



n° 32 • Revista de Auxiliares de Enfermería
Cuarto Trimestre 2002

Continuos avances hacia la integración

**Rehabilitación y tiflotecnología,
dos realidades necesarias**

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

PROGRAMA de FORMACIÓN

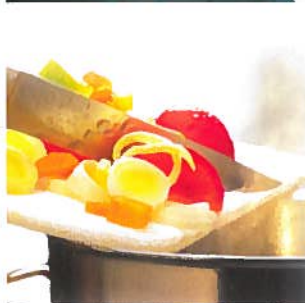


CURSOS

- Actualización del Auxiliar de Enfermería en el Equipo de Cuidados
- Actuación del Auxiliar de Enfermería (TCAE) en el bloque quirúrgico I y II
- Alzheimer y calidad de vida
- Anorexia y Bulimia
- Antropología de la salud
- Aparato digestivo. Patologías
- Atención a domicilio
- Atención al paciente minusválido físico y psíquico I y II
- Atención de Enfermería ante el maltrato
- 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 I y II
- 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
- Movilización de pacientes y escuela de la espalda
- Nutrición y dietética
- Organización de las emergencias y catástrofes I y II
- Patologías asociadas a la menopausia
- Prevención cardiovascular
- Reanimación cardiopulmonar
- Riesgos laborales en el medio sanitario
- Salud pública y comunitaria en atención primaria
- Sociología de la salud
- Úlceras por presión
- Urgencias hospitalarias



Sumario



04 AVANCES PARA LOS INVIDENTES. La unidad de tiflotecnología y los programas de rehabilitación de la Once ayudan a los invidentes a conseguir una mayor integración. **09 ORTOREXIA.** La obsesión por una alimentación sana ha dado lugar a un nuevo trastorno alimenticio conocido como ortorexia. **12 ALZHEIMER.** La familia y un diagnóstico precoz son dos aspectos fundamentales en el tratamiento del Alzheimer. **38 MAREOS.** Son muchas las personas que se marean cuando viajan, por ello es importante contar con una información adecuada al respecto. **41 ENFERMO ONCOLÓGICO.** La Sociedad Española de Oncología Médica ha editado un libro de recetas de cocina como ayuda a una correcta alimentación del enfermo oncológico.



CONSEJO EDITORIAL DE NOSOCOMIO

DIRECTORA Dolores Martínez Márquez **CONSEJO DE REDACCIÓN** Ana Escobar Flórez, Lucía Turienzo Cabero, Cristina Botello **REDACTORA JEFE** Montse García García **REDACCIÓN** Javier Villoslada, Cristina Botello **COMITÉ CIENTÍFICO** Teresa Soy Andrade, Francisca Morilla Pastrana, José Ángel Peña, Cecilia Dou Marcos **COLABORADORES** José Ángel Peña, BERBÉS ASOCIADOS, PLANNER MEDIA, PULEVA **EDITA** FAE (Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería), Fuencarral nº 77, 6º izq. 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 **DEPÓSITO LEGAL:** M-14.435-1993 **ISSN:** 3847
La empresa editora no se hace responsable de las opiniones que los colaboradores de NOSOCOMIO puedan expresar en estas páginas

LA OBSESIÓN por la comida no es un problema que haya nacido en estos últimos años. Sin embargo, las pasarelas llenas de modelos esqueléticas, los anuncios publicitarios cargados de chicas y chicos “perfectos” o las tiendas en las que únicamente se vende hasta la talla 38, están agudizando este problema, creando en la sociedad la creencia equivocada de que el prototipo de persona ideal es aquel que nos enseñan los medios de comunicación visuales.

Las dietas milagrosas que prometen pérdidas espectaculares de kilos, la proliferación de gimnasios o el aumento de clínicas dedicadas a la estética, son una muestra fehaciente de la creciente preocupación de la sociedad por conseguir un “cuerpo diez”.

Pero este culto al cuerpo conlleva en muchas ocasiones una obsesión que deriva en patologías más graves. La anorexia, la bulimia y ahora la ortorexia son trastornos de la conducta alimenticia que afectan a miles de jóvenes en todo el mundo. Por ello una información y una educación adecuadas sobre los hábitos alimenticios son fundamentales para la prevención de este tipo de enfermedades, cada vez más comunes. Por el contrario, en la actualidad existen pocas campañas divulgativas que expliquen estos comportamientos obsesivos y que ayuden a las personas anoréxicas, bulímicas u ortoréxicas a tomar conciencia sobre su problema y comprender su enfermedad.

Es necesario, por tanto, crear una conciencia social sobre el problema y fomentar, tanto a través de los medios de comunicación como de jornadas formativas en colegios e institutos, no tanto el culto a la estética, como la importancia que tiene para nuestra salud y para la prevención de enfermedades no sólo llevar una dieta equilibrada en la que las vitaminas y proteínas estén siempre presentes, sino también la práctica habitual y supeditada a controles médicos de deporte.

Buzón de sugerencias

INCONTINENCIA URINARIA

María Zamorano **JAÉN**

Me gustó mucho encontrar en el número 31 de la revista el reportaje dedicado a la incontinencia urinaria, "Terminaron las excusas para la incontinencia urinaria", ya que yo, como otras muchas personas, sufro este trastorno de la micción, y tal y como se dice en el reportaje es verdad que este problema influye en nuestra vida cotidiana, condicionándonos en la realización de muchas actividades. Por ello es tan importante que surjan campañas informativas para explicar en qué consiste este trastorno y concienciar a los que lo sufrimos de que la incontinencia urinaria es un problema muy extendido y que, por tanto, no hay que avergonzarse, como ocurre en muchos casos.

GRACIAS FAE

Estefanía Delgado

TARRAGONA

Soy Auxiliar de Enfermería, llevo 20 años en la profesión y gracias a la revista *Nosocomio* y a todos los actos organizados por FAE encaminados a la formación y desarrollo profesional de nuestro colectivo (Congreso Nacional anual, cursos a distancia, charlas formativas, etc.), nuestra profesión está hoy por hoy en uno de sus mejores momentos, ya que los Auxiliares de Enfermería hemos crecido profesionalmente debido a que nuestros conocimientos sanitarios van aumentando y actualizándose continuamente. Es muy necesario para poder desarrollar un óptimo trabajo una formación adecuada que le complemente; por eso sólo me queda daros las gracias y animaros a que sigáis en esta línea.

UNA CONSTANTE LUCHA

Carolina Rubio **GALICIA**

Como Auxiliar de Enfermería, y por tanto por formar parte del mismo colectivo profesional que vosotros, quiero aprovechar la oportunidad que me brinda la revista *Nosocomio* para, desde sus páginas, agradecer a los responsables de SAE y de FAE su constancia en el trabajo y la continua lucha por conseguir cuestiones tan necesarias como la reclasificación profesional de nuestro colectivo Auxiliar de Enfermería, o la creación de las figuras del Tutor de Formación y Coordinador del Auxiliar de Enfermería; así como su constante preocupación por que estemos informadas de todos los temas de actualidad a través de *Nosocomio*, catapultando nuestros trabajos con su publicación a través de estas páginas. Todo ello imprescindible para el desarrollo de nuestro trabajo.

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, 77 - 6º izq.
28004 Madrid
E-mail:
fae@futurnet.es

Pasear, planchar, limpiar, coger el metro o poner la lavadora son actividades que todos realizamos diariamente.

Continuos avances

Rehabilitación

Sin embargo, para una persona con ceguera o deficiencia visual son auténticas pruebas de destreza; por ello los programas de rehabilitación de la Once ofrecen una atención especializada que ayuda a estas personas a valerse por sí mismas con el aprendizaje de una serie de habilidades que les permiten conseguir una autonomía en todos los campos.



hacia la integración

y tiflotecnología, dos realidades necesarias

TEXTO Cristina Botello

» Programas de rehabilitación

En la vida diaria son muchas las actividades que realizamos, por ello el aprendizaje de una serie de estrategias que permitan llevar a cabo las labores del hogar (cocinar, limpiar, planchar, colocar armarios...), el arreglo personal (peinarse, maquillarse, afeitarse...), las tareas cotidianas (usar correctamente los cubiertos, copas, vasos, aprender el manejo de dinero o el uso del teléfono), o el empleo de algún material específico, es fundamental para las personas invidentes. Los programas de rehabilitación son imprescindibles, ya que en ellos se enseñan las técnicas, procedimientos y “trucos” orientados a procurar la máxima autonomía personal, con el fin de conseguir la integración de las personas ciegas en la sociedad y, por tanto, la normalización en cualquier faceta de la vida diaria. Se trata de una atención especializada que permite a la persona con ceguera o con deficiencia visual grave desarrollar otros sentidos como el tacto o el oído en sustitución de la vista, para

desenvolverse particular y socialmente (trabajo, estudios, ocio, deporte...).

Estos programas se pueden subdividir en tres tipos: los que se dedican sólo a la movilidad y orientación; aquellos que combinan movilidad con vida diaria, a través de los cuales se enseñan una serie de habilidades que permiten a los ciegos actuar diariamente de forma autónoma y sin correr riesgo; y, finalmente, los programas que trabajan para conseguir una mayor optimización del funcionamiento visual mediante ayudas ópticas, sistemas perceptivos intactos y entrenamiento óptico, que permite a las personas con resto visual desarrollar su vista y conseguir, por ejemplo, leer los números del autobús, los carteles de la calle, etc.

Con respecto a la movilidad hay que destacar la creación en 1990 de la Fundación del Perro Guía, que junto con el bastón blanco, es el mejor aliado de las personas con ceguera para su movilidad y orientación. En este sentido, gracias a la importancia que el aprendizaje de

la movilidad tiene para las personas ciegas, en 1999 la Fundación Once creó unas nuevas instalaciones con una capacidad de cerca de 250 perros y una zona residencial para los usuarios ciegos que han de seguir, conjuntamente con los animales, un curso de adiestramiento.

Gracias a años de lucha, y con el fin de contribuir a la integración de las personas con ceguera, en la actualidad se ha conseguido que prácticamente todas las Comunidades Autónomas cuenten con legislaciones que permiten el acceso de los perros guía al transporte y a recintos públicos.

En el ámbito del deporte, al igual que en el resto de los campos (educación, trabajo,...), la integración es cada vez mayor. En este sentido, el atletismo, la natación, el ciclismo en tándem, el yudo, el fútbol sala, el montañismo y el ajedrez son las disciplinas más practicadas, junto con el *goal ball*, deporte este último específico para ciegos. La realización de todas estas disciplinas necesita de un apoyo, así, por ejemplo, el

montañismo requiere de una barra guía, uno de cuyos extremos es sujetado por la persona guía que va delante y el otro por la persona ciega; en el fútbol sala se juega con un balón que emite un pitido con el fin de que los jugadores sepan en todo momento en dónde se encuentra; la práctica del esquí requiere de un monitor que lleva un altavoz en la espalda y va indicando el camino a seguir; para la natación y lanzamiento se necesita mucho entrenamiento, etc.

El objetivo en el campo del deporte es conseguir que cada vez haya menos "obstáculos" y los deportistas puedan disfrutar de mayor autonomía.

Las cerca de 16.000 personas que participaron en las diferentes pruebas deportivas organizadas a lo largo de 1998, el I Campeonato del Mundo de Deportes para Ciegos y los Juegos Paralímpicos de Invierno de Nagano (Japón), y los Juegos Paralímpicos de Sidney 2000, son una muestra tanto de dedicación y esfuerzo como de cualquier

persona puede practicar deporte a todos los niveles.

» Del Braille a la informática

Cuando nació la Once, el 13 de diciembre de 1938, lo hizo como una asociación formada mayoritariamente por indigentes y heridos de guerra. En esta época, en plena Guerra Civil, la inquietud por los servicios sociales era inexistente ya que la única preocupación era subsistir, para lo que se creó el cupón de la Once. Habría que esperar hasta los años 80 para que el interés por los servicios sociales naciera en España y, por lo tanto, también en la Once, donde se comenzó a trabajar por la integración social y laboral de las personas invidentes.

Fue en esta época cuando se importó el sistema Braille a España, creado en 1825 por Louis Braille. Se trata de un alfabeto de puntos en relieve a través del cual pueden representarse todas las letras y signos de puntuación, los números, la grafía científica, los símbolos matemáticos,



El programa JOWS, es un *software* que utiliza como salida la tarjeta de sonido y que lee tanto lo que hay en la pantalla del ordenador como lo que el usuario ciego va escribiendo, permitiéndole así saber en todo momento lo que está redactando. Igualmente, los invidentes cuentan con una línea Braille acoplada al ordenador que se utiliza para apoyar la voz, y refleja lo que aparece en la pantalla.

la música... en definitiva, todas aquellas artes que necesiten de la escritura para su desarrollo, permitiendo que las personas ciegas puedan leer, escribir, componer o, ya en la era de la informática, trabajar en este campo.

Igualmente, en esta época nacieron varias empresas dedicadas a la investigación y desarrollo de la tiflotecnología (*tiflos*, ciego en griego), parte de la tiflogía que se encarga del desarrollo técnico y tecnológico dirigido a producir los medios necesarios para que las personas con ceguera puedan alcanzar su autonomía personal. Así, la tiflotecnología aporta cada día nuevas soluciones mediante el desarrollo o adaptación de diferentes dispositivos que hacen más viable el camino hacia la plena integración de los ciegos y deficientes visuales en las tareas o retos que cualquier persona pueda plantearse durante el desarrollo de sus actividades diarias. La tiflotecnología se aplica a todos los campos, así los aparatos e instrumentos tiflotécnicos facilitan la

autonomía personal en la movilidad de las personas invidentes, en los estudios, en su acceso a la cultura, al trabajo e, incluso, en el hogar.

De tal manera que los utensilios tiflotécnicos van desde los conocidos bastones utilizados para la movilidad hasta los útiles para dibujo, pasando por los avisadores de luz, termómetros de ambiente o clínicos, calculadoras, líneas e impresoras braille, telelupas, juegos, mapas, sintetizadores de voz, cocinas adaptadas, etc.

Entre todos estos instrumentos tiflotécnicos destacan las etiquetas identificadoras, un lector de infrarrojos que lee el código del producto y reproduce el nombre del mismo tras haber sido éste previamente grabado con la voz. Se trata de un aparato de gran utilidad para la vida doméstica, ya que permite a las personas ciegas distinguir entre medicamentos, botes de conserva, etc.

Pero, la tiflotecnología no reduce su ámbito de investigación a la vida cotidiana, sino que también aporta nuevas posibilidades al aplicar la

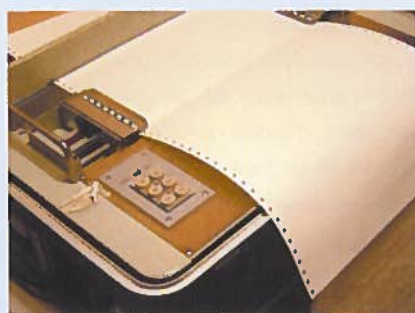
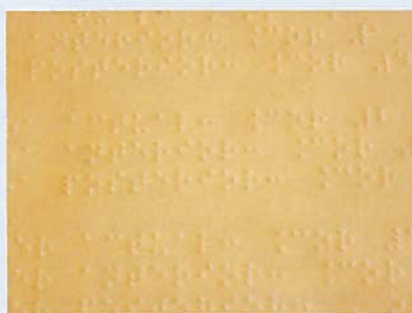
tecnología más avanzada al mundo de la informática, permitiendo el acceso a las personas invidentes o con resto visual a este campo.

Así, los invidentes cuentan para poder trabajar en el ordenador con el programa JOWS, un software que utiliza como salida la tarjeta de sonido y que lee tanto lo que hay en la pantalla del ordenador como lo que el usuario ciego va escribiendo, permitiéndole así saber en todo momento lo que está redactando. Igualmente, los invidentes cuentan con una línea Braille acoplada al ordenador que se utiliza para apoyar la voz, y refleja lo que aparece en la pantalla, actuando como complemento para aquellas personas que lo necesiten.

