluso hospitales no legalizados, consecuencias todas de un irresponsable y oportunista uso de la red.

Las evidentes posibilidades de negocio de los servicios médicos en Internet pueden ser foco de atracción de todo tipo de informaciones sin rigor e incluso de riesgos para la salud de los usuarios,

si ponen en práctica ciertos consejos o adquieren productos no autorizados. A estos inconvenientes se une, además, otra deficiencia muy común en el fenómeno de Internet, como es la dudosa protección de la intimidad de los datos personales, algo que en el ámbito de la sanidad adquiere una mayor importancia.

Usar el sentido común

La idea de que la salud en Internet puede ser como un cajón de sastre en el que todo puede tener cabida es la que más puede preocupar a los *internautas*. En este sentido, la Asociación de Usuarios de Internet enuncia una recomendación

explícita: “lo principal es tener sentido común”, tal y como informa Alfredo Baratas, Responsable de comunicación de la Asociación.

La realidad es que muchas páginas de salud en Internet sólo buscan los beneficios económicos inmediatos. Por esta razón, puede resultar peligroso para la salud comprar fármacos de dudosa procedencia a través de la red. En la Asociación de Usuarios de Internet se han detectado páginas en las cuales se venden sin control todo tipo de los denominados *productos milagro*. Para Alfredo Baratas “lo menos que puede pasar en estas ocasiones es sufrir una estafa; lo peor es que puede entrañar riesgos para la salud. Por ejemplo, si se halla un servidor de Japón o Sudáfrica en el cual se encuentran ofertas magníficas de productos para la salud, lo mejor es sospechar de ello”.

Hay que hacer, por tanto, una clara diferenciación entre las empresas de Internet que ofrecen informaciones y servicios de garantía y aquellas que ponen en circulación consejos poco fiables e incluso intentan aprovecharse poniendo en venta compuestos de supuestos efectos curativos. Este tipo de páginas de Internet son las que deben despertar la mayor desconfianza en el usuario.

Empresas y consumidores de salud en Internet

La idea de crear grandes portales sanitarios fue pionera en Estados Unidos, donde se ha fomentado en mayor medida la navegación por la red en busca de respuestas a todo tipo de consultas médicas. En los últimos tiempos, se ha disparado el número

de instituciones que han puesto a disposición de los usuarios de Internet servicios sanitarios. Los médicos, empresas farmacéuticas y aseguradoras son los principales interesados en ofrecer su oferta de servicios en la red. Además, las alianzas y fusiones en este ámbito van a estar también a la orden del día, siempre que las empresas especializadas en salud estén alcanzando sus objetivos marcados.



El papel tradicional del paciente también está siendo modificado por Internet. En primer lugar, es necesario comprender que los receptores de atención sanitaria, al igual que los especialistas médicos, no pueden ser considerados como un usuario más de la red. Son, más bien, un buscador de información atípico, cuyos intereses y preocupaciones son distintas a las de los demás. No acuden a Internet como medio de ocio, sino que lo utilizan para encontrar contenidos específicos sobre enfermedades o consejos para llevar hábitos de vida sana.

De esta forma, se ha comprobado que los pacientes dan más credibilidad a las informaciones que encuentran en las direcciones de universidades y asociaciones médicas frente a aquellos sitios de marcado carácter comercial. Los portales que pertenecen a empresas e instituciones de prestigio reconocido son, por tanto, los que más fiables se presentan ante los usuarios, por lo que, valorar el alcance de las informaciones de salud en su justa medida según el lugar donde aparezcan, es un factor a tener en cuenta.

Internet no sustituye, complementa al profesional médico

Los presuntos cambios que Internet puede provocar en el mundo de la sanidad no deben ser interpretados como una revolución total. La idea de que el ordenador llegue a sustituir completamente al médico sigue pareciendo hoy en día imposible. Lo que sí implica la red es la posibilidad de obtener información de gran utilidad sobre cualquier aspecto imaginable.

El servicio que presta al médico, que quiere estar al día de los avances más recientes y al paciente que quiere obtener más información sobre determinados medicamentos o recibir consejos para preservar su salud, es innegable. Sin embargo, no puede sustituir de ningún modo a la consulta directa al especialista sanitario, sino que puede considerarse, más bien, como una adecuada guía de contenidos y consejos, una especie de manual de primeros auxilios para consultar a través de la pantalla del ordenador.