Por su parte, las personas con resto visual trabajan fundamentalmente con dos programas de ampliación de caracteres o magnificadores: el ZoomTextXtra y el ONCE-Mega, este último fabricado en España. Ambos permiten ampliar el contenido de la pantalla del ordenador tantas veces como se quiera, sin embargo, el ZoomTextXtra también cuenta con el apoyo de la voz.

También existen equipos autónomos de escritura como son el Sono Braille y el Braille Lite, que se pueden definir como dos ordenadores portátiles pequeños en los que se escribe en braille y la información se va almacenando en la memoria, pudiéndose escuchar posteriormente, ya que cuentan con una unidad de disco a través de la cual se puede sacar la información almacenada. Igualmente tienen un puerto paralelo para imprimir tanto en tinta como en braille. Son agendas personales muy utilizadas en el ámbito académico.

Por otro lado, a la hora de leer documentación escrita, las personas





Subir al autobús, coger el metro, caminar por una acera llena de gente y delimitada por bolardos, enfrentarse a los semáforos o entrar en un edificio, entre otros, se convierten muchas veces en grandes obstáculos.

con resto visual suelen usar Lupas Televisión, mientras que los invidentes utilizan los escáner, como el Galileo, que combinan escáner, OCR y voz, permitiendo dos posibilidades: escanear el escrito, almacenarlo en una unidad de disco y posteriormente escucharlo, o escanear el texto y escucharlo simultáneamente.

Otras técnicas más antiguas, y por lo tanto menos utilizadas hoy en día, son la transcripción de los textos a braille o su grabación en sonido (en un principio se usaban las cuatro pistas, pero en la actualidad han sido sustituidas por la grabación digital en CD, que se puede escuchar en un discman o en una consola de teléfono llamada "Victor").

» Un mundo sin barreras

Cuando paseamos por la calle nos podemos dar cuenta de la enorme cantidad de barreras arquitectónicas a las que diariamente se tienen que enfrentar las personas invidentes: subir al autobús, coger el metro, caminar por una acera llena de gente y delimitada por bolardos, enfrentarse a los semáforos o entrar en un edificio, entre otros, se convierten muchas veces en grandes obstáculos. Uno de los principales objetivos de la Once en este sentido es conseguir la adaptación de todo el mobiliario y diseño urbano a las personas invidentes, un diseño que combine la accesibilidad con lo atractivo. En este sentido, "Diseño para todos" es el proyecto que existe en la actualidad sobre accesibilidad.

Pero no se encuentran estas dificultades únicamente en la ciudad, sino que en los lugares de descanso como la playa o la montaña, las personas ciegas también tienen que luchar por poder disfrutar de su tiempo libre. Así son cada vez más los

hoteles y casas rurales adaptadas a las necesidades de las personas invidentes.

Sin embargo, el problema de la accesibilidad no se limita a la eliminación de las barreras existentes ni a concebir las nuevas construcciones desde el criterio de la accesibilidad, sino que el mayor inconveniente está en que todos aquellos que somos videntes adquiramos conciencia de las dificultades diarias que nuestras ciudades presentan para los ciegos, y que todos los avances e intervenciones que se han conseguido en este sentido no son gratuitas ni excluyentes de nadie, sino integradoras para todos. En este sentido, con motivo del año europeo de la discapacidad, que se celebrará durante el 2003, la Fundación Once está llevando a cabo numerosos actos con el fin de crear mayor conciencia social.

En definitiva, se trata de complementar con las posibilidades y avances que ofrece la tecnología a través de la unidad de tiflotecnología, las habilidades personales desarrolladas y aprendidas mediante los programas de rehabilitación, con el fin de conseguir la autonomía personal deseada y la integración total de las personas ciegas en la sociedad. Para ello es necesario que todos tomemos conciencia de las dificultades que diariamente se encuentran los invidentes para poder desarrollar su vida de forma normal, ayudándoles en todo lo que esté en nuestras manos.

Agradecimientos:

FRANCISCO JOSÉ MALDONADO AGUILAR, jefe del Departamento de Servicios Sociales para afiliados de la delegación territorial de la Once en Madrid.

CARMEN TARACENA, responsable del Aula de Tiflotecnología para afiliados de la delegación territorial de la Once en Madrid.



La parte menos saludable

de la comida sana

En la actualidad, hacer ejercicio y comer sano se ha convertido en un ritual para muchas personas que buscan estar a gusto consigo mismas a través de un equilibrio psíquico y físico.

TEXTO Cristina Botello

Es PATENTE para todos que la alimentación hoy en día está cambiando considerablemente, así se han introducido en nuestra dieta productos modificados genéticamente, productos transgénicos o los biológicamente puros o ecológicos. Es la obsesión por este último tipo de alimentos la que puede llevar a las personas más allá de preocuparse por comer sano y caer en un trastorno alimenticio. Así, en este sentido, junto con la anorexia y la bulimia, hay que hablar de la ortorexia.

» Ortorexia

La palabra ortorexia proviene del griego *orthos* (justo y recto) y *exia* (apetencia), por lo que se puede definir como apetito justo o correcto. Así, mientras que la anorexia y la bulimia son enfermedades que giran en torno a la cantidad de comida, la ortorexia se podría definir como una obsesión patológica por la calidad de los alimentos, por la comida sana y biológicamente pura.

Steven Bratman, médico de la Universidad de California y defensor durante años de la teoría de una dieta para alcanzar la salud ideal, fue quien por primera vez acuñó el término ortorexia en 1996, tras haber estado durante la década de los setenta conviviendo en una Comunidad en Nueva York con defensores de diferentes teorías alimentarias contradictorias, y haber probado él mismo una dieta de vegetales recién recogidos del huerto que masticaba no menos de 50 veces antes de tragarlos. Así, una vez que se dio cuenta de su situación y recuperó la cordura, Bratman comenzó a trabajar en el estudio de las personas que tienen una marcada obsesión por la comida sana, y bautizó el nuevo desorden alimenticio con el término ortorexia.

» ¿Qué significa ser ortorético?

Una persona ortorética busca, a través de su dieta, obtener todo tipo de beneficios físicos, psíquicos

y morales, estableciendo con su alimentación una relación de dependencia parecida a la que pueda tener un drogodependiente, ya que hace de la comida el centro de su vida.

Los individuos con este tipo de patología eliminan de su dieta la carne, las grasas, los alimentos cultivados con pesticidas y herbicidas, los transgénicos o cualquier tipo de sustancia que haya sido calificada de dañina por las campañas publicitarias de nutrición. En este sentido, el peligro radica en que dejan de ingerir muchos grupos de alimentos y vitaminas, sin reemplazarlos por otros, lo que puede dar lugar a anemias, hipervitaminosis, falta de energía, carencia de oligoelementos, hipotensión, osteoporosis... Sin embargo, lo más grave es que son personas que prefieren quedarse con hambre y no comer si no están seguros de la calidad de los alimentos.

Asimismo, desde el punto de vista psicológico, se puede decir que el miedo juega un papel fundamental, el pánico excesivo por

Preguntas

que ayudan a diagnosticar la ortorexia

- ¿Pasa más de tres horas al día pensando en su dieta?
- ¿Se preocupa más de la calidad de los alimentos que del placer y el disfrute de comerlos?
- Conforme aumenta la calidad de su comida, ¿cree usted que disminuye su calidad de vida?
- ¿Se siente culpable cuando se salta sus convicciones dietéticas?
- ¿Planifica hoy cada detalle de lo que va a comer mañana?
- ¿Le aísla socialmente su manera de comer?
- ¿Se ha vuelto más estricto consigo mismo?
- ¿Aumenta su autoestima cuando cree que come alimentos sanos?

comer de una forma convencional puede dar lugar a hipocondrías, a estados de ansiedad o depresiones, en muchos casos provocadas por la pérdida de sociabilidad que conlleva el seguir una dieta de este tipo de manera rigurosa, ya que los ortoréxicos evitan salir a comer o cenar a restaurantes o a casa de amigos por miedo a que su comida esté “contaminada” con algún producto no apto para su consumo.

Una parte visible de su obsesión se observa en determinadas actitudes que las personas con este desequilibrio alimenticio realizan de una manera casi ritualista. Así, la lectura minuciosa de las etiquetas para comprobar que ese producto que van a comprar está libre de aditivos, conservantes y colorantes; la preparación de las verduras cortándolas siempre de la misma manera y cocidiéndolas únicamente en recipientes de barro o madera; o la elaboración de sus menús con semanas de antelación, son algunas de las costumbres que tienen los ortoréxicos.

» Perfil del ortoréxico

Aunque aún no se puede hablar claramente de un perfil de persona concreto que pueda caer en la ortorexia, sí que se pueden esbozar algunos rasgos o características de posibles individuos propensos a padecer este desequilibrio alimenticio.

Así, según las escasas investigaciones que existen, las personas con estudios y dinero que se jactan de estar muy bien informadas y que tienen un carácter que roza la tiranía y el perfeccionismo —con una gran obsesión por seguir las reglas—, son el prototipo de individuos que pueden sufrir este trastorno.

Igualmente, las personas que han padecido anorexia nerviosa



son propensas también a caer en la ortorexia, ya que al recuperarse optan por introducir en su dieta sólo alimentos de origen natural, pudiendo, incluso, llegar a obsesionarse con este tipo de productos.

También aquellas personas que siguen rigurosamente dietas como las macrobióticas; las frutistas, basadas únicamente en el consumo de frutas naturales y semillas; las paleodietas, que consideran que los seres humanos sólo deben comer frutas, pescado, semillas y carne magra como en la prehistoria; las vegetalinas, que rechazan la leche, los huevos y sus derivados; o las crudistas (vegetarianos que no cuecen), pueden caer en este trastorno alimenticio.

Otro camino que lleva a la ortorexia es la alergia a determinados alimentos, ya que las personas que padecen este tipo de alergias pueden dejar de ingerir productos que nuestro organismo necesita para estar saludables.

A pesar de ser una patología cuyos síntomas no han sido reconocidos como una enfermedad por parte de la Organización Mundial

La lectura minuciosa de las etiquetas para comprobar que ese producto que van a comprar está libre de aditivos, conservantes y colorantes o la elaboración de sus menús con semanas de antelación, son algunas de las costumbres que tienen los ortoréxicos.

de la Salud (OMS), en América ya son alrededor de 5.000 personas las que padecen ortorexia, y en España, aunque en un porcentaje menor, los expertos hablan de un 1% de pacientes que pudieran presentar algún indicio de este trastorno. Sin embargo, habrá que esperar a que estudios serios avalen o no la ortorexia como enfermedad, lo que sí parece que está claro es que la aparición de los desequilibrios psicológicos que conlleva la ortorexia asienta las bases de un nuevo trastorno alimenticio que tendrá su mayor auge en un futuro próximo.



Diagnóstico precoz para detectar el Alzheimer

La enfermedad de Alzheimer es la demencia senil más frecuente. Afecta a la memoria, las habilidades, el lenguaje y, progresivamente, a otras facultades. Es una patología degenerativa del cerebro para la cual no existe cura posible en la actualidad. Cualquier aportación en este terreno supone un impulso fundamental para su detección y tratamiento. Iniciativas como las Jornadas Nacionales sobre el Alzheimer, en las que se presentaron los aspectos más novedosos sobre este proceso irreversible, resultan fundamentales.

Cuanto antes, mejor

TEXTO Javier Villoslada

CON MOTIVO de la celebración el pasado 21 de septiembre del Día Mundial del Alzheimer, se presentaron las conclusiones de las Jornadas Nacionales sobre esta enfermedad. En esta ocasión, el estudio se ha elaborado en una triple vertiente: el diagnóstico precoz y la importancia de la familia en el mismo; las conclusiones de un estudio previo realizado en cuatro comunidades; y, por último, las conclusiones generales de las jornadas, celebradas en Madrid los días 13 y 14 de septiembre bajo el lema “La importancia del diagnóstico precoz”.

» El diagnóstico y el papel de la familia

El diagnóstico más precoz es el que se realiza antes de que aparezca la patología. Sólo entre un 1 y

un 5% de los casos de Alzheimer se predicen de esta forma, siendo manifestaciones de Alzheimer a edades muy tempranas las que comprenden entre los 40 y 65 años e incluso antes. Sin embargo, a pesar de esta delimitación, también se puede aplicar la calificación de diagnóstico precoz al entendido como temprano, es decir, aquel que se realiza desde los inicios de la enfermedad. En este sentido, los familiares son los primeros en percibir los cambios iniciales en la personalidad del enfermo.

La familia debe acudir entonces al médico y explicarle los síntomas para que, de esta forma, el facultativo determine la necesidad de que un especialista acometa un examen con mayor profundidad para descartar otras patologías y diagnosticar si se trata realmente de Alzheimer.

Por tanto, el futuro de este tipo de demencia pasa por el diagnóstico temprano, por concienciarse de que cuando una persona mayor se queja de problemas de memoria es necesario atenderla. Además, cabe la posibilidad de que no se trate de Alzheimer, sino de otra patología como depresión, estrés, etc.

Una vez diagnosticada y confirmada la enfermedad, el médico debe informar sobre ella y su tratamiento. Es necesario que la familia se reúna, hable y planifique cómo atender al enfermo, tomando distintas medidas en relación con la economía familiar, el reparto de tareas domésticas, el cuidado del enfermo... Existen para ello asociaciones de apoyo en las que se ofrece información para familiares y cuidadores, servicios de apoyo domiciliario, ayudas económicas...

» Un estudio de campo

La Confederación Española de Familiares de Enfermos de Alzheimer y Otras Demencias (CEAFA) impulsó la realización de un trabajo previo en cuatro comunidades autónomas (Galicia, La Rioja, Aragón y Andalucía) acerca de la importancia del diagnóstico precoz ante el Alzheimer. Para ello, se contactó en cada comunidad con especialistas, mediante cuestionarios a médicos de familia, psicólogos, trabajadores sociales, neurólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionales y familiares, llegando a importantes conclusiones.

- Necesidad de dotar con mayor número de recursos la asistencia al paciente con Alzheimer.
- Importancia que para todo responsable público tiene el cuidador



La ministra de Sanidad, Ana Pastor, presentó este estudio sobre el Alzheimer.

familiar principal, por la gran cantidad de esfuerzo que proporciona. La familia aporta todo el esfuerzo personal y económico.

- Periódicamente se debe hablar frente a frente sobre los problemas sociosanitarios y éticos que acompañan a esta atención al paciente.

» Conclusiones de las Jornadas Nacionales

Expertos, cuidadores, geriatras, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas y varios presidentes de asociaciones de familiares debatieron durante dos días en Madrid sobre cuestiones básicas relativas al Alzheimer. Desde una perspectiva social, se llegó a conclusiones sobre el diagnóstico precoz, los primeros síntomas, la costosa planificación y la coordinación de unidades de seguimiento diagnóstico y terapéutico.

Se plasmaron ideas como la necesidad de crear una extensa campaña de sensibilidad al respecto, ya que se trata de un problema sociosanitario que va a crecer mucho en los próximos años

y que afectará a todas las familias españolas en mayor o menor medida. Una campaña mediática nacional, como se ha hecho con otros problemas sociales o sanitarios, tendría un importante calado social en este sentido.

En cuanto a los Planes de Alzheimer, prometidos por los sistemas central y autonómicos en su momento, no se han llevado a cabo por aspectos económicos. Las partidas presupuestarias no se han aprovechado, dejando el esfuerzo en manos de la familia, organizaciones, apoyos externos... En líneas generales, en ninguna autonomía se han hecho actuaciones concretas de apoyo específico del paciente y cuidador.

Por último, sobre las unidades de seguimiento se destacó la importancia de establecer un médico de cabecera o un médico de referencia especializado en la patología, que pueda servir como interlocutor con otros especialistas (neurólogos, geriatras, psiquiatras...) que entran en algún momento a formar parte del tratamiento interdisciplinar del Alzheimer.

VII Certamen Nacional de Investigación



FUNDACION PARA LA FORMACION
Y AVANCE DE LA ENFERMERIA

 1^{er} PREMIO: 1.202 €

 ACCÉSIT: 300 € + Inscripción al Congreso Nacional

 MENCIÓN ESPECIAL: Inscripción a la revista NOSOCOMIO

Dirigido a Auxiliares de Enfermería que desarrollen su profesión
en cualquiera de los ámbitos de la sanidad o que posean
la titulación requerida aunque no ejerzan.

Plazo de presentación de los trabajos:

Hasta el 30 de enero de 2003

Remita su trabajo a: FAE

C/ Fuencarral, 77 - 6º izda.

28004 Madrid

Tel.: 91 521 52 95

Fax: 91 521 53 83

E-mail: fae@futurnet.es

Bases

1

El Premio FAE consta de un primer premio de 1.202 euros, un accésit de 300 euros, más una inscripción al congreso anual de FAE y una mención especial que incluye una inscripción a la revista *Nosocomio* por un año (los premios están sujetos a las retenciones legalmente establecidas). Está dirigido a Auxiliares de Enfermería y TCAE, tanto a los que desarrollan activamente su labor profesional en cualquiera de los ámbitos de la sanidad, como a los que, encontrándose en posesión de la titulación, no la ejercen en la actualidad.

2

Entrarán a concurso todos aquellos trabajos remitidos a la sede de FAE (C/ Fuencarral, 77 - 6º izq. 28004 Madrid), de los que se requieren que sean originales, novedosos, inéditos y que estén relacionados con la temática propia de la sanidad o la salud. Quedarán fuera de concurso los temas premiados en los años anteriores (El enfermo terminal, Alzheimer, Úlceras por presión, Desinfección y esterilización, Esclerosis Múltiple, Accidente Cerebro Vascular —ACV—, Trasplante autólogo de precursores hemopoyéticos, Lactancia materna, Caries y periodontitis, Rehabilitación del enfermo esquizofrénico crónico e Insatisfacción laboral en enfermería y su tratamiento).

3

Se valorarán los aspectos científicos y técnicos de los trabajos, así como su interés social y profesional y la labor investigadora desarrollada en los mismos.

4

Los trabajos deberán presentarse en tamaño DIN A-4, acompañados de soporte informático en Windows 95 o 98, mecanografiados a una cara a doble espacio, en castellano y con margen lateral, superior e inferior, con páginas numeradas. 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, título del libro, editorial, fecha y lugar de publicación. Se podrán presentar los trabajos acompañados de soporte documental, fotografías, diapositivas y vídeos que realcen la presentación de los mismos.

5

El premio tendrá periodicidad anual y ámbito nacional. La fecha límite de presentación de trabajos será el 30 de enero del año 2003.

6

El tribunal estará compuesto por cinco miembros, dos destacados profesionales del mundo sanitario, dos miembros de FAE y un representante nombrado por el patrocinador.

7

El premio se entregará el 12 de mayo, Día Internacional de la Enfermería, siendo inapelable la decisión del tribunal, que puede declarar desierto el premio. Su adjudicación se comunicará directamente a los interesados, haciéndose público a través de los medios de comunicación que FAE considere oportunos.

8

Los trabajos remitidos no serán devueltos y pasarán a ser propiedad de FAE, que se reserva el derecho a su inserción en las publicaciones que estime convenientes, respetando la autoría de los mismos.

9

No podrán optar al premio FAE los miembros del Patronato y el Comité Científico de NOSOCOMIO.

10

La participación en el premio supone la aceptación de las presentes bases.

Protocolo de redacción



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

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

Boletín de suscripción a NOSOCOMIO

DATOS PERSONALES

Apellidos 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

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

DIRECCIÓN
POBLACIÓN PROVINCIA C.P.
..... A DE 200 FIRMA

Tarifa suscripción, anual (incluidos gastos de envío). Los suscriptores en el extranjero deberán abonar los gastos de envío.
AFILIADOS 8,41 euros, NO AFILIADOS 13,22 euros. NO AFILIADOS
* Indicar si es afiliado a SAE y en su caso el nº de afiliación AFILIADOS
NOSOCOMIO, C/ Fuencarral, 77 - 6º izq. 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, 77 - 6º izq. 28004 Madrid.

La insatisfacción laboral en Enfermería y su tratamiento desde la prevención de riesgos laborales (II)

M^º CARMEN CALLEJA ALLENDE

Auxiliar de Enfermería/TCAE

2º Premio. VI Certamen Nacional de Investigación FAE

RESULTADO Y DISCUSIÓN

Resultados de la segunda fase

Cada participante aportó el análisis y reflexión hecha sobre la documentación que se le entregó centrándose sobre aquel aspecto que formaba parte de su interés.

Se ha seguido el mismo método y proceso empleado en la primera fase; entrevista individual y codificación de los resultados por categorías sintetizando los aspectos más relevantes.

Aportación y discusión sobre el análisis personal realizado sobre la documentación producida en la primera fase

Categorías identificadas

1. Revulsivo.
2. Nuevos conceptos actualizados.
3. Implementación.
4. Coordinación, cultura organizativa.

5. Motivar la información y formación.

Se constató en el ámbito general una integración de los participantes en el estudio. Lo que en un principio, en cuanto a sugerencia, planteamiento y posibilidad suscitó duda, en este nivel de estudio se constata interés y participación.

En el sentir profesional las enfermeras de más antigüedad y aquellas que tienen más experiencia estiman que de la discusión desarrollada en la primera fase y de la documentación revisada no necesitan ni les ayudan las constataciones de afirmaciones teóricas en abstracto, sino que les resultó más ilustrativas y motivadoras las referencias de hechos y experiencias prácticas, que también estaban dentro de la documentación.

Las enfermeras con más antigüedad interpretan el contenido en su sentido funcional pegado a la realidad, y establecen ese análisis como una necesidad condicional tanto en el plano teórico como práctico.

Las enfermeras con menos experiencia no plantean interrogantes al contenido. Lo aceptan como información muy oportuna que ven la necesidad de integrar en cuanto conocimiento y práctica en abstracto, sin anticipar ni analizar necesidades ni condicionantes, más allá de lo que para ellas supone la falta de experiencia, que es donde *a priori* centran todas las dificultades.

Las auxiliares hicieron una valoración positiva de la documentación, valorando en igual medida las referencias teóricas como prácticas. Lo valoraron como información. Su aportación se centró en la parte específica, dando importancia a la recopilación oficial normativa sobre el proceso profesional, desconocido por la totalidad de las auxiliares.

El tipo de contrato no ha introducido, en este nivel de estudio, ninguna variación.

Las enfermeras de más antigüedad consideran que participar en este trabajo les ha permitido una puesta a punto en términos y planteamientos (*El proceso de atención de enfermería* (PAE) Mena Navarro, F.J. 2001; *Los*

diagnósticos de enfermería (NANDA) Definiciones y clasificación 2001-2002):

- Cuidados enfermeros, cuidado intrínseco
- El producto enfermero/cuidado de los pacientes
- Carrera profesional
- Cultura organizacional
- Macro-organización, micro-organización

Estiman que este estudio les brindó a su vez la oportunidad de ver su dimensión teórica y práctica (Alfaro Lefebre, R. 1999):

- Perspectiva general del proceso enfermero
- Pasos y relación entre ellos
- Valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evolución

El PAE supone, en definitiva, un trabajo centrado en el enfermo, donde cada paciente debe ser previamente valorado, los juicios de enfermería emitidos y las acciones planificadas.

Las enfermeras con menos experiencia están más familiarizadas con los términos, pero manifiestan mayores dificultades para poder llevarlo a la práctica.

Las auxiliares consideran las referencias mencionadas enriquecedoras y necesarias por la práctica y entendimiento común del lenguaje.

Para las enfermeras más antiguas un buen hacer depende de la implicación profesional, refuerzo y en mayor medida de la filosofía de gestión. Para las de menor experiencia el éxito radica en el saber hacer.

Enfermeras y auxiliares consideran necesaria una filosofía común que integre ese saber hacer y defina a la institución o sea transmitida por ella.



Resumen de los hallazgos

Se percibió una cohesión positiva entre los dos niveles que integran el equipo de enfermería DUE+Auxiliares de Enfermería. Nadie manifestó dificultades relacionales.

Se observa cómo en la práctica de la actividad a pie de cama, y en el tratamiento de situaciones como la que nos ocupa, no surgen dificultades de aceptación y entendimiento entre los dos niveles.

Se produce de forma natural lo que en la literatura se aprecia como una necesidad. Evangelista Benítez (1981) dice que la necesidad de trabajar en equipo ha de ser prevista desde los mismos planes de formación de los profesionales. Hasta ahora se ha dedicado atención casi exclusiva a la captación de categorías clásicas: médicos y enfermeras, “y ya es hora de pensar en equipos sanitarios. Entendiendo por equipo sanitario el grupo de personas que trabaja con una meta y unos objetivos comunes, determinados por la necesidad de la comunidad, y donde cada miembro

contribuye al logro de estos trabajos coordinadamente, según su aptitud y especialización”.

En la misma línea se expresa H. Yura y M.B. Walsh (1982, p. 29). Dice: “el equipo de salud debería estar compuesto por profesionales de muy diversa cualificación y especialización, y de él debería formar parte el equipo de enfermería. Dentro de este equipo tendría que estar plenamente integrada el Auxiliar de Enfermería”.

A medida que avanzó el estudio, la importancia atribuida a las cargas de trabajo y a la retribución económica quedaron relegadas. No obstante, se trabajó en el conocimiento del proyecto Signo I y II. Coste por servicio y coste por episodio. Gestión analítica hospitalaria y proyecto Signo INSALUD 1996.

Relacionado con los sentimientos expuestos y analizando propuestas, se observa cómo la definición de enfermería y desarrollo profesional está en continuo movimiento, que avanza y retrocede, que se desarrolla en su propia valoración y crecimiento

o entra en un proceso de decadencia e incertidumbre. Así Alberdi Catell (1993) dice que gran parte de quienes forman el colectivo de enfermería “están desorientados y no saben dónde dirigir sus esfuerzos para conseguir el desarrollo profesional”.

Aporta toda una serie de consideraciones recogiendo una escueta definición valorada y aceptada por los participantes: “Enfermeros serán aquellos profesionales que hayan elegido como objetivo de su trabajo la prestación de cuidados y que se sientan identificados en la relación de ese ejercicio y no sitúen como eje de su trabajo el diagnóstico y el tratamiento en lugar de los cuidados”.

El trabajo aportado por I. García Morales y A. Buendía Muñoz (2001), sobre identidad e identificación de la enfermería, manifiesta que los participantes proyectan su situación e incluyen la observación hecha por los autores de cómo la manera de identificarse en el ámbito asistencial ante los pacientes sigue siendo bajo el nombre de titulaciones extinguidas (ATS).

No se asume de forma clara los cuidados relacionados con las necesidades básicas como la esencia de la profesión, incorporando los cuidados de tratamiento como una parte de ella.

En cuanto al concepto de cuidado fue muy apreciado por todas las aportaciones hechas por Jovell (1999). Hace referencia a la falta de entrenamiento académico en humanidades y la limitación de recursos para ejercer su función. Une la dificultad de favorecer la coordinación entre profesionales, entre especialidades y entre niveles asistenciales. Dice que la delimitación de los territorios de

actuación profesional parece estar basada más en criterios corporativos o de ámbitos competenciales que de necesidades de los pacientes. Trata de conjugar efectividad y afectividad.

Por su parte, Calleire (1999) dice que el objetivo de los cuidados no es la enfermedad, sino todo lo que ayuda a vivir y permite existir.

De Alberdi Castell se tomaron las aportaciones que hace con relación a los elementos que configuran la base sobre los que se sustenta el desarrollo de cualquier profesión: el bien intrínseco, el discurso profesional, el ejercicio excelente de la profesión, el control del mercado, capacidad de unión y representación.

Resultaron interesantes las 13 rutinas para la práctica enferma cotidiana aportadas por López Alonso, Pérez Rivera y Castro González (1999).

Estiman imprescindibles la formación. Ven la necesidad de una formación continua y reciclaje periódico. En este estarían

incorporadas todas las actualizaciones de técnicas, métodos y formas de hacer. Importante es el desarrollo de habilidades para la comunicación familiar. Hay que contemplar la dinámica de tutelaje programado para todo el personal que se incorpore.

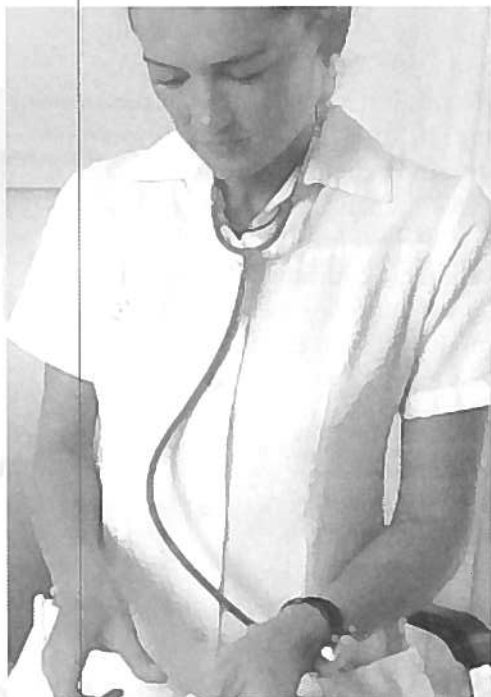
Aprecian la necesidad de un segundo nivel destinado para los que profesionalmente quieren ser más. Sería la formación exigible en el desarrollo de la carrera. Destacan la necesidad de que la formación sea facilitada y organizada por la propia institución.

Respecto a la formación específica enfermera se recuerda, a través de la aportación realizada por la plataforma por la definición correcta de enfermería, que la transformación de las Escuelas de Enfermería (1977) en Escuelas Universitarias de Enfermería integradas en el modelo educativo universitario ha supuesto la superación de un modelo basado en las competencias técnicas y prácticas por unos planes de estudio orientados hacia una formación que aporta



conocimientos transferibles tales como la reflexión crítica, la toma de decisiones y la capacidad de actuar de forma competente y autónoma en el seno de un equipo pluridisciplinar e interprofesional, coherente con lo que se recoge en 1997, en el CCFI (Comité Consultivo para la Formación de Enfermeras de la Unión Europea).

Se mencionó el tema de la licenciatura en Enfermería respecto al segundo ciclo universitario, pero no suscitó interés, lo mismo ocurrió con la necesidad de investigar.



La recopilación documental sobre la evolución normativa de las Auxiliares de Enfermería ha supuesto para todos los participantes, incluyendo a los Auxiliares, una información desconocida.

• *Año 1960.* Nace el Auxiliar de Clínica por Decreto del Ministerio de Gobernación.

• *Año 1973.* Orden ministerial del Ministerio de trabajo que aprueba los Estatutos del Personal Sanitario no Facultativo. En ellos se recoge la figura del Auxiliar de Clínica que depende del ATS y cuyas funciones se describen en dichos estatutos.

• *Año 1975.* El Ministerio de Educación y Ciencia regula la formación académica del Auxiliar de Clínica y la incluye en los planes de estudio de FP con el título de Formación Profesional 1º Grado (FP1), rama Sanitaria. Los profesionales salen capacitados para el mundo laboral.

• *Año 1984.* Se exige como condición indispensable que todos los Auxiliares de Clínica que vayan a integrarse en la Seguridad Social estén en posesión del título de FP1.

• *Año 1986.* La Orden Ministerial del 26/12/86 establece la profesionalidad del Auxiliar de Clínica, y crea la categoría profesional del Auxiliar de Enfermería en sustitución del anterior, para cuyo acceso se exige el título de FP1 rama Sanitaria, quedándose así incluida dentro del marco de la enfermería. El Auxiliar de Enfermería no sólo trabaja a demanda ejecutando órdenes, sino que realiza funciones que le han sido relegadas con el paso de los años.

• *Año 1995.* Con la aparición de la LOGSE se modifica la FP, regulando las enseñanzas mínimas, y se establece el Título de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en dos normas básicas: RD 547/1995 y 558/1995 de 7 de abril.

Se repite el mismo hecho que con los enfermeros. Después de haber desaparecido la titulación

del ATS se les sigue considerando y tratando bajo ese término. En el caso de los auxiliares, después de llevar seis años con la categoría profesional de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, aún se les sigue considerando y llamando Auxiliares de Enfermería.