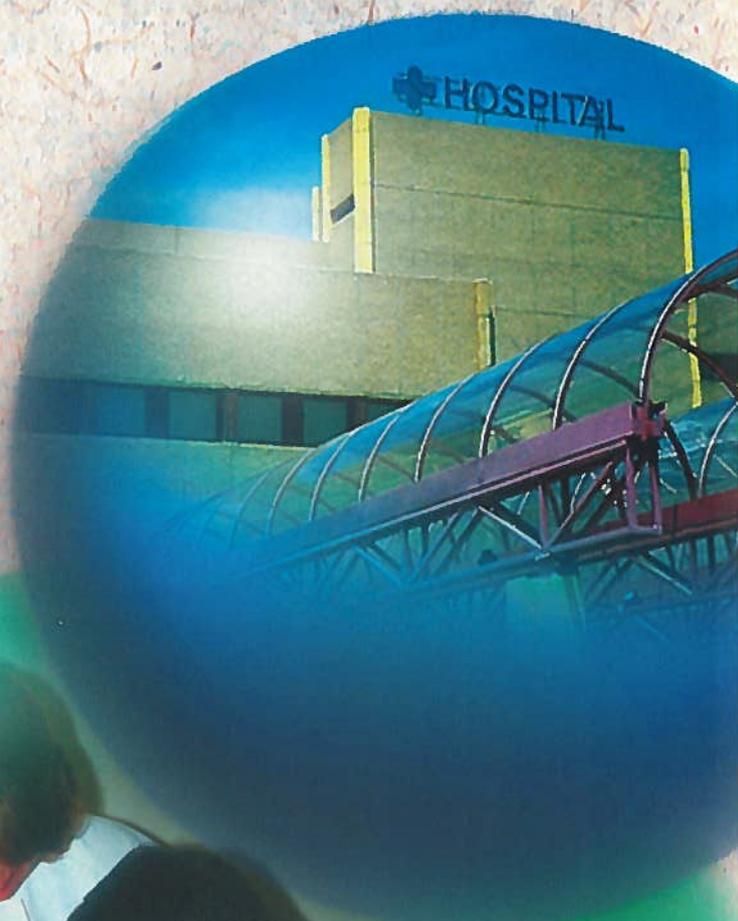


Hospitalización Domiciliaria

**XII CONGRESO NACIONAL DE
AUXILIARES DE ENFERMERÍA**

**30 y 31 de mayo y
1 de junio de 2001**

**Palacio de Congresos
de Torremolinos
(MÁLAGA)**



SAE

INDICATO DE AUXILIARES DE ENFERMERÍA
Pta. Anale. 3 - 29005 Málaga

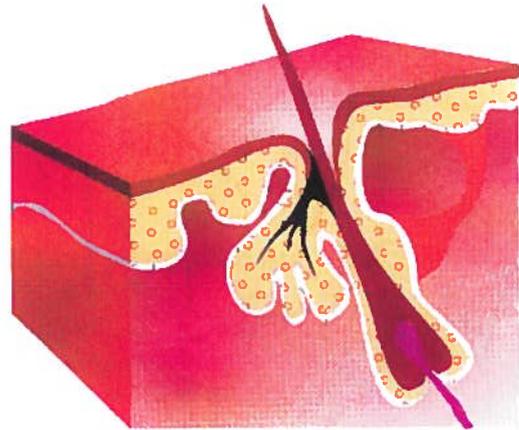
FAE

FUNDACIÓN PARA LA FORMACIÓN
Y AVANCE DE LA ENFERMERÍA

C/ Pinar de San Juan, 77 - 6º - 28004 - Madrid

Depilación con láser

Josefina Royo de la Torre
Instituto Médico Láser



Imágenes cedidas por el Instituto Médico Láser

El pelo humano desempeña funciones de protección mecánica y aislamiento térmico. No obstante, desde que el hombre se civiliza y deja de vivir a la intemperie, estas funciones protectoras pierden su consideración y el pelo adquiere otra importancia social participando en la elaboración de la imagen estética del individuo. De este modo, el pelo se tiñe, se riza, se alisa o se elimina. Los cánones de belleza actuales determinan que la mujer ha de estar libre de pelo en todo su cuerpo salvo en el pubis y sólo ha de tener pelo en cejas y pestañas en el rostro. El modelo estético del hombre de hoy es también el del hombre de torso brillante y espalda ancha, musculosa y sin pelo. Ante la pleitesía que se rinde a la imagen corporal, no es extraño que la tecnología láser haya arribado a este puerto hace más de cuatro años.

El desarrollo de los folículos pilosos se inicia veloz y vigorosamente en la piel del feto humano en la novena semana de gestación. Los gérmenes de las unidades pilosebáceas se originan como resultado de invaginaciones ectodérmicas a las que se asocian yemas de origen mesodérmico que darán lugar a la estructura vascular que nutre el folículo, llamada papila dérmica. Derivados de la cresta neural, los melonoblastos emigran al tercio inferior del folículo, donde se transformarán en los melanocitos que son responsables de la pigmentación del pelo.