Se estima que carecen de esta información no sólo el personal de enfermería, sino la propia dirección de enfermería y mandos intermedios.

De este hecho parte la desorientación expresada respecto al reconocimiento profesional del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, a pesar de tener una dependencia funcional y orgánica de la Dirección de Enfermería y de conocer sus numerosas funciones avaladas por la realidad de trabajo y por la literatura.

Dentro de la escasa literatura al respecto, se encuentran las aportaciones de Martín (1984), que en su investigación basada en el análisis de la actividad de las Auxiliares de Enfermería como vía metodológica para llegar a determinar la formación específica considera que lo que hacen los trabajadores en sus puestos de trabajo constituye el contenido laboral de su profesión. Presenta la totalidad de 910 tareas en el conjunto de los puestos analizados, agrupándolas según su afinidad sanitaria y dando lugar a 24 funciones profesionales.

Say Andrade (1994) dice que en su identidad profesional el Auxiliar de Enfermería debe asumir que en sus actividades no existen tareas menos importantes, sino menos completas, y que dentro de un equipo de trabajo se deben conseguir resultados anteponiendo el esfuerzo del equipo frente a metas individuales.

De otra parte está el Proyecto de Carrera Profesional que el Sindicato de Auxiliares de Enfermería (SAE) presentó al Ministerio de Educación y Cultura. Planteamiento: Revisión de la Titulación Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería de Grado Medio para que se incluya en el Grado Superior. La adecuación al mundo laboral al académico Grupo C. La reclasificación profesional para todos los AE/TCAE: inclusión en el Grupo C. La posibilidad de convalidación académica para quienes lo deseen. El acceso directo y vertical a los estudios superiores de Enfermería.

Respecto al proceso de transferencias, la información se documentó retomando su origen en la Constitución Española, que en su artículo 2º reconoce y garantiza el derecho a la autonomía de las nacionalidades y regiones que integran la nación española.

La consecuencia de esta organización territorial es la constitución de las diferentes regiones en comunidades autónomas y su organización como entes con determinadas competencias, que también vienen determinadas en nuestra Carta Magna, entre las que figuran las de Sanidad, artículo 148.2.1.

En el transcurso de vigencia de la actual Constitución y en desarrollo de su contenido, se han creado 17 comunidades autónomas, las cuales han previsto en su Estatuto de Autonomía la asunción de las competencias sobre sanidad, proceso de transferencias del Estado a las diversas comunidades autónomas que ya es una realidad.

En lo que concierne a la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias, el artículo 11 de su Estatuto de Autonomía

establece: “En el marco de la legislación básica del Estado y, en su caso, en los términos que la misma establezca, corresponde al Principado de Asturias el desarrollo legislativo y la ejecución en las siguientes materias: Sanidad e Higiene”.

En cuanto a las nuevas formas de gestión, hoy es común dentro del discurso la mención a la necesidad de conceder autonomía de gestión a los centros sanitarios como uno de los objetivos básicos, tanto de los países europeos de nuestro entorno como de las diversas administraciones del Estado español que tienen responsabilidad en materia de asistencia sanitaria.

Sobre las diversas formas adoptadas por las distintas autonomías, consorcios, empresas públicas, entes públicos, fundaciones, etc., hacen referencia Núñez Feijoo y Freire (1999) mediante un análisis más o menos crítico, dada la escasa información previa al respecto, que fue muy bien acogida, dándole sólo un valor informativo estimando que la opinión de los profesionales no va a contar para nada.

Al considerar las nuevas formas de gestión o modificaciones organizativas, la actitud de enfermeras y auxiliares en general fue la de recibir información con tiempo suficiente para poder apreciar su incidencia en la práctica. De la documentación presentada valoraron como una de las mejores la que aportó Díaz Narvalaz (1996), que amplía las dimensiones estructurales organizativas. Contempla la dimensión clásica vertical, donde el profesional puede ser llamado a rendir cuentas, y la dirección horizontal en la que uno da cuentas de su propia

responsabilidad. Dice: “Esta dirección cobra especialmente relevancia cuando se trabaja en equipo, por lo que la responsabilidad de uno compete al grupo profesional”.

Integra la división de una dirección descendente, que en el caso de enfermería se refiere a los pacientes.

De otra parte, la necesidad manifestada de autonomía de gestión y profesional es introducida en el entorno laboral a través de las Unidades de Gestión Clínicas (en discusión si deben ser Unidades Clínicas o Unidades de Enfermería), con dotación presupuestaria propia que facture por servicios y con capacidad propia de negociación.

Según lo manifestado en *Diario Médico*, 2001, el Instituto Catalán de la Salud ha firmado contratos de Gestión Clínica, proyecto pendiente de evaluar donde Granados A., gerente, dice: “si bien se espera una mejor gestión de los recursos económicos a través de la descentralización del presupuesto, éste no es el objetivo primordial de la dirección clínica. La prioridad es implementar la calidad total en todos los procesos asistenciales, ya sean de accesibilidad, salud o gestión de recursos”.

Estas son en su conjunto las apreciaciones y valoraciones hechas que servirán de base para plantear alternativas en la segunda entrevista de esta fase.

Presentan las sugerencias, afirmaciones y alternativas

Categorías identificadas

1. Refuerzo
2. Identidad
3. Seguimiento
4. Vías de Implementación

Toda la documentación es valorada de modo general como muy interesante. Para las enfermeras con menos experiencia y para las auxiliares todo en general estaba bien. Las auxiliares hacen una diferencia valorativa entre la información general y la específica. Unos y otros plantean alternativas.

Las enfermeras con menos experiencia someten lo revisado al condicionante que se mantiene a lo largo de todo el estudio: la inseguridad y su dificultad para fundirlo en la práctica. Percibiendo la dificultad más en sí mismas que en los condicionantes estructurales.

A lo largo del estudio, y en este caso, se pone de manifiesto que el entorno y una serie de características (la posibilidad de cometer errores, miedo al fracaso profesional) son extremadamente estresantes para los profesionales, sobre todo de nueva incorporación. Aspecto que al no ser considerado crea insatisfacción y resta capacidades.

Las enfermeras más antiguas manifiestan no faltarles conocimientos. Les ha servido de estímulo sobre todo en la comunicación más que en el hacer, y sobre todo fueron los temas más o menos novedosos donde volvieron el interés.

A lo largo del estudio mantuvieron una actitud rígida individual. Intentando dar lo mejor, pero cerradas. Da la sensación que es una conducta de supervivencia fraguada a lo largo del tiempo ante la falta de cohesión y vinculación estructural sobre el desempeño y las funciones. Su reconocimiento y estimulación. No obstante se mostraron receptivas y plantearon alternativas.

Las AE/TCAE aceptaron el conocimiento generado como

muy interesante. Se centraron más en la parte referente a su propia evolución profesional, considerando que esta información les resultará muy útil para definir y concretar su profesión en el lugar, haciéndolo saber no como respuesta reactiva sino por lo que es y para lo que está.

Resumen de los hallazgos

Las enfermeras con menos experiencia se muestran totalmente dispuestas a conocer y asumir las aportaciones de los demás más que a concretar y proponer alternativas.

Tres de las AE/TCAE plantean la sugerencia de romper el anonimato y encontrarse con los participantes, ordenar los datos encontrados y ver la posibilidad de transmitirlos tanto a las compañeras como a la supervisión. Esta sugerencia fue hecha por la mayoría. Ven dificultades tanto para plantearlo como en el acogimiento de una realidad legalmente establecida y protegida.

La práctica de indefinición y falta de reconocimiento profesional generó una conducta defensiva que cada una de las AE/TCAE elaboró y practicó a su medida. De otra parte, la supervisión ejerce una conducta directiva de transmisión de órdenes donde, al no partir de una referencia y límite profesional, éstas carecen de estabilidad y precisión.

Después de ver posibles dificultades, plantean la necesidad de encontrar la forma de introducir lo conocido en el ambiente de trabajo.

Cuatro de las enfermeras con más antigüedad plantearon también la posibilidad de romper el anonimato y mantener un encuentro. Son escépticos, como

ya se manifestó en cuanto a la implementación y reconocimiento eficaz de la práctica de enfermería en toda su dimensión, sin embargo estiman necesario revisiones periódicas individuales como las que se han hecho, y profundizar más en el conocimiento, desarrollo y aplicación del PAE de los diagnósticos NANDA y la dimensión del concepto "carrera profesional".

Destacan los cambios producidos a lo largo del estudio. Se pasa de la demanda del anonimato a plantear la ruptura del mismo. Toda una serie de factores mencionados en un principio: cargas de trabajo, escasa retribución económica, etc., fueron perdiendo interés a medida que avanzaba el estudio.

El interés se ha mantenido en el determinante que la institución-organización a través de su estructura funcional puede ejercer.

CONCLUSIONES Y ALTERNATIVAS ERGONÓMICAS

Los cambios producidos entre el antes y el después del estudio ponen de manifiesto que los profesionales no necesitan mucho para dar. Lo que sí necesitan son unas condiciones favorables para que dentro de las dificultades se desarrollen.

Se ha visto cómo un determinado ambiente y una política de gestión condicionan la forma en que los profesionales perciben la organización, atribuyen sentido a sus funciones, se comprometen y se desarrollan personalmente.

El reconocimiento, la integración participativa y la satisfacción de los profesionales son necesidades expresadas, que sin

su reconocimiento el profesional ve limitadas sus posibilidades.

Necesitan percibir de una forma real la implementación de la teoría y la práctica.

Urge desarrollar una cultura de equipo multiprofesional, ya que la propia actividad de enfermería integra esa naturaleza. No cultivarla ni desarrollarla supone una merma en la optimización del capital humano del que se dispone.

Llama la atención que, después de revisar abundante literatura desarrollada por directores de enfermería y mandos intermedios, absolutamente nadie, cuando hace referencia a experiencias y aportaciones sobre los cuidados de enfermería, hace alusión al AE/TCAE, ni individualmente considerada ni como parte integrante del equipo de enfermería.

En cuanto a la gestión, las estructuras organizativas delimitan las responsabilidades, las vías de comunicación y el ámbito en que han de tomarse las decisiones. También deben facilitar aspectos como la visión, la misión o el propósito, la filosofía, los objetivos, las estrategias, las políticas y los procedimientos, como parte influyente y determinante, por lo que han de encontrarse claramente definidas.

Así está la estructura vertical, con unos canales de comunicación formal y una división del trabajo en el que domina la fragmentación y la simplificación. De otra parte está la estructura horizontal con equipos interfuncionales, con libre acceso a la información y sin límites para responsabilizar a los profesionales, según las referencias hechas en la literatura.

Considero la estructura horizontal generadora de muchas



más posibilidades, y su aplicación, en este caso, cambiaría la situación hacia un sentido más positivo y favorable.

Alternativas ergonómicas

Conocidos por el ergónomo y los aspectos ya estudiados y referenciados por diversos investigadores sobre la satisfacción-insatisfacción y las interacciones que se producen en el escenario laboral de orden psicológico material, fisiológico y estructural, así como la referencia obtenida de los propios profesionales participantes en el estudio, procede plantear las alternativas.

En el aspecto organizativo, y hecho el análisis de los hallazgos en el estudio, estos pueden dividirse en alternativas inmediatas y alternativas a largo plazo.

Inmediatas: presentar las conclusiones del estudio con las

carencias y necesidades apreciadas relativas a formación, reconocimiento, misión, autonomía, tutela de los dos niveles profesionales que integran el equipo de enfermería AE/TCAE ATS/DUE en cuanto su crecimiento y desarrollo profesional, gestión y organización, información y participación, tanto a los participantes en el estudio como a la supervisión.

Concretar posteriormente una política coordinada de actuación de las diversas partes intervinientes: supervisión, docencia, trabajadores, servicio de prevención.

A largo plazo: evaluación sobre el percibimiento o no de nuevas situaciones y sentimientos, haciéndola extensible a todo el personal de la Unidad de Cuidados. Integrar posibles necesidades surgidas de la nueva situación generada. Análisis coordinado de los diversos estamentos ya mencionados.

BIBLIOGRAFÍA

- Alberdi Castell, R. (1993):** "Las enfermeras para el tercer milenio", *Rev. Rol. Enf.*, 178, pp. 43-50.
- Alberdi Castell, R. (1998):** "Estrategias de poder y liderazgo para desarrollar el compromiso social de las enfermeras", 239, pp. 27-31.
- Alfaro Lefebre, R. (1999):** *Proceso Enfermero: guía paso a paso*. 4ª Edición. Spriger.
- CCFI. Informe y Recomendaciones sobre la Formación de las enfermeras responsables de cuidados generales en la Unión Europea.** (XV/E/9432/6/96-ES, Bruselas), 10 de octubre de 1997, p. 30.
- Charles Nahum (1961):** *La entrevista psicológica*. Editorial Kapeluz, pp. 2-20.
- Colleire, M.F. (1999):** "Encontrar el sentido original de los cuidados enfermeras". *Rev. Rol. Enf.*, 1, pp. 27-30.
- Constitución Española de 1978.**
- Cuervo Arguidin, J. (1996):** "El fin último del hospital es resolver los problemas de salud de los pacientes". *Rev. Rol. Enf.* Nº 213, pp. 33-36.
- Diario Médico**, 2001, martes 4 de diciembre.
- Díaz Narvalaz Mª.T. (1996):** "Accountability. Nuevo término en administración en enfermería". *Rev. Rol. Enf.* Nº 215-216, pp. 61-64.
- Evangelista Benítez, M. (1981):** *Medicina y sociedad. La Reforma Sanitaria*, Ministerio de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social, Madrid, p. 30.
- García Morales, I., Buendía Muñoz, A. (2001):** "Identidad e identificación de la enfermería". *Rev. Rol. Enf.*, pp. 539-544.
- Gestión analítica hospitalaria (proyecto signo)**, 1996, INSALUD, pp. 21-56, 61-71.
- J. Jovell, A. (1999):** "El silencio de los pacientes", *Rev. Rol. Enf.*, 507-510.
- J. Fox, D. (1981):** *El proceso de Investigación en educación*, Ediciones Universidad de Navarra, EUNSA, pp. 4, 47, 479-390, 709-712.
- Ley 31/1995 de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales (BOE 10/11 /95).**
- Ley 14/1986 General de Sanidad.**
- Llaneza Álvarez, F. (1995):** "La acción ergonómica en la siderurgia española", *Revista Seguridad*, 130, pp. 6-11.
- Llaneza Álvarez, F. (1996):** "De las condiciones de trabajo a la ergonomía: la prevención de lo sistemático", *Revista Seguridad*, 134, p. 6.
- López Alonso, A. (1999):** "Cuidando la Persona, no sólo su enfermedad", *Rev. Rol. Enf.*, 2, pp. 120-122.
- Marrinen Jomey (2001):** *Gestión y Dirección de enfermería*. Sexta edición. Harcourt. Mosby.
- Martín, Mª T. (1984):** *El personal Auxiliar Sanitario. Un currículo basado en las competencias*. UNED, pp. 6, 35-36, 93-94, 289, 331.
- Meana Navarro, F.J. (2001):** "Influyen los diagnósticos de Enfermería en la valoración del método de trabajo enfermero". *Rev. Rol. Enf.*, 24 (2), pp. 137-139.
- Nanda (2001-2002):** *Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación*. North American Nursing, Diagnosis Association. Harcont.
- Núñez Feijo A.; Freire J.M. (1999):** "Nuevas formas de gestión en el SNS. Fundaciones sanitarias públicas, propuestas alternativas". *Revista de Administración Sanitaria*, Volumen III, Número 9, enero/marzo 1999.
- Peiró, J.M. y Bravo, M.J. (1999):** "Factores psicologicosociales en la prevención de riesgos laborales: Oportunidad y retos para la Psicología del Trabajo y de las Organizaciones", *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 15(2), pp. 137-146.
- Reglamento de los Servicios de Prevención. (14/01/97. BOE 31/07/97).**
- Reig Ferre, A.; Carvana Vañao, A.; Peraba Vaño, J.L. (1998):** "Estudio comparativo de estresores profesionales en personal de Enfermería española y norteamericana", *Enfermería científica*, 1998, pp. 4-14.
- SAE (2001):** *Boletín informativo*, 125 noviembre. Número de AE/TCAE en el SNS.
- Soyandrade Mª T. (1994):** *Guía práctica para Auxiliares de Enfermería en las Unidades de Cuidados Intensivos*, pp. 21-25, Interamericana-MC Graw-Hill.
- Taiger Catherine (1992):** "Le travail, cet obscur objet de L'ergonomie". Texto presentado en el coloquio interdisciplinar *Trabajo, investigación y perspectiva*, Lejon, 30 de noviembre de 1992.
- Yura, H.Y. Walsh, M.B. (1982):** *El proceso de enfermería: valoración, planificación, implementación y evaluación*, Alhambra, Madrid, p. 29.

RECTIFICACIÓN A LA INFORMACIÓN DE 1ª PARTE DE ESTE ARTÍCULO PUBLICADA EN LA SEPARATA DEL Nº 31

En el Cuadro 5 de la página 35, "Factores causantes de insatisfacción laboral encontrados en profesionales de enfermería", donde dice "ACTIVIDAD", debe decir "RECURSOS".

Edema linfático



Después de sufrir una mastectomía, si en la operación se extirparon los ganglios linfáticos de la axila y hubo un tratamiento

radioterapéutico, puede producirse, en el brazo del lado afectado, una tumefacción y sufrir algunos cambios: pérdida de movilidad, endurecimiento, hinchazón e incluso dolor.

Es una consecuencia de la intervención, llamada linfedema o edema linfático.

AGUSTÍN PÉREZ MEIRIÑO

Auxiliar de Enfermería/Asociación Española contra el Cáncer. Orense

Al realizar la mastectomía se cierran los conductos por los que normalmente transcurre la circulación linfática, y una serie de líquidos se acumulan en el brazo produciendo el hinchazón o endurecimiento.

El desarrollo de un linfedema de las extremidades en un paciente neoplásico tiene una gran repercusión sobre la esfera psicosocial al alterar el esquema corporal.

ANTECEDENTES

El cáncer de mama es la alteración maligna más común entre las mujeres. Éste es un problema multifactorial. Las personas que más posibilidad de riesgo presentan son quienes:

- Tienen antecedentes de cáncer de mama en madre, hermana, abuela o tía (el riesgo aumenta si el familiar presentó la enfermedad antes de la menopausia y si fue bilateral).
- Han sufrido menarquia antes de los 12 años.
- Se les presenta la menopausia después de los 55 años.
- No han tenido hijos o han sido madres de su primer hijo después de los 30 años.
- Han tenido una exposición excesiva a la radiación ionizante, especialmente después de los 35 años.

PRONÓSTICO DE LA AFECTACIÓN GANGLIONAR

Número de ganglios	Recurrencia metastásica
1-3	50-60%
4-10	75-85%
>10	Pronóstico incluso peor

Complicaciones

Metástasis, más comúnmente en pulmones, hígado y huesos
 Hipercalcemia
 Compresión de la médula espinal
 Plexopatía braquial
 Derrame pleural
 Fractura patológica

- Sufren cambios fibroquísticos (hiperplasia epitelial atípica).
- Tienen antecedente personal de cáncer de mama.
- Presentan antecedente personal de otros tipos de cáncer, especialmente de endometrio, ovario, colon o tiroides.

El diámetro medio de una lesión detectada por una mujer durante la autoexploración es de 3-3,5 cm, tamaño que se asocia a una incidencia de metástasis ocultas en ganglios linfáticos axilares superiores al 50%.

El síntoma de presentación más común es la aparición de una tumoración indolora o el engrosamiento de la mama. Los signos de enfermedad avanzada son la aparición de lesiones en el pezón o la piel, con plegamiento o retracción, los cambios

en el tamaño, la forma o el contorno de la mama, el edema cutáneo, los cambios de color, la dilatación de los vasos sanguíneos superficiales, las supuraciones cutáneas francas y la aparición de una tumoración dura y fija en la axila.

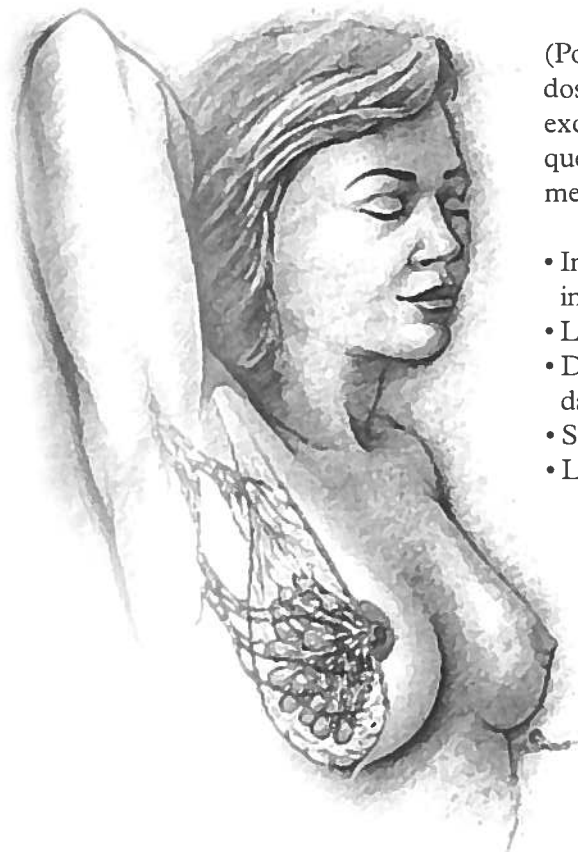
MASTECTOMÍA

La mastectomía, que es todavía la intervención quirúrgica más común, puede variar desde un procedimiento tan simple como la extirpación de todo el tejido mamario con preservación de la piel y el conjunto pezón-aréola que la recubre, hasta la ablación radical de la cadena linfática mamaria interna junto con la mama, los músculos pectorales y los ganglios linfáticos axilares.

Complicaciones

(Poco frecuentes en todos los procedimientos excepto los radicales, que se llevan a cabo con menor frecuencia.)

- Infección de la línea de incisión
- Linfedema
- Deterioro de la movilidad del hombro
- Seroma
- Lesión Nerviosa



FISIOLOGÍA Y FISIOPATOLOGÍA DEL SISTEMA LINFÁTICO

Definición del Sistema Linfático

Constituido por una extensa red capilar distribuida por todo el organismo con la función de absorber y transportar el material proteico del filtrado capilar y parte del líquido intersticial no reabsorbido a nivel del capilar venoso, y devolverlo nuevamente al sistema sanguíneo. Además, posee una función inmunitaria representada por los linfocitos circulantes y los órganos linfoides. Por tanto, es necesario considerar al sistema linfático desde una doble e indisoluble función:

- Como parte de la circulación, constituye un sistema cerrado y valvulado que asegura el drenaje de la linfa desde los tejidos periféricos hacia las grandes venas del tórax.
- Como parte del sistema inmunitario, se encuentra relacionado con los fenómenos de fagocitosis y mecanismos de reconocimiento antígeno-anticuerpo por las estructuras linfoides del sistema.

Las características del Sistema Linfático hacen que el linfedema pueda aparecer como una complicación evolutiva en algunos tipos de cánceres por compromiso metastásico, o bien debido al tratamiento quirúrgico de los mismos.

Dada la frecuencia con la cual las neoplasias metastatizan en los ganglios linfáticos, es de esperar la necesidad de resear los ganglios linfáticos locorregionales

durante la cirugía del cáncer para mejorar el pronóstico y la supervivencia.

Frecuencia con la cual las neoplasias metastatizan en los ganglios linfáticos

Alta: mayor de 35%

- Carcinoma de mama.
- Carcinoma esofágico.
- Carcinoma gástrico.
- Cáncer de páncreas.
- Cáncer de pulmón.
- Cáncer de vulva.
- Carcinomas de cabeza y cuello.
- Neoplasias de pene.

Moderada: entre 10 y 35%

- Carcinoma colorrectal.
- Carcinoma de próstata.
- Neoplasias de ovario.
- Carcinomas anorrectales.
- Melanoma.
- Carcinoma de endometrio.

Baja: inferior al 10%

- Carcinoma de cuello uterino.
- Osteosarcoma.
- Carcinoma de tiroides.
- Sarcoma de partes blandas.
- Hepatoma.

El vaciamiento ganglionar es una técnica quirúrgica que tiene la finalidad de reseca los ganglios y tejido linfático de una región específica del cuerpo.

Las cuatro regiones más frecuentemente intervenidas son: la región axilar, la región inguinal, el cuello y la región pélvica y retroperitoneal. Este tipo de intervenciones están sistematizadas de manera tal que deben incluir toda la grasa y estructuras linfáticas de las regiones intervenidas, cuidando la viabilidad de los colgajos cutáneos, así como la realización de una correcta hemostasia de los vasos

sanguíneos regionales y de los linfáticos para evitar linforragias postoperatorias.

El desarrollo de un linfedema relacionado con la cirugía de vaciamiento ganglionar depende de varios factores que deben ser tomados en cuenta para prevenir esta complicación:

- El grupo ganglionar resecado.
- La extensión de la disección.
- La existencia de estasis o infecciones locales en el preoperatorio.
- Las complicaciones posoperatorias, especialmente los seromas y las infecciones de la herida quirúrgica.

LINFEDEMA O EDEMA LINFÁTICO

Introducción

Después de sufrir una mastectomía (tratamiento quirúrgico de un cáncer de mama en donde se extirpan los ganglios axilares), se puede notar que el brazo del mismo lado de la operación sufre algunos cambios: pierde movilidad, se endurece, se hincha e incluso puede doler. Es una consecuencia de la intervención que se denomina linfedema.

Al realizar la mastectomía se han cerrado los conductos por los que normalmente transcurre la circulación linfática, produciéndose un acúmulo anómalo de líquido que no puede ser evacuado por el sistema linfático.

El tratamiento de linfedema merece un comentario especial dentro de los cuidados que debe prestar el personal auxiliar de enfermería.

Definición y características

Es una acumulación de linfa en una extremidad, asociada a una disminución de la capacidad de su transporte, ocasionada por compresión o por la exéresis ganglionar, facilitado por la extirpación quirúrgica de los ganglios linfáticos. Aparece sobre todo cuando a esta extirpación se le añade algún otro factor que bloquee los linfáticos de drenaje por otras vías en la raíz del brazo. Es un edema crónico y evolutivo, que favorece el desarrollo de la fibrosis intersticial y facilita la instauración de complicaciones.

La linfa es un líquido similar al plasma: de alta densidad, claro, que se origina en muchos órganos y tejidos del organismo y que circula a través de los vasos linfáticos filtrándose en los ganglios. Penetra en la corriente sanguínea en la unión de las venas yugular interna y subclavia. Contiene grasa, algunos eritrocitos y un número variable de leucocitos, la mayoría de los cuales son linfocitos.

Tipos de linfedemas

Existen dos tipos de linfedema: el linfedema de extremidad superior, producido generalmente a raíz de una extirpación mamaria (mastectomía); y el linfedema de extremidad inferior, producido por una extirpación tumoral del aparato genital, tanto masculino como femenino (útero, ovarios, testículos, próstata, etc.).

El linfedema más común es el de extremidad superior.

Características

- Edema y dureza de la extremidad.

- Poca sensibilidad cutánea y al contacto.
- Engrosamiento deforme de la extremidad.
- Disminución de la movilidad de la extremidad afectada.
- Causa graves alteraciones hísticas, que pueden conducir a una fibrosis.
- Repercusión psicosocial al alterar la imagen corporal.

Síntomas generales

- Sensación de tirantez.
- Disconfort/Dolor.
- Obstrucción venosa.
- Inflamación e infección.

Fases de instauración del linfedema

Fase I

- Desequilibrio de plasma-proteínas en la zona intersticial.
- Edema blando, de difícil absorción que no cede con la extremidad elevada.
- Piel y tegumentos blandos y móviles.
- Coloración brillante.
- Piel seca-escamas.
- Petequias.

Fase II

- Inflamación crónica de los vasos linfáticos y de las células intersticiales.
- Edema fibrosado, denso y esclerótico.
- No se absorbe y no cede con la extremidad elevada.
- Piel y tegumentos ligeramente endurecidos y con poca movilidad.
- Coloración: rojo cianótico, que aumenta con la extremidad en declive.

Fase III

- Gran aumento del tejido conjuntivo.

- Cronicidad de la inflamación de los vasos linfáticos.
- Edema muy denso.
- Dolor importante en la extremidad.

Causas y factores que provocan y/o agravan el linfedema

El linfedema, como la mayoría de los problemas que presentan los enfermos de cáncer, puede provocarse por circunstancias propias de la enfermedad, y también por alguno de los tratamientos antineoplásicos. Por ejemplo:

- Cirugía.
- Radioterapia o braquiterapia.
- Hipotensión.
- Existencia de metástasis.
- Alteraciones en el sistema circulatorio.

Se instaura en el transcurso de meses o años después de la intervención.

Diagnóstico

El diagnóstico del edema, inicialmente, será clínico; puede objetivarse a través de técnicas de medición métricas o volumétricas, que

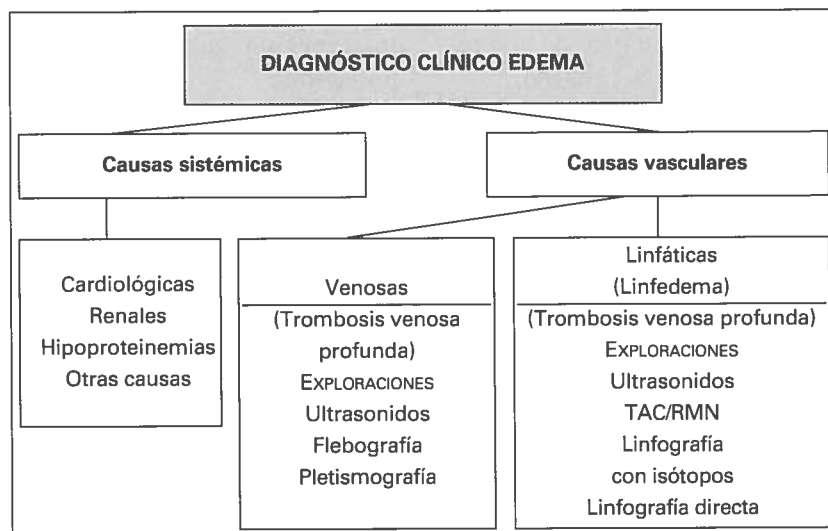
permitirán su control evolutivo y de respuesta al tratamiento. Es importante recordar que el momento de aparición del linfedema puede ser inmediato a la intervención de exéresis ganglionar, o bien tardar meses o años en aparecer.

El interrogatorio, asociado al examen clínico, nos orientará sobre la sospecha de linfedema y de su etiología. Deberá corroborarse a través de métodos diagnósticos complementarios, que se dirigirán a:

- Confirmar diagnóstico y etiología.
- Descartar edemas de otras causas que puedan ser origen del edema, o bien presentarse asociados al linfedema.
- Descartar la existencia de una recidiva tumoral, que podría contraindicar la realización de drenaje linfático manual.

Métodos de diagnóstico complementario

Aparte del diagnóstico clínico, algunas veces será necesario utilizar técnicas complementarias, más o menos complejas, sobre todo cuando interese un diagnóstico



etiológico preciso. El anterior esquema puede ayudar a comprender este tipo de diagnóstico.

Para la realización de las pruebas diagnósticas, será necesario:

- Seleccionar el grupo de pacientes subsidiarios de la práctica de técnicas diagnósticas más agresivas, dependiendo del pronóstico de la patología de base.
- Seleccionar las modalidades terapéuticas acordes con los hallazgos diagnósticos.
- Realizar el seguimiento de la respuesta terapéutica.

CLASIFICACIÓN DEL LINFEDEMA

Clasificación de Abramson

Alteraciones funcionales

- Linfedema de dependencia y/o inmovilización.
- Linfedema de calor.

Alteraciones orgánicas obstructivas

Linfedema idiopático o primario

- Linfedema congénito simple (linfagiectasia congénita).
- Linfedema congénito familiar (enfermedad de Milroy).
- Linfedema precoz.