La gestación de los folículos se produce en sentido céfalo-caudal;

inicialmente aparecen en el cuero cabelludo y la cara y posteriormente se inicia su producción en el resto del cuerpo. En la semana número 24 de gestación ya están producidos todos los folículos pilosos que la piel del individuo tendrá durante toda su vida. El crecimiento del pelo (fase anagénica) durante la gestación es sincronizado. Unas semanas antes del nacimiento se produce, con carácter masivo, la entrada en reposo de todo el pelo (efluvio telogénico). Cuando se produce un retraso de la entrada en telogén del pelo de feto, el neonato presenta gran cantidad de "lanugo" o vello fino que perderá a lo largo de las primeras semanas tras su nacimiento.

A partir del nacimiento, la actividad del pelo del ser humano es asincrónica o en mosaico. En todas las regiones corporales se encuentran simultáneamente pelos en fase anagén (activa) y en fase telogén (reposo).

La proporción de pelo en anagén/telogén condiciona un aspecto de mayor o menor densidad de pelo por cm². En el cuero cabelludo de un niño hay más del 88% del pelo en anagén, la alopecia masculina o femenina se define porque la mayor parte de los folículos del cuero cabelludo se encuentran en telogén, aunque los folículos no han desaparecido, simplemente están inactivos. En la región axilar, por ejemplo, el

porcentaje máximo de pelo en anágen es del 30%.

La duración de la fase anágen nos da la idea de la longitud máxima que puede alcanzar un pelo en relación a la región anatómica en que se encuentra. El pelo del cuero cabelludo puede alcanzar duraciones de fase anágen de hasta seis años, con un crecimiento medio de 0,4 mm diarios. La longitud máxima que puede alcanzar está entre los 60 y los 80 cm. La fase anágen de la región inguinal es de 4-5 meses como máximo. El vello púbico puede alcanzar longitudes en torno a los 5-7 cm.

El folículo piloso se mantiene en anágen alargando su tallo piloso hasta que, por mecanismos aún no conocidos, pasa a la fase de reposo o telogén.

El pelo de axilas e ingles se desarrolla como consecuencia del primer brote puberal y es semejante en hombres y mujeres. La aparición de la barba en el varón y el resto del pelo en tronco está marcado por el segundo brote hormonal y se acompaña de la aparición de otros caracteres sexuales secundarios como el cambio de voz o el desarrollo de la masa muscular. Este tipo de pelo corporal no aparece normalmente en la mujer porque cuenta con la producción de las hormonas ováricas feminizantes (estrógenos) que producen la inhibición del crecimiento del pelo en barba, región peribucal, tronco, etc. Cuando una mujer sufre un desequilibrio hormonal y tiene predominio androgénico, bien por falta de producción estrogénica o por hiperproducción androgénica, sufre la aparición de pelo fuerte en cara, escote, etc., cuadro clínico que se denomina "hirsutismo hormonal".

Los factores determinantes de la densidad, el calibre y el color del pelo pueden resumirse en los

siguientes: áreas corporales específicas, herencia, hormonas, sexo, raza y edad.

Para obtener una depilación permanente hemos de impedir el crecimiento del tallo piloso. La fabricación del pelo se produce en el tercio inferior del folículo, en la región llamada "matriz". La matriz es un conglomerado de células pluripotenciales llamadas "queratinoblastos". Éstos se multiplican por un alto índice de mitosis, se queratinizan y se transforman en "queratinocitos". Entre los queratinoblastos se encuentran los melanocitos, que fabrican gránulos de melanina que son "engullidos" por los queratinocitos por citocrinia. Los queratinocitos cargados de melanina constituyen el tallo piloso.

En un primer momento, se consideró que destruyendo la matriz se incapacitaba al folículo piloso para fabricar pelo. Posteriormente, los estudios histológicos han demostrado que en el tercio superior del folículo existe una estructura denominada "bulge" o protuberancia que se sitúa a nivel de la inserción del músculo erector del pelo. En la protuberancia se alojan células pluripotenciales "de reserva" que pueden recolonizar la matriz y posibilitar la producción del nuevo pelo.

Durante 1999 se publicaron varios estudios histológicos con marcadores tisulares. En ellos, se comprobó que las envueltas externas del pelo (vaina radicular externa) y el tejido mesenquimatoso adyacente también intervienen en la regeneración del pelo.

Las estructuras a lesionar son la matriz (pigmentada porque tiene melanocitos), la protuberancia (sin demostrar que tenga células pigmentadas) y las envueltas externas del folículo piloso (sin pigmento). Este



El láser Alejandrita tiene mayor penetración e irrita menos la piel.

detalle es muy importante si tenemos en cuenta cómo funciona el láser.

La tecnología láser en medicina es interesante por el comportamiento específico que se produce en la interacción tejido-láser. Los tres cromóforos principales que integran los tejidos humanos son: hemoglobina, agua y melanina. Disponemos de diferentes tipos de láser que resultan preferencialmente absorbidos por cada uno de estos cromóforos según la longitud de onda a la que se emita su luz. La energía luminosa es absorbida por el objetivo diana con un pigmento cromóforo y se transforma en calor incrementando la temperatura de las estructuras tisulares pigmentadas mediante el mecanismo conocido como "fototermólisis selectiva".