Linfedema secundario

- Metástasis ganglionares.
- Traumatismo de las vías linfáticas.
- Linfedema inflamatorio.
- Linfedema por fibrosis post-irradiación o por trombosis.
- Linfedema post-cirugía con yatrogenia de vías y/o ganglios linfáticos.
- Elefantiasis o fibredema.

Clasificación del Club de Linfología

Etiología

a) Primario

- Hereditario (enfermedad de Nonne-Milroy).
- No hereditario, precoz.
- No hereditario, tardío.

b) Secundario

- Traumático.
- Inflamatorio.
- Post-terapéutico.
- Neoplásico.
- Flebolinfedema.
- Infeccioso-parasitario.

c) Yatrógeno

Clínica

a) Benigno

- Sin lesión cutánea, que responde al tratamiento en menos de 3 meses.
- Sin lesión cutánea, que no responde el tratamiento en menos de 3 meses.
- Fibredema.
- Elefantiasis.
- Maligno.

Topográfica

- Cara.
- Extremidades superiores (ascendentes).
- Extremidades inferiores (descendentes).
- Hemicuerpo.
- Genitales.

TRATAMIENTO

Es importante la prevención y el diagnóstico temprano, ya que los mejores resultados terapéuticos se obtienen en los estadios iniciales del linfedema. Una vez instaurado el linfedema de la extremidad, es fundamental plantearse lo siguiente:

- Existencia de recidiva neoplásica como causa del linfedema.
- Lesiones neurológicas asociadas, que limiten la movilidad de la extremidad.
- Tipo de tratamiento oncológico recibido (cirugía, QT y/o RT asociada a cirugía).
- Pronóstico de vida de la enfermedad neoplásica de base.

- Repercusión psicológica y grado de limitación funcional del miembro, debido al aumento de volumen del mismo.

Objetivos del tratamiento

- Realizar un estricto registro de signos, síntomas y medidas iniciales de la extremidad.
- Informar al paciente y a la familia.
- Realizar y educar para hacer una higiene adecuada de la zona.
- Evitar peligros.
- Controlar y evaluar periódicamente signos, síntomas y medidas de extremidad.

El tratamiento del linfedema tiene su inicio inmediatamente después de su intervención.

En los tres primeros días tendrá gran importancia:

1. El tratamiento postural. La colocación adecuada del paciente en la cama es muy importante para favorecer el retorno linfático. Con respecto a la extremidad superior, colocaremos el brazo del paciente en abducción de 45° con una elevación de 45° por medio de la colocación de las almohadas, teniendo en cuenta que la muñeca debe estar en posición neutra, nunca en flexión. Con respecto a la extremidad inferior, colocaremos la pierna en una elevación de 45°.
2. No son muy convenientes los cambios posturales, ya que el paciente debe estar el máximo tiempo posible en posición de decúbito supino.
3. Tiene una gran importancia la fisioterapia respiratoria no sólo por el problema de encamamiento, que puede favorecer la aparición de problemas de tipo circulatorio (trombosis, tromboflebitis, embolias, etc.), o respiratorio (neumonías, bronquiectasias, etc.), sino porque también hay muchos músculos afectados por la intervención que actúan en la respiración (porción anterior del serrato, etc.), por lo que será conveniente practicar ejercicios respiratorios, ya que durante la inspiración favorece el flujo linfático del conducto torácico. El paciente realizará de 5 a 8 respiraciones profundas y algunas superficiales y largas para evitar una hiperventilación; a partir del tercer día iniciará la sedestación y pautaremos ejercicios con las extremidades afectadas, ya que al hacer trabajar la musculatura favoreceremos el retorno linfático.

Con la extremidad superior, hará el ejercicio en decúbito supino, con el brazo a 90° en extensión, abrirá y cerrará el puño. En la extremidad inferior elevará la cadera a 90° con la pierna extendida y el tobillo en dorsiflexión.

PAUTAS DE TRATAMIENTO

Tratamiento no farmacológico

a) Medidas de prevención, cuidado e higiene de la piel

Están dirigidas a prevenir las infecciones que a punto de partida cutáneo empeoran el edema y agravan la fibrosis.

- Es importante tener una buena higiene corporal, evitando las infecciones cutáneas.
- La alimentación ha de ser pobre en calorías y sal, para evitar el aumento de peso y la retención de líquidos.
- Las heridas son el camino de entrada para las infecciones, por lo que hay que evitar las manicuras, o por lo menos el corte de la cutícula de las uñas. Evitar picaduras, cortes, quemaduras, arañazos de animales.
- Rehuir la exposición directa al sol, calor ambiental, los baños calientes.
- La ropa ha de ser holgada.
- No utilizar productos cosméticos irritantes que provoquen reacciones alérgicas.
- El excesivo movimiento del miembro es perjudicial, los deportes como la natación y el senderismo, practicados con moderación, facilitan la movilización. El esquí y el tenis son deportes prohibidos.



Extremidad inferior

- Elevación extremidades inferiores.
- Flexión extremidades inferiores.
- Flexo-extensión de la articulación de la cadera.
- Flexo-extensión del tobillo.
- Rotación del tobillo.
- Simulación del movimiento de la bicicleta.

Repetir cada ejercicio 10 veces.



- Eludir la sobrecarga de la extremidad afectada.
- No poner inyecciones, ni aplicar agujas de acupuntura, ni extracciones sanguíneas, ni tomar la tensión arterial en el miembro afectado por el linfedema.
- Utilizar guantes de goma para realizar las tareas domésticas.
- El cuidado de los pies irá dirigido a prevenir las infecciones por hongos, los cuales producen excoriaciones cutáneas que pueden ser un punto de entrada de gérmenes.
- Curas ante cualquier herida:
 - Limpieza de la herida.
 - Desinfección con antiséptico.
 - Vigilar la aparición de cualquier signo o síntoma (dolor, enrojecimiento de la piel, calor local, fiebra y/o eritema) y acudir al médico.

b) Ejercicios activos y pasivos

Extremidad superior

- Hacer flexo-extensión y abducción del hombro.
- Flexionar y extender el codo y la muñeca.



• Ejercicios recomendados para realizar en el domicilio:

- Subir los brazos por la pared (limpiar cristales, colocar cortinas o colgar la ropa).
- Ejercicios de poleas.
- Hacer el péndulo con ambos brazos (secarse la espalda).
- Llevarse las manos a la nuca y después a la espalda (abrocharse el delantal, el sujetador, un collar).
- Contar baldosas de la pared. De frente y de perfil.
- Flexo-extensión con ayuda de un bastón.
- Dibujar círculos con la extremidad.

c) Masaje de drenaje linfático

Se trata de una técnica especial dirigida a mejorar la circulación linfática mediante la estimulación del automatismo de los vasos linfáticos, el aumento de la presión tisular y el estímulo de la evacuación fisiológica de la linfa a través de vías de drenaje colaterales. Permite reducir el volumen del edema para permitir la utilización ulterior de medidas de contención. Debe ser realizado por personal especializado y está contraindicado en los casos de recidiva neoplásica, metástasis cutáneas o signos agudos de infección cutánea.

Los masajes de drenaje linfático nos aumentan la capacidad de transporte, desplazando el líquido intersticial.

Son tres los movimientos básicos para realizar un correcto drenaje linfático, combinados entre ellos de diferentes maneras:

- Movimiento circular con los dedos, exceptuando el pulgar.
- Movimiento circular con el dedo pulgar.
- Movimiento de bombeo con la palma de la mano y los dedos.

Masaje de la extremidad superior

- 1º Iniciar masaje en abdomen con el paciente en decúbito supino.
- 2º Continuar por la región pectoral.
- 3º Seguir por la región axilar afectada.
- 4º Masaje de la extremidad, desde la zona distal a la proximal.
- 5º Seguir el masaje por el mismo orden con el paciente en decúbito prono.

Masaje de la extremidad inferior

- 1º Iniciar masaje en región abdominal con el paciente en decúbito supino.
- 2º Continuar por la región inguinal.
- 3º Masaje de la extremidad desde la zona distal a la proximal.
- 4º Seguir con el masaje en el mismo orden, con el paciente en decúbito prono.

d) Compresión Neumática Intermittente

Utilización de un aparato llamado bomba de compresión, que por un sistema de presión y descompresión cíclica ayudará al bombeo del linfedema.

La compresión neumática favorece la interrupción de la fibrosis tisular.

Se recomienda que el tratamiento se haga a diario y durante cuatro horas, lo que altera considerablemente la vida cotidiana del enfermo.

La compresión neumática intermitente está contraindicada en caso de letalides cutáneas, infección y antecedentes, o probabilidad de tromboembolismos.

e) Vendaje de la extremidad

El vendaje se ha de colocar en la extremidad afecta, después de realizar el desplazado mediante este masaje y, por tanto, cuando el edema de la extremidad ha disminuido. El vendaje ha de colocarse durante ocho horas, intentando que el paciente siga con su ritmo de vida habitual, ya que esto facilitará el efecto presión-descompresión de la venda. La venda debe ser de compresión fuerte.

Para mantener o prevenir el linfedema, una vez reducido, es recomendable la utilización de unas medias y/o manguitos elásticos, que deben confeccionar los ortopedas a medida.

Tanto el vendaje de la extremidad superior como el de la inferior, han de iniciarse por los dedos; uno a uno, subiendo por la mano o pie hasta llegar al hombro, o la ingle, donde finalizaremos el vendaje.

f) Cuidados posturales

Se evitará el estasis de la extremidad, colocándolo sobre el nivel del corazón para mejorar el retorno venolinfático. Se aconseja la realización de ejercicios suaves que mejoren la actividad muscular de la extremidad, la movilidad articular y los ejercicios respiratorios. Se evitarán los deportes violentos y se aconsejan los paseos, la bicicleta y la natación.

Tratamiento farmacológico

Es importante destacar que la terapéutica farmacológica del linfedema sólo será coadyuvante de las demás medidas mencionadas, cuya finalidad es contribuir con cierto efecto linfotrope de estas sustancias a la mejoría clínica de los síntomas asociados al linfedema como la pesadez y parestesias de la extremidad. Los diuréticos están formalmente contraindicados en el linfedema, ya que no mejoran la función linfática, y al extraer líquidos del espacio intersticial empeoran el edema, rico en proteínas.

Con resultados muy desiguales, se puede intentar los siguientes fármacos:

- Diuréticos.
- Corticoides o Aine.
- 5,6 Benzo-pirona.

Tratamiento quirúrgico del linfedema

Su indicación debe ser precisa y no descarta la necesidad de mantener las medidas conservadoras tanto en el preoperatorio como en el postoperatorio alejado. Las técnicas quirúrgicas dirigidas a aumentar la capacidad de drenaje del sistema linfático de la extremidad mediante anastomosis linfovenosas con microcirugía son las que mejores resultados permiten en los linfedemas secundarios obstructivos.

La indicación de estas técnicas no supera el 5% de los casos de linfedema y depende del tipo, del estadio evolutivo y del grado de fibrosis del mismo.

Las posibilidades quirúrgicas incluyen las anastomosis gangliovenosas o linfovenosas.



Existen diferentes técnicas quirúrgicas para tratar el linfedema.

Con estas técnicas se intenta restablecer el flujo linfático:

- Linfangioplastia, con lo que se crean nuevos canales de drenaje linfático.
- Técnicas de derivación, utilizando un Bypass de tejido normal con linfáticos intactos por encima del área afectada o el área bloqueada.
- Shunts linfático-venosos, anastomosis entre los sistemas venoso y linfático.
- Anastomosis entre los linfáticos superficiales y profundos, conectando los jirones seccionados de la fascia profunda al hueso o al músculo.
- Lisis de las adherencias de las venas de la cavidad axilar.
- Amputación, cuando existe importante edema incapacitante y la mano pierde su función.

Ninguna de estas técnicas se ha comprobado que sea totalmente eficaz.

COMPLICACIONES

Las complicaciones más frecuentes de los miembros con linfedemas son las infecciones, las cuales lesionan aún más los escasos linfáticos de la extremidad, empeorando el edema y la fibrosis. Por eso es importante extremar los cuidados de la piel para evitar la entrada de gérmenes.

En cuanto a las complicaciones tardías, la aparición de éstas dependen, básicamente, de la supervivencia del paciente a la enfermedad neoplásica de base. En casos de linfedemas de larga evolución, son frecuentes las complicaciones dérmicas dependientes de la fibrosis cutánea con hiperqueratosis, elefantiasis, fístulas linfáticas con linforragia, y con menor frecuencia las úlceras linfáticas. Actualmente son menos frecuentes los casos de degeneración sarcomatosa o síndrome de Stewart Treves, descrito originalmente como complicación

evolutiva del linfedema postmastectomía.

Otra complicación que debe ser considerada es la repercusión psicológica que la alteración del esquema corporal tiene en su vida de relación, incrementándose sentimientos de inferioridad y con aparición de cuadros depresivos.

Las complicaciones están directamente relacionadas con:

- La cirugía, pues el linfedema aparecerá con mayor intensidad y el tiempo de instauración será más corto, dependiendo de si la extirpación se realiza en nervios, ganglios linfáticos y músculos.
- El tratamiento radioterápico aplicado, ya que los pacientes que son irradiados están más predispuestos al linfedema porque la irradiación afecta la permeabilidad de los ganglios linfáticos.
- Se aconseja a la paciente que evite posturas, vicios y presiones con las extremidades afectas,

para no entorpecer el retorno linfático. Debe evitar:

- Cualquier posición de flexión prolongada de la extremidad afecta, como puede ser el brazo en cabestrillo, el escurrir una fregona, permanecer mucho tiempo sentado, etc.
- No llevar prendas de vestir apretadas, sobre todo en las articulaciones (calcetines, medias).
- Evitar grandes esfuerzos musculares (andar demasiado).
- No llevar cargas pesadas.
- Disponer de un almohadillado axilar para evitar una compresión prolongada.

Infecciones

- Infecciones bacterianas, que trataremos con Penicilina o con Eritromicina en caso de alergia a la Penicilina.
- Infecciones fúngicas, que se tratarán con antifúngicos por vía sistémica.
- Fibrosis cutánea (elefantiasis, fisulas linfáticas con linforragia) debida a edemas de larga evolución.

Factores agravantes

- Irradiación o aplicación solar (baños de sol, calores del verano, etc.).

- Cualquier lesión cutánea, ya que existe gran peligro de infección (rozaduras, picaduras, heridas, quemaduras, etc.).
- Erisipela.
- Evitar la toma de estimulantes (café, tabaco, alcohol) y adelgazar en caso de obesidad.
- El embarazo.
- La hipotensión.
- La aplicación de medios de contraste oleaginosos que se utilizan para hacer una linfografía.
- La existencia de metástasis.

CUIDADOS, CONSEJOS Y PRECAUCIONES

Mientras el paciente permanece en la cama, coloque el brazo afectado sobre una almohada pequeña y otra grande, de modo que la muñeca esté ligeramente por encima del codo, y el codo ligeramente por encima del hombro.