En depilación se manejan actualmente cinco tipos de láser: Ruby (694 Nm), Alejandrita (755 Nm), Diodo (800 Nm), Neodimio-Yag (1.064 Nm) Epilight (luz no coherente de 590-1.200 Nm).

Además de la longitud de onda, la emisión láser tiene otras características que influyen en sus propiedades:



El modelo estético del hombre de hoy presenta un hombre de torso brillante, espalda ancha, musculosa y sin pelo.

- Penetrabilidad: a mayor longitud de onda mayor penetrabilidad.
- Fluencia: densidad de potencia, se mide en julios/cm².
- Duración del pulso: se mide en metros.
- Tamaño del spot: superficie tratada en cada emisión, sección del haz lumínico.

Debido a que hay que destruir estructuras foliculares que carecen de pigmento (protuberancia y envueltas externas) y otras que sí están pigmentadas (matriz), es el propio tallo piloso el que absorbe la mayor parte de la luz emitida incrementando su temperatura. El calor del tallo piloso es difundido a las estructuras foliculares adyacentes que, si se calientan a más de 60°C, sufren desnaturalización proteica y muerte celular.

Para que el incremento del calor en el folículo sea suficiente, la fluencia emitida debe ser superior a 20 julios/cm². La lesión celular es "dosis-dependiente", a mayor fluencia, mayor índice de folículos inutilizados. Si un paciente es tratado con un láser de baja fluencia (han irrumpido en el

mercado multitud de equipos que no reúnen las características necesarias y están en manos de personas poco cualificadas) sólo conseguirá una depilación temporal como se consigue en depilaciones por extracción mecánica.

La dosis de energía ha de entregarse en un tiempo adecuado, el tallo piloso debe transferir su calor a los objetivos sin que disminuya su temperatura durante el tiempo de la transmisión de calor. Este factor se modula por la duración del pulso.

El calibre, color y profundidad del pelo es muy diferente en cada región corporal de un mismo individuo. Es evidente que el objetivo a tratar es muy variable según la región anatómica, el fototipo de piel, la raza del paciente o su edad.

La emisión láser ha de llegar a su objetivo atravesando las capas superficiales de la piel. Si la piel está bronceada, posee mayor concentración de melanina en su superficie y establece una competencia de absorción con el pelo. Para que se produzca una absorción preferencial por parte del folículo piloso, la piel debe estar lo más clara posible, de lo contrario,

parte de la energía puede interactuar con la epidermis. Esto produciría su calentamiento e irritación hasta causar la epidermolisis, quemadura de primer grado muy leve que cursa con una evolución de 4-7 días, tras lo que pueden quedar hiperpigmentaciones o hipopigmentaciones transitorias que siempre remiten en unas semanas.

Para obtener el máximo de eficacia con el máximo de seguridad, hemos de coordinar el empleo de diferentes tipos de láser según el tipo de piel y pelo.

- El láser Ruby es el menos penetrante, es el que con más facilidad irrita la piel y su mejor indicación es: pelo poco profundo y poco pigmentado.
- El láser Alejandrita tiene mayor penetrabilidad e irrita menos la piel. Ha sido el más empleado durante estos años en depilación. Sus características hacen que se trate de un láser útil en relación al tipo de piel y pelo en la población española. Es el más adecuado para piernas de mujer, ingles y axilas.
- El láser de Diodo tiene características semejantes al Alejandrita, tiene algo más de penetrabilidad por su longitud de onda y precisa que el usuario aplique la pieza de mano sobre la piel con una presión adicional que "acerca" la profundidad del folículo a la superficie. Produce muy buenos resultados siempre que el pelo sea grueso y pigmentado. Funciona muy bien en espaldas de varón, ingles y axilas. En el Instituto Médico Láser contamos con el único láser Diodo de última generación instalado en España.
- El láser de Neodimio-Yag es el más penetrante. Está indicado en pelo grueso y profundo y muy pigmentado. Sin embargo, no tiene eficacia en pelos



El láser Alejandrita es el más adecuado para depilar las piernas, ingles y axilas de la mujer.

finos y claros. No produce ninguna irritación en la piel oscura o bronceada porque tiene una aptitud por la melanina muy baja. Requiere el empleo de altas densidades de energía que pueden hacer el tratamiento más doloroso.

- Los equipos de Luz Pulsada Intensa, Epilight y Photoderm son muy versátiles, ofrecen buenos resultados en todo tipo de pieles y pelos. En su versatilidad radica también su dificultad de manejo, pues el aprendizaje para su manejo es más complejo. Da muy buen resultado en vello facial resistente al resto de láseres.