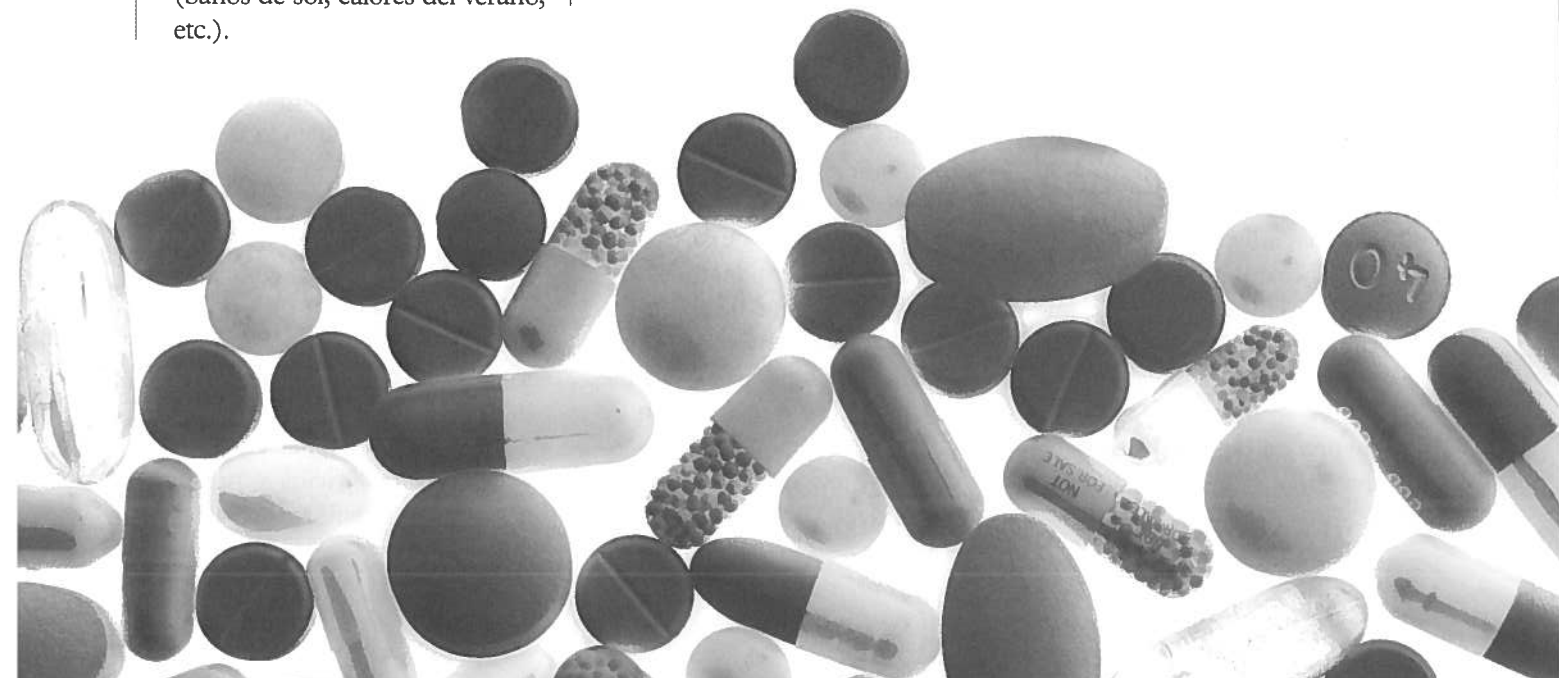
El paciente debe salir de la cama por el lado no afectado.

Anime al paciente a realizar los ejercicios de compresión de una bola y de movimiento articular, siguiendo las instrucciones del fi-

sioterapeuta. Debe evitar el uso de desodorantes o antitranspirantes hasta que se le hayan retirado los puntos de la axila y haya curado la herida.

Anímele a llevar a cabo las actividades de la vida diaria (AVD), según su tolerancia, con las siguientes precauciones:

- Utilizar guantes de lona para la jardinería y guantes de goma para limpiar objetos con lana de acero.
- Utilizar guantes de goma no muy ajustados para lavar los platos, siempre y cuando utilice detergentes fuertes o estropajos de fibras metálicas.
- Llevar guantes largos y almohadillados en el lado afectado cuando introduzca la mano en el horno.
- Utilizar dedal para coser.
- Aplicarse crema de manos para evitar la piel seca.
- Evitar ropa estrecha que oprima la zona de los hombros, la caja torácica, la cintura, utilizando vestidos con mangas holgadas.
- Limpiar la mínima lesión con agua y jabón y cubrirla.
- Emplear rasuradora eléctrica para quitarse el vello axilar con el fin de evitar la erosión de la piel.



- Mantener el brazo elevado mientras se está sentada.
- No sujetar los cigarrillos con la mano afectada. (Se recomienda no fumar.)
- No permitir que se le apliquen inyecciones o vías intravenosas ni que se efectúen extracciones de sangre en el brazo afectado.
- Emplear repelente de insectos para evitar las picaduras.
- Evitar cargas (no llevar nada pesado, no someter el lado operado a ningún esfuerzo).
- El reloj de pulsera, los anillos o los brazaletes deberán tener holgura.
- Usar crema con filtro solar (factor de protección 15 ó superior), para evitar la exposición excesiva al sol.
- Usar una crema cuticular y una lima para arreglarse las uñas.
- No trabajar cerca de plantas con espinas o cavar en el jardín con las manos desprotegidas.
- Si se quema el brazo afectado, aplicar hielo y dejarlo expuesto al aire hasta que se rompan las ampollas. Después lavarlo con agua y jabón, aplicar solución antiséptica (yodo) y cubrir el área con un apósito. Notificar al profesional sanitario si la zona no sana.
- Si el brazo se corta, lavarlo con agua y jabón, aplicar solución antiséptica (yodo) y cubrir el área con un apósito. Notificar al profesional sanitario si la zona no sana.
- Hacer diariamente gimnasia delante del espejo.
- Favorecer mediante respiración abdominal, la circulación linfática.
- Alimentos con poca sal impiden una acumulación innecesaria de agua.
- Ponerse en contacto con el médico si el brazo se ve caliente, enrojecido o si aumenta el hinchazón o el dolor.

CONCLUSIONES

- El linfedema secundario neoplásico es una complicación posible en la evolución de los pacientes neoplásicos que han sido sometidos a vaciamentos ganglionares aislados con o sin tratamientos coadyuvantes de quimio o radioterapia.
- La invasión metastásica o la ablación quirúrgica de los ganglios linfáticos ocasiona una serie de cambios que son compensados, estableciéndose un cuadro de “infedema latente”, que puede evolucionar hacia un linfedema crónico en el curso de meses o años, cuando este equilibrio se rompe.
- Una serie de medidas de cuidado y la adecuada información de los pacientes sobre esta posible complicación pueden prevenir la aparición del linfedema en un amplio número de casos. Una vez establecido el linfedema, los mejores resultados terapéuticos se obtienen en los estadios iniciales del edema, en los cuales existe un menor grado de fibrosis.
- Se ha observado una mayor incidencia de linfedema en pacientes obesos, por lo que es recomendable perder peso.

GLOSARIO

- **Ablación:** Extirpación de una parte del cuerpo, por sección quirúrgica.
- **Abducción:** Acto de separar una parte del eje del cuerpo, acto de volver hacia fuera.
- **Alteraciones hísticas:** Alteraciones de tejidos.
- **Braquiterapia:** Aplicación terapéutica de radio elementos a corta distancia, normalmente inferior a 10 cm.

- **Calcemia:** Presencia de calcio en la sangre.
- **Circulación linfática:** Encargada de evacuar diversas sustancias procedentes del torrente circulatorio.
- **Contraste oleaginoso:** Sustancia de alto peso molecular que sirve para hacer visibles, directamente o indirectamente, vísceras o zonas del cuerpo humano a través de los rayos x.
- **Cutícula:** Epidermis o capa exterior de la piel.
- **Drenaje linfático:** Procedimiento técnico para dejar asegurada la salida de líquido y derrames de una herida, acceso o cavidad natural traumática o quirúrgica.
- **Dorsiflexión:** Flexión hacia el dorso.
- **Edema:** Acúmulo anormal de líquido en los espacios intersticiales. Puede estar causado por bloqueo de los vasos linfáticos por enfermedades malignas.
- **Edema linfático:** Infiltración del líquido procedente de los vasos linfáticos.
- **Elefantiasis:** Enfermedad crónica causada por la filaria *Wuchereria Bancrofti*, caracterizada principalmente por la inflamación y obstrucción de los vasos linfáticos, con hipertrofia de la piel y tejidos subcutáneos, que alcanza a veces proporciones enormes; por orden de frecuencia afecta a las extremidades inferiores, escroto, brazos, mamas, etc.
- **Erisipela:** Edema de naturaleza erisipelatosa, pero sin dilatación aparente de los vasos sanguíneos.
- **Exéresis:** Separación quirúrgica de una parte, natural o accidental, del cuerpo.
- **Excoriaciones cutáneas:** Pérdida superficial de sustancia que sólo interesa la epidermis, como la producida por rascaduras.

- **Extirpación:** Separación completa o erradicación de una parte u órgano con objeto experimental o quirúrgico.
- **Fibrosis:** Degeneración fibroide.
- **Flebografía:** Radiografía de las venas de una parte.
- **Ganglios:** Engrosamiento de forma, tamaño y estructura variable, en el trayecto de un nervio.
- **Ganglios linfáticos (nódulo linfático):** Órgano situado en el trayecto de los vasos linfáticos, aislado o reunido en grupo de volumen y forma variables, compuesto de una envoltura propia de tejido conjuntivo, sustancia cortical y sustancia medular formada por tejido especial, adenóide, cuyas mallas contienen células linfáticas.
- **Hemostasia:** Detención, espontánea o artificial, de un flujo sanguíneo o hemorragia.
- **Hepatoma:** Tumor del hígado.
- **Hipercalcemia:** Calcemia aumentada.
- **Hiperplasia neoplásica:** Debida a un proceso inflamatorio o neoplásico.
- **Hiperventilación:** Respiración exageradamente profunda

y prolongada, puede producir un ataque de tetania o de epilepsia en los predispuestos.

- **Linfangitis:** Inflamación de un vaso o vasos linfáticos.
- **Linfangioplastia:** Restauración o sustitución quirúrgica de los vasos linfáticos por la introducción subcutánea de largos hilos tubulares de seda, empleados como drenaje, en los edemas crónicos y elefancia.
- **Linfografía:** Radiografía de los vasos y ganglios linfáticos de una región.
- **Linfosarcoma:** Neoplasia maligna originada en el tejido linfóide, en cuya histología predominan formas diversas de estas células con características de malignidad.
- **Linforragia:** Derrame profuso de linfa de vasos linfáticos rotos o seccionados.
- **Mastectomía:** Extirpación de la mama.
- **Metástasis:** Aparición de uno o más focos morbosos secundarios a otro primitivo, con o sin desaparición de éste, en regiones o partes no contiguas del punto de evolución del foco primitivo.

- **Neoplasia:** Neoformación o nuevo crecimiento de tejidos en el que la multiplicación de las células no está totalmente controlada por los sistemas reguladores del organismo y tiene un carácter a veces progresivo.
- **Osteosarcoma:** Sarcoma del hueso o sarcoma que contiene tejido óseo.
- **Paciente neoplásico o neoplasia:** Cáncer, tumor maligno.
- **Petequias:** Pequeña mancha en la piel formada por la efusión de sangre, que no desaparece por la presión del dedo.
- **Pletismografía:** Prueba para registrar los cambios de volumen de los miembros.
- **Recidiva tumoral:** Reproducción de un tumor en el mismo punto del que fue extirpado.
- **Sarcoma:** Tumor maligno derivado de las células mesenquimatosas; puede formarse a expensas de células del tejido conectivo diferenciado, en general son tumores de gran malignidad.
- **Tromboembolismos:** Oclusión completa de un vaso por un trombo.
- **Tumefacción:** Hinchazón de una parte del cuerpo.

BIBLIOGRAFÍA

- Belcher, Anne E.** *Enfermería y cáncer.* Mosby Doyma Libros. 1996 Barcelona.
- Cabero, Luis.** *Hablemos del cáncer de mama.* Afers de Comunicació Visual, edición especial para Productos Roche. 2000 Barcelona.
- Devita, Vincent T.** *Cáncer: principios y práctica de oncología.* Salvat Editores. 1988 Barcelona. Diccionario terminológico de ciencias médicas. Masson. 1922 Barcelona.
- Etapé, Jordi y María Doménech.** *Enfermería y cáncer.* Ediciones Doyma. 1992 Barcelona.
- Garde, Santiago.** *Boletín del European School of Oncology, 2.* 1995 Madrid.
- Gómez Sancho, Marcos.** *Cuidados paliativos: atención integral a enfermos terminales.* ICEPPS. 1998 Las Palmas de Gran Canarias.
- González Barón, M.** *Tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer.* Editorial Médica Panamericana. 1995 Madrid.
- Quevauvilliers, Jacques.** *Diccionario de Enfermería.* Masson. Barcelona 1993.
- Rivas Iglesias, Olga.** *Guía para la rehabilitación de mujeres mastectomizadas.* Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) Junta Provincial de Ourense. 1996 Ourense.



XIV
Congreso
Nacional de
Auxiliares de Enfermería

Tenerife
2, 3 y 4 de abril
de 2003

CUIDADOS
AL PACIENTE
ONCOLÓGICO
Y SU
ENTORNO

S.A.E.

SINDICATO DE AUXILIARES DE ENFERMERIA

2, 3 y 4 de abril de 2003
Pirámide de Arona. Tenerife
(Playa de las Américas)

FAE
FUNDACION PARA LA FORMACION
Y AVANCE DE LA ENFERMERIA

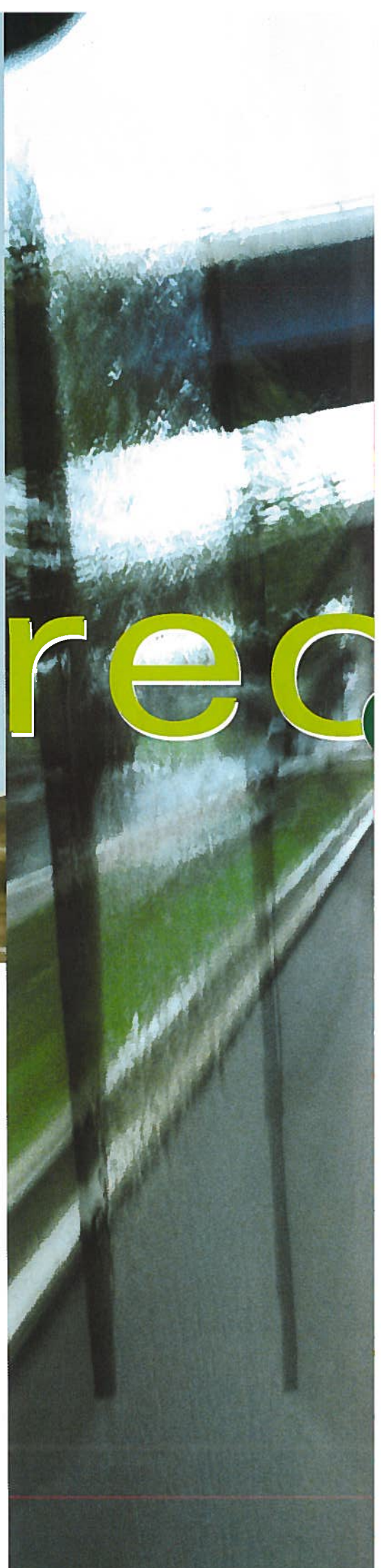
Declarado de interés sanitario

Secretaría del Congreso. C/ Fuencarral, 77 - 6º izqda. 28004 Madrid. Tel.: 91 521 52 33 Fax: 91 521 53 83 E-mail: fae@futurnet.es

Me mareo



Para algunas personas viajar en coche, en barco o en avión supone un auténtico suplicio, en lugar de la emoción propia de emprender un viaje que habitualmente sienten la mayoría de los viajeros. La culpa de esta situación es la sensación de mareo cuando el vehículo en el que se desplazan está en movimiento.





cuando viajo



TEXTO Montse García

EL MAREO DE LOS VIAJES O CINETOSIS significa “enfermedad por movimiento”. Estrictamente no es una enfermedad sino la reacción natural de un sistema nervioso central sano frente a una situación para la cual fisiológicamente los humanos no fuimos diseñados: estar dentro o sobre vehículos en movimiento (barcos, automóviles o aviones).

La causa de los mareos cuando viajamos no se debe sólo al movimiento, sino al desajuste entre la información contradictoria que recibe el sistema nervioso

central de los distintos órganos que regulan el equilibrio, la vista, el oído interno y los receptores de posición de los músculos del cuello, así como a nuestra posición en el espacio. Estos sistemas normalmente trabajan juntos, en una compleja integración de informaciones que vienen de los órganos vestibulares (situados en el oído), de los receptores de presión de la piel, de las articulaciones y de los músculos. Cuando la vista no percibe el mismo movimiento que el resto de los sistemas, se activa el centro de la náusea, además este

proceso puede verse favorecido por la ansiedad o por un exceso de calor o de frío.