Para conseguir una sesión de tratamiento más confortable y, sobre todo, para evitar que se produzca el calentamiento de la superficie cutánea, todos los equipos incorporan sistemas de refrigeración epidérmica mediante varios sistemas: gel de transmisión óptica a 4°C, criógeno en spray de emisión automática, zafiro de contacto cutáneo refrigerado a 4°C y chorro de aire frío.

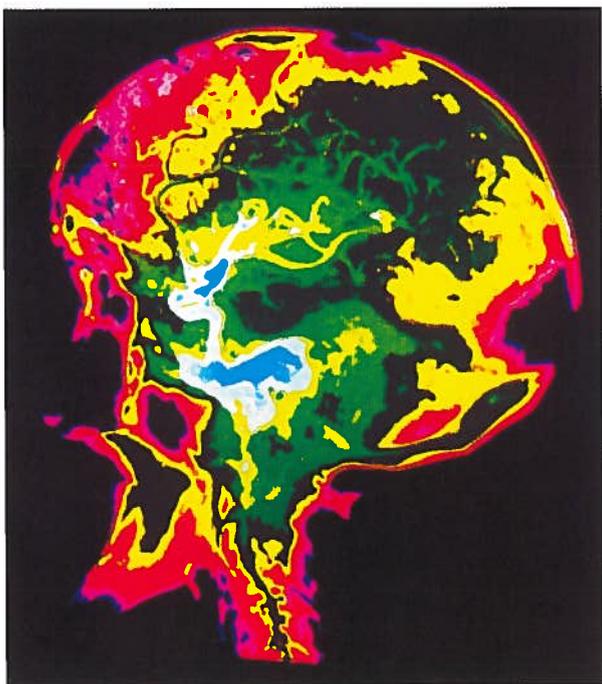
El enfriamiento de la piel produce analgesia y asegura que ésta no se caliente al ser atravesada por la luz, minimizándose así los efectos secundarios drásticamente.

Para obtener una depilación cosmética completa es preciso conseguir lesionar todos los folículos pilosos activos. La consecuencia de este objetivo hace que el tratamiento se prolongue en el tiempo, pues hemos de fechar las sesiones de láser ajustadas a la respuesta biológica de cada paciente. Tras realizar una sesión eficaz, se produce una depilación completa que dura como mínimo 4 semanas en áreas faciales y 8 semanas en áreas corporales. Transcurrido este tiempo, comienzan a emerger tallos pilosos en menor densidad por centímetro cuadrado que la inicial. Entonces, se practica una segunda sesión que producirá una depilación algo más prolongada pero que raramente será la última. Realmente, cada sesión produce la lesión irreversible de un porcentaje de la población pilosa total. El resto de folículos no lesionados sufre un retraso de crecimiento que cada vez es más

prolongado. Por este motivo, cada vez las sesiones han de espaciarse más. A partir de la quinta sesión quedan pocos pelos activos con un comportamiento desordenado, por lo que es conveniente espaciar las sesiones para dar a la piel oportunidad de emitir la mayor cantidad de pelos y que así la sesión produzca un mayor rendimiento depilatorio.

Para la obtención de un efecto cosmético completo, que es el que persigue la mayor parte de nuestros pacientes, en Instituto Médico Láser abordamos el planteamiento económico como una atención global ilimitada y nos reservamos la posibilidad de tratar a cada paciente con varios tipos de láser, ya que en la mayor parte de los casos la depilación resulta así más completa y más eficaz.

El empleo combinado de diferentes tipos de láseres en función de las cualidades de la piel y el pelo del paciente, así como la aplicación del número de sesiones necesario en cada paciente con seguimiento a largo plazo del resultado, permite la total obtención de la depilación permanente en nuestros pacientes.



El órgano de la inteligencia

La realización de una serie de estudios en el Reino Unido ha iniciado la hipótesis según la cual, la inteligencia podría tener su base física en una zona concreta del cerebro. Estas investigaciones han utilizado una técnica que relaciona el riego sanguíneo con el nivel de actividad cerebral, y han descubierto que la inteligencia

podría residir en la zona del cerebro de la corteza frontoparietal. Estas conclusiones ponen en entredicho la creencia tradicional que dice que la inteligencia se produce por la actividad conjunta de varias regiones del cerebro.

Las pruebas se llevaron a cabo pidiendo a los voluntarios que se prestaron a ellas que realizaran

actividades diversas relacionadas con la inteligencia, como, por ejemplo, relacionar diversos objetos y letras entre sí. Los investigadores descubrieron que las tareas más difíciles no hacían aumentar la actividad de muchas zonas del cerebro, sino sólo de la corteza fronto-parietal de uno o los dos hemisferios cerebrales.

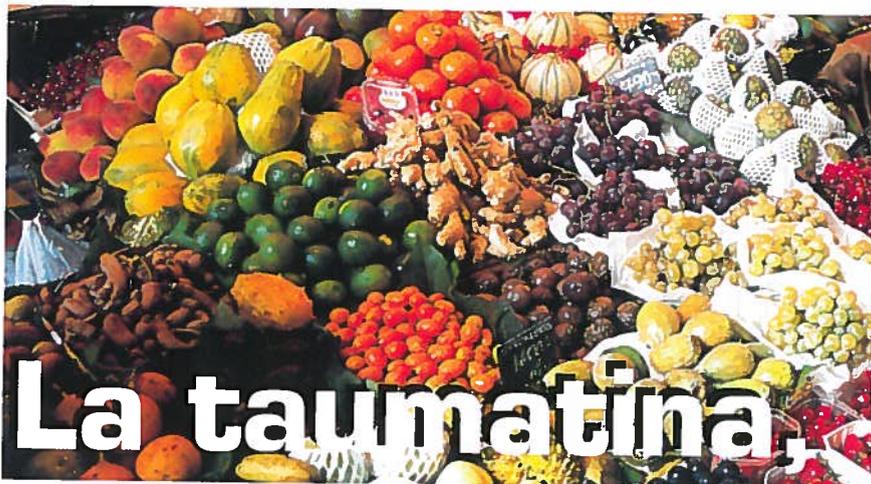
Pérdida de dientes

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), cerca de un 20 por ciento de las personas mayores de 60 años ha perdido la totalidad de su dentadura, y alrededor del 50 por ciento ha perdido 4 o más piezas dentales. Este problema está causado principalmente por la enfermedad periodontal o piorrea, y puede ser la causa de serios trastornos en la vida diaria del paciente, que recurre en la mayoría de los casos a las técnicas tradicionales de sustitución, como son las dentaduras postizas.

El doctor Pi Urgell, cirujano de USP, aclara que “la piorrea es una patología que incide sobre

el ligamento de soporte que une los dientes al hueso, haciendo que este último pierda consistencia; además, esta grave enfermedad no sólo afecta a personas mayores, sino también a adolescentes”.

Por último, afirma el doctor “otras causas de pérdida de los dientes son la aparición de caries múltiples, accidentes o por extracción del dentista, y las bases para conservar por más tiempo una dentadura en perfectas condiciones son, básicamente, una correcta higiene dental y acudir al dentista”.



La taumatina, sustitutivo del azúcar

La taumatina, proteína 3.000 veces más dulce que la sacarosa, contenida en los frutos de una planta tropical, puede convertirse en el sustitutivo natural del azúcar, con las consiguientes ventajas que esto podría traer en el seguimiento de algunas enfermedades. Varios científicos españoles están trabajando en el cultivo de los hongos que producen esta sustancia natural. La diferencia y las ventajas de este nuevo método edulcorante con respecto al resto es su origen natural, así

como la mayor duración de su sabor dulce.

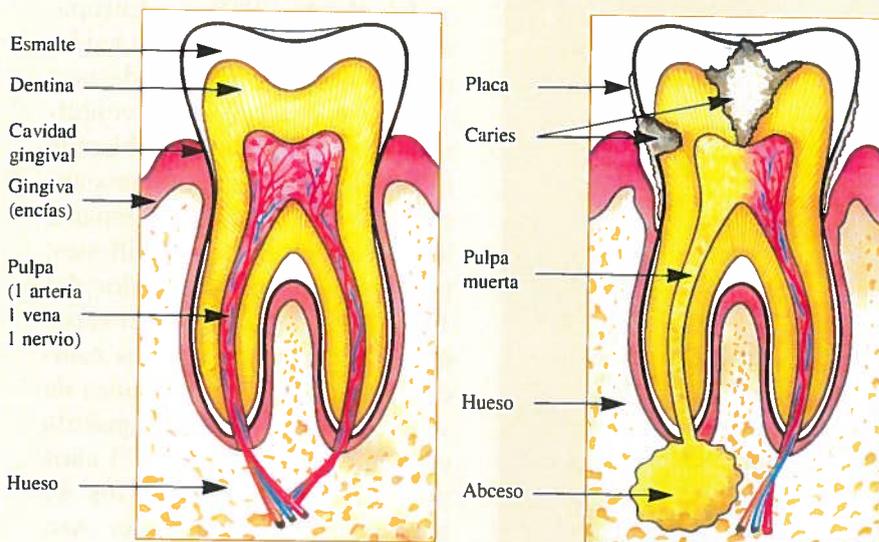
La taumatina se utiliza en la actualidad principalmente para los piensos animales, seguido de su uso como potenciador del sabor en alimentos humanos y como edulcorante. El 40% de la comercialización total de esta sustancia se encuadra en la Unión Europea y próximamente se impulsará en mayor medida su industrialización con el logro del hongo que permite la producción natural de esta sustancia.

Estudio sobre la obesidad



La posibilidad de poder comer de todo y quemar las calorías ingeridas antes de que éstas se transformen en mayor peso está cada vez más cerca. Para ello, científicos británicos están trabajando con ratones genéticamente modificados que comen en abundancia sin aumentar de peso. Estos ratones queman la energía que contiene la gran cantidad de alimentos que consumen, transformándola en calor y no en grasa que se almacena en los tejidos del cuerpo. Esto se debe, fundamentalmente, a la producción que generan en exceso de una proteína humana.

Según los expertos, este proceso podría suponer la clave para el futuro, con la intención de que se logre eliminar la grasa en el cuerpo humano, no sólo por la preocupación estética que supone para muchas personas, sino para avanzar en el tratamiento de numerosas enfermedades que tienen que ver con el sobrepeso.



La menopausia y la investigación

A través de los tiempos se viene observando en todo el mundo que cada vez la gente vive más. Esto se debe de una manera general, entre otras cosas, al desarrollo de vacunas y antibióticos capaces de prevenir y curar enfermedades que en el pasado solían ser fatales, a la mejoría de las condiciones de saneamiento, a la evolución de la medicina en el conocimiento de las enfermedades y en el desarrollo de nuevos medicamentos, y, en particular en el caso de la mujer, también a la mejoría de la atención a la mujer embarazada (cuidados prenatales) y al parto. Europa cuenta con la mayor proporción de mujeres de edad avanzada del mundo.

En el año 2010, en Europa, una de cada cuatro mujeres tendrá más de 60 años. España destaca en este escenario de envejecimiento evidente de la población mundial. El número de personas con más de 65 años, en España, se acerca a los casi 6 millones, lo que representa alrededor del 15% de la población total española. Además, los últimos estudios indican que la esperanza de vida de la población española está en alrededor de los 73 años para el varón y supera los 81 años en el caso de la mujer. Así, la mujer vive más que el hombre

(cerca de 8 años), sin embargo, estos estudios también revelan que viven en peores condiciones de salud.

De estos datos estadísticos se deben sacar conclusiones prácticas que permitan mejorar el nivel de calidad de vida de la mujer.

El hecho de vivir más tiempo impone la necesidad de prevenir las consecuencias indeseables del envejecimiento. Antiguamente, la menopausia no representaba un problema para las mujeres, pues lo más frecuente era que se murieran antes o al poco tiempo de tenerla, sin embargo, hoy en día la mujer vive cerca de un tercio de su vida después de haber tenido su menopausia. De ahí la importancia de la prevención de las principales patologías (osteoporosis, enfermedad cardiovascular y probablemente la enfermedad de Alzheimer), asociadas al déficit de la principal hormona femenina, el estrógeno, tras la menopausia.

Por tanto, es imperativo un esfuerzo por parte de todos, de la mujer, de la familia, de los médicos y de las autoridades sanitarias, para que, si la mujer vive más años, pueda vivirlos con una razonable calidad de vida.

La postura tradicional, defendida aún por algunos y todavía anclada en conceptos equivocados que obliga a la mujer a aceptar pasivamente todas las manifestaciones derivadas de la menopausia, no puede justificarse hoy en día. La mujer en los tiempos modernos tiene un mayor compromiso social, con un papel marcadamente activo en la sociedad. Si los médicos actualmente disponen de información y medios terapéuticos, como la terapia con hormonas femeninas, capaces de controlar los disturbios de esta etapa de la vida, no es admisible,



bajo ningún concepto, que se recomiende a la mujer una actitud de resignación frente a una sintomatología, a veces bastante molesta, que con frecuencia surge con el cese definitivo de las menstruaciones.

Por más que actualmente se tengan conocimientos de cómo tratar los disturbios del climaterio, y de cómo prevenir las principales consecuencias patológicas, a largo plazo, de la menopausia, siempre son necesarias más investigaciones para mejorar las pautas de la terapia hormonal, con el objetivo de proporcionar un mayor beneficio con el menor número de efectos indeseables posible. Por eso, el Instituto Palacios se dedica, entre otras actividades, a la ardua tarea de la investigación clínica. Y para realizar estos estudios que aporten nuevos conocimientos, necesita de la colaboración de voluntarias que, además de contribuir con el desarrollo de la medicina, se pueden beneficiar de un chequeo completo, con la realización, en la mayoría de las veces, de importantes pruebas, como mamografías, densitometrías óseas, etc., y de una atención médica individualizada y personal.

Próximamente el Instituto Palacios empezará con tres nuevos estudios clínicos:

Estudio clínico con hormonas (estrógeno y progestágeno) para el tratamiento de la postmenopausia.

Las voluntarias deberán, además de ser sanas, tener:

- Entre 40 y 70 años.
- Menopausia natural (no histerectomizadas) desde hace más de 2 años.

Estudio clínico (con medicación no hormonal) para la prevención de la osteoporosis.

Las voluntarias deberán, además de estar sanas, tener:

- Más de 45 años.
- Estar entre 1 y 5 años de postmenopausia.

Estudio clínico (con medicación no hormonal) para el tratamiento de la osteoporosis.

Las voluntarias deberán, además de tener osteoporosis, tener:

- Entre 55 y 80 años.
- Más de 5 años de postmenopausia.

Las mujeres interesadas en participar como voluntarias en cualquiera de estos estudios, deberán ponerse en contacto con el Instituto Palacios a través del número de teléfono 91 578 05 17.



Día Internacional de la Mujer

En 1975, Naciones Unidas declara el día 8 de marzo como la Fiesta Internacional de la Mujer, en la celebración de la primera conferencia anual de la mujer en México.

El 8 de marzo de 1908, las mujeres trabajadoras de una fábrica de textil en Nueva York protagonizaron un encierro en el interior de la fábrica para reivindicar la reducción de la jornada laboral a 10 horas. El empresario decidió entonces incendiar el edificio para obligarlas a salir, provocando la muerte de 129 de estas trabajadoras.

A comienzos de siglo, muchas mujeres comenzaron a incorporarse a las fábricas, pero su trabajo se desarrollaba en unas condiciones pésimas y muy duras, con jornadas laborales muy largas y salarios inferiores a los de los hombres. Las mujeres trabajadoras comenzaron poco a poco a tomar conciencia de su inferioridad legal y laboral y empezaron a organizarse.

Estas reivindicaciones por la igualdad femenina surgen a principios del siglo XX con el nacimiento de los movimientos

sufragistas, sin embargo, el mayor impulso se ha producido en los últimos 20 años. En esta época, se ha producido el salto de la mujer de la vida privada, en la que estaba anclada en el hogar y reducida al cuidado de su familia, a la vida pública, con su incorporación a todos los ámbitos laborales, sociales, culturales, etc.

Sin embargo, y aunque los éxitos por esta vía son notables, queda aún mucho camino por recorrer, ya que las mujeres siguen encontrando numerosas dificultades en sus vidas. Es necesaria una seria política de educación en la igualdad entre ambos sexos y la concienciación de toda la sociedad para erradicar los comportamientos violentos y antisociales con respecto a las mujeres.

El 8 de marzo es un día para celebrar el avance de la mujer, sin dejar de lado en ningún momento la situación que padecen muchas mujeres en el mundo, no sólo en los países subdesarrollados, sino también en los lugares más avanzados.

CITAS

• Los cobardes mueren muchas veces antes de su verdadera muerte; los valientes gustan la muerte una sola vez.

William Shakespeare

• Una situación se convierte en desesperada cuando empiezas a pensar que es desesperada.

Willy Brandt

• La violencia es el último recurso del incompetente.

Isaac Asimov

• La duda es la llave del conocimiento.

Proverbio persa

• Lo que las leyes no prohíben, puede prohibirlo la honestidad.

Séneca

• No busques al amigo para matar las horas, sino búscalo con horas para vivir.

Khalil Gibran

CARNAVAL

La expresión **carnaval** procede del latín "carnelevare" (dejar la carne). Son unas fiestas transmitidas por las culturas romana y germana. En el calendario se sitúan en los días anteriores al inicio de la cuaresma.

En cada pueblo, el carnaval ha adquirido su perfil propio y característico, proyectándose más allá de su significado original. Destacan por su fama internacional los carnavales de:

Río de Janeiro: es una costumbre milenaria, ligada a ritos relacionados con los ciclos agrícolas, el final del invierno y el inicio de una nueva etapa de la vida. La ciudad se convierte en estas fechas en una fiesta de dimensiones descomunales, donde toda actividad ajena al carnaval queda paralizada. El "sambódromo" es una enorme edificación especialmente diseñada para que desfilen en ella las escuelas de samba, que destacan por el vestuario, la música y el virtuosismo de sus coreografías.

Venecia: los enmascarados son la imagen más típica del carnaval veneciano. La ciudad de los canales sirve de incomparable marco para el desarrollo de unas celebraciones en las que destacan la belleza de los trajes de disfraz y la calidad de las máscaras.

Tenerife: el carnaval se celebra en la isla desde los primeros años de su colonización. Durante el reinado de los Reyes Católicos, ya era costumbre disfrazarse en determinados días para gastar bromas en los lugares públicos. Las máscaras son el elemento más característico, mientras que la elección de la Reina del Carnaval es el momento cumbre de los festejos.

Cádiz: la amplia participación popular en la fiesta es lo primero que sorprende al visitante. El disfraz es el rey, ya sea de forma individual o bien en parejas y grupos. El carnaval de Cádiz alcanza su máximo esplendor con las agrupaciones o charangas, compuestas por amigos, compañeros de trabajo, peñas o familias que rivalizan en sus repertorios. Se celebra también una gran cabalgata en la que se suceden los disfraces, las coples y las carrozas.

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.