El mareo cinético raramente afecta a los niños pequeños, pero a partir de los dos años de edad la sensibilidad al mareo aumenta sustancialmente, disminuyendo de nuevo a partir de los 12 años. Sin embargo, algunos adultos siguen sufriendo este problema a lo largo de toda su vida. También

sudoración. A todos estos síntomas se puede añadir la presencia de náuseas y vómitos. Las náuseas implican una sensación de deseo inminente de vomitar, referida en la garganta o en la porción superior del estómago. Por su parte, las arcadas consisten en contracciones rítmicas y forzadas de la musculatura respiratoria y abdominal; y finalmente se presenta el vómito, que supone la

Precauciones

EN GENERAL se pueden mantener ciertas precauciones para evitar o minimizar los efectos del mareo. Algunas de estas medidas son tan sencillas como no ingerir estimulantes del sistema nervioso (alcohol, café, etc.) previamente a la realización del viaje, no leer, mirar siempre hacia delante y ver el horizonte o puntos fijos a distancia, no fumar, alejarse de las zonas donde pueden llegar los gases del escape o malos olores.

En los aviones, se pueden reducir las posibilidades de marearse ocupando un asiento a la altura de las alas y/o junto a la ventanilla. Y en los barcos conviene permanecer el mayor tiempo posible donde menos se mueve el barco y evitar estar bajo cubierta.

En definitiva, las personas susceptibles de marearse pueden reducir la exposición colocándose en la zona de menor movimiento del vehículo.

los ancianos suelen experimentar más susceptibilidad al mareo cinético.

Los síntomas comienzan con palidez o mal color de cara, bostezos, cansancio, dolor de cabeza, inestabilidad, pulso acelerado,

expulsión violenta por vía oral del contenido gástrico.

El proceso del vómito comienza con una inspiración profunda, seguido de una fuerte contracción del diafragma que produce un aumento de la presión sobre

las paredes del estómago y del esófago. Esto hace que el contenido del estómago ascienda por el esófago hasta la boca, a veces a gran velocidad. Este movimiento puede ser repetido varias veces de forma cíclica.

Una nutrición adecuada, fundamental para el bienestar de pacientes oncológicos

El 90% de las personas que experimentan algún proceso cancerígeno en el que no ha sido posible la extirpación entran en una dinámica de desnutrición. Se trata de una etapa inherente a la propia evolución del tumor, que puede aliviarse en gran parte con una nutrición adecuada. Mejorar la alimentación, a la larga supondrá una respuesta más óptima al tratamiento por parte del paciente y una mayor posibilidad de supervivencia. Ésta es la finalidad que persigue el volumen *Recetas de cocina y de autoayuda para el enfermo oncológico*.

TEXTO Javier Villoslada



LA INICIATIVA de editar un libro de autoayuda para que el enfermo oncológico mejore su alimentación ha partido de la Sociedad Española de Oncología Médica y el patrocinio de Pharmacia Oncology. El principal objetivo es convertir este manual en “una herramienta práctica para pacientes, familiares y cuidadores que

reúna todos los consejos respecto a nutrición y autoayuda que los médicos muchas veces, por falta de tiempo, no podemos dar”, afirma el doctor Miguel Ángel Seguí, médico adjunto a la unidad de oncología médica del Hospital Parc Taulí de Sabadell y uno de los autores de la obra.

La finalidad consiste en ofrecer, tanto a pacientes como a familiares y cuidadores, consejos prácticos y sugerencias culinarias pensadas para paliar las molestias digestivas habituales en los pacientes tratados con quimioterapia o radioterapia. Con frecuencia, las personas con cáncer padecen trastornos como diarreas, estreñimiento, náuseas y vómitos, anorexia, úlceras o llagas en la boca, alteración del gusto o del olfato, sequedad de boca, sabor a metálico... Las recetas tienen como objetivo precisamente contrarrestar la incidencia de estos problemas digestivos concretos.

Se trata además de un proyecto pionero, ya que por primera vez se recopilan por escrito los consejos y recomendaciones más importantes sobre la alimentación del paciente oncológico y se explican de manera sencilla para el paciente y su entorno. Por ejemplo, para prevenir los efectos secundarios digestivos de los tratamientos la guía aconseja comer unas tres horas antes de la quimioterapia y radioterapia.

Asimismo, para evitar o disminuir los efectos adversos de los tratamientos, es recomendable

seguir una dieta baja en grasas y de fácil digestión el día anterior a la quimioterapia, durante los días de tratamiento y los dos o tres días posteriores, pasando progresivamente a la dieta habitual.

» Mayor deficiencia nutricional en el cáncer de mama

El carácter de ayuda y servicio al paciente de este libro se hace más evidente en el caso de las mujeres con cáncer de mama, ya que los expertos apuntan que se trata de la tipología oncológica en la que más problemas de desnutrición aparecen. “En el tumor mamario, en el que se consigue hasta un 70% de curación, hay un importante número de mujeres que reciben el tratamiento en la flor de su vida, entre los 40 y los 60 años, teniendo que seguir tratamientos molestos que les dificulta de forma importante la vida cotidiana”, señala el doctor Seguí.

Por esta razón es lógico que aparezca una falta de apetito que provoca que la alimentación de estas pacientes no sea la correcta. Sin embargo, es también un periodo en el que son necesarias muchas energías, sobre todo cuando se recibe quimioterapia y radioterapia, por lo que resulta fundamental una

correcta y equilibrada alimentación que ayude a soportar bien los tratamientos.

El apoyo psicológico que tanto pacientes como cuidadores necesitan en el momento del diagnóstico de la enfermedad, así como antes, durante y después de los tratamientos, es otro de los objetos de análisis en el libro. En cuanto a los sentimientos más frecuentes que aparecen en algunos pacientes después del diagnóstico de la enfermedad, la doctora M^a Luisa de Cáceres, psicóloga del Hospital General de Cataluña y autora de este capítulo, señala que “pueden ser miedo, negación, rabia, ansiedad, aislamiento, dependencia y síntomas depresivos, mientras que las reacciones de familiares y amigos van desde también la rabia y el miedo a la sobreprotección, evitando hablar del tema o impidiendo que el paciente realice tareas que puede llevar a cabo, lo que impide el proceso de adaptación a la enfermedad”.

El conjunto de este volumen llena, en definitiva, un vacío existente en la bibliografía sobre oncología, lo que lo convierte en una herramienta indispensable, un manual de sobremesa y de consulta permanente para pacientes, familiares y cuidadores.



El libro *Recetas de cocina y autoayuda para el enfermo oncológico* está disponible también a través de Internet en la dirección: www.pharmaciaspain.com.

Libro Blanco de los Omega3

Los ácidos grasos poliinsaturados omega-3 y monoinsaturados tipo oleico. Su papel en la salud
(2ª parte)

» Los omega-3 durante el embarazo y la lactancia

- La ingesta temprana de omega-3 mejora la agudeza visual en bebés prematuros.
- La deficiencia de ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga puede provocar alteraciones del crecimiento, disminución de la agudeza visual e incluso alta mortalidad perinatal.
- Estudios epidemiológicos demuestran que mujeres embarazadas que consumen una dieta rica en omega-3 tienen un riesgo 2,6 veces menor de desarrollar hipertensión.

El consumo de ácidos grasos omega-3 durante el embarazo y la lactancia es fundamental para el desarrollo neurológico y el crecimiento del recién nacido. Los omega-3 reducen hasta 2,6 veces el riesgo de hipertensión asociada al embarazo, mejoran las funciones posturales, motoras y sociales de los bebés

prematuros y tienen un efecto positivo en el desarrollo mental del recién nacido de bajo peso.

Por el contrario, se sabe que la deficiencia de ácidos grasos esenciales condiciona una alta mortalidad perinatal y puede provocar serias alteraciones en humanos, tales como alteraciones del crecimiento, cambios en el comportamiento y en el aprendizaje y disminución de la agudeza visual. “En algunos estudios se han relacionado las bajas concentraciones de ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga con una gestación más corta y menores perímetros cefálicos en recién nacidos”, explica el profesor Ángel Gil, catedrático



de Bioquímica de la Facultad de Farmacia de la Universidad de Granada y coordinador del *Libro Blanco de los Omega 3*.

Los ácidos grasos poliinsaturados, como los omega-3, desempeñan funciones muy importantes en la gestación, lactación y la infancia, ya que son constituyentes de los fosfolípidos de las membranas celulares y forman parte de las estructuras neurales. Las necesidades de estos ácidos grasos se incrementan durante estos periodos puesto que son fases de crecimiento y desarrollo del tejido celular. En consecuencia, las necesidades de ácidos grasos esenciales de la mujer embarazada y del feto, así como de los niños lactantes, son muy elevadas.

“Especialmente durante el tercer

Ingestas recomendadas		
Ácidos grasos poliinsaturados omega-3		
	Gramos/día	% de la energía total
Mujer		
Mujer normal	1,2 g/día	1%
Gestante primeros 6 meses	1,5-2,0 g/día	
Gestante tercer trimestre	2,0-2,5 g/día	
Lactancia	2,0-2,5 g/día	
Niños		
Lactantes		1%
Infancia		1%

trimestre de gestación, donde los requerimientos fetales son muy altos debido al crecimiento del tejido nervioso y al desarrollo y diferenciación de las neuronas”, comenta el profesor Gil. “Hay estructuras especializadas del tejido nervioso que contienen muchos ácidos grasos omega-3, como por ejemplo la retina cuyas células contienen un 60% de DHA, un ácido graso omega-3 de cadena muy larga, que se forman principalmente en el tercer trimestre del embarazo y también durante el primer año de vida, por eso es tan importante el consumo de omega-3”.

En concreto, el profesor Gil recomienda el consumo de al menos 100 mg/diarios de omega-3 en mujeres embarazadas, “puesto que el feto capta entre 50 y 60 mg/d de este tipo de ácidos durante el tercer trimestre”. Según se expone en el libro del Instituto Omega 3, durante el último trimestre se produce una acumulación de ácidos grasos poliinsaturados en los tejidos fetales, muy especialmente en los del sistema nervioso central, que continúa en el periodo postnatal. Así pues, los omega-3 deben representar en este período de tiempo hasta un 2% de la energía total de la dieta,

el doble que en mujeres en estado normal.

Durante la lactancia, la madre pierde 70-80 mg de DHA en la leche, además de las cantidades utilizadas para satisfacer sus propias demandas de estos ácidos grasos.

Crecimiento y desarrollo neurológico

El contenido de ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga en los tejidos se asocia positivamente con el crecimiento, sugiriendo que este ácido graso puede actuar como promotor del mismo durante la vida postnatal temprana. Según se recoge en la publicación del Instituto Omega 3, los niños de bajo peso que recibieron una fórmula suplementada o lactancia materna presentaron unos mejores resultados que aquellos en los que en su alimentación no había estos ácidos grasos. “Las mayores diferencias se encontraron a los cuatro meses —explica el profesor Gil—, en los que el test probaba la mejoría de las funciones posturales, motoras y sociales”.

Desarrollo mental en niños prematuros

Otros estudios demuestran el efecto positivo de la alimentación con fórmulas suplementadas con



Efectos saludables de los ácidos grasos poliinsaturados omega-3

Gestación

- Disminuye el riesgo de desarrollar hipertensión asociada al embarazo
- Esencial para el desarrollo neurológico del feto
- Esencial para el desarrollo del tejido nervioso del feto en el tercer trimestre

Recién nacidos de bajo peso

- Efectos positivos sobre la maduración sensorial y neurodesarrollo
- Reparación intestinal que sigue a un estado de malnutrición proteico-energética
- Mejora el crecimiento
- Mejora las funciones posturales, motoras y sociales
- Efectos positivos en el desarrollo mental
- Mejora la solución de problemas en niños con retraso de crecimiento
- Mejora el desarrollo psicomotor de los recién nacidos de bajo peso
- Aumenta el desarrollo de la agudeza visual

omega-3 sobre el desarrollo mental. Los niños prematuros alimentados con una fórmula que contenía omega-3 presentaron un mejor índice de desarrollo de Bayley, relacionado con la capacidad del lenguaje. Así mismo, este tipo de alimentación produjo un mejor índice de desarrollo mental en niños nacidos a término en comparación con una fórmula sin suplementar. “Existen estudios en los que se demuestra que una dieta con omega-3 en los primeros meses de vida mejora la capacidad de solución de problemas en niños a término normales y con retraso del crecimiento”, explica el profesor Gil.

Relación entre el consumo de omega-3 y la agudeza visual en recién nacidos

Otra de las conclusiones que arroja este libro es que la ingesta temprana de omega-3 influye positivamente en el desarrollo del sistema visual en los recién nacidos de bajo peso. “En estudios en primates y en lactantes con altos niveles de ácidos grasos omega-3 se encontró una duración más corta en la mirada, lo que indicaba que existía una buena velocidad de procesamiento”, comenta el profesor Gil, miembro del Instituto Omega 3. En niños lactantes una menor duración de la mirada se ha relacionado con una mejor capacidad de procesamiento mental.

Otros investigadores concluyeron que los niños nacidos a término con un crecimiento intrauterino pobre, podrían tener una mayor eficacia en el procesamiento de la información y por lo tanto una mayor agudeza visual si se suplementa su dieta con ácidos grasos omega-3.

» Efectos anticancerígenos de los omega-3

- El 80% de los tumores malignos se deben a causas ambientales y hábitos de vida incorrectos, por lo que son potencialmente evitables.
- Según los expertos, una alimentación equilibrada contribuye a prevenir el cáncer de mama, colon y próstata.
- El consumo de ácidos grasos omega-3 contribuye a reducir el riesgo de metástasis en pacientes enfermos de cáncer.

Diversas investigaciones científicas recogidas en el *Libro Blanco de los Omega 3* han descubierto cómo la alimentación, y en particular el consumo de ácidos grasos omega-3,

contribuye a prevenir el cáncer de mama, colon y próstata, entre otros, y a reducir el riesgo de metástasis en enfermos de cáncer.

Según las estadísticas, en España mueren anualmente 90.000 personas a causa de cáncer, situando a esta enfermedad como la segunda causa más importante de mortalidad en nuestro país, únicamente superada por las enfermedades cardiovasculares. Investigaciones científicas señalan que el 80% de los tumores malignos se deben a causas ambientales y de hábitos de vida incorrectos, y por tanto, potencialmente evitables.



Diversos estudios epidemiológicos recogidos en el *Libro Blanco de los Omega 3* determinan como los hábitos de vida, y en particular el tipo de alimentación, condiciona en buena medida la aparición o no de determinados tumores cancerígenos. El Dr. Francisco J.G. Muriana, Científico Titular del Instituto de la Grasa (CSIC) de Sevilla, miembro del Comité Científico del Instituto Omega 3 y uno de los autores del Libro Blanco de los Omega 3, explica que “existe una correlación entre la ingesta excesiva de grasas, de ácidos grasos saturados y de alcohol, y la disminución en la ingesta de fibras dietéticas y antioxidantes con el aumento de la incidencia de cáncer en poblaciones que se caracterizan por estos hábitos alimenticios. Estos excesos o defectos nutricionales hacen más comunes los cánceres de aparato digestivo, hígado, páncreas, mama y próstata. Por el contrario, el consumo de ácidos grasos omega-3 se asocia con una disminución en la expresión de los cánceres de mama, colon y próstata”.

Los ácidos grasos omega-3 previenen de la aparición del cáncer y contribuyen a reducir sus efectos

Según se recoge en la publicación del Instituto Omega 3 de la Fundación Puleva, distintos estudios han demostrado cómo los ácidos grasos omega-3 tienen la capacidad

de reducir el crecimiento de células cancerígenas humanas y de recuperar el sistema inmune de las personas afectadas por diversos tipos de cáncer. El consumo de ácidos grasos omega-3 contribuye también a dificultar la movilidad de las células cancerígenas y, en consecuencia, reducen el riesgo de invasión y metástasis en las personas enfermas de cáncer. Esto es importante si se tiene en cuenta que la mayoría de las muertes por cáncer se deben a los tumores secundarios que surgen tras producirse la metástasis.

Los ácidos grasos omega-3 poseen un efecto anticancerígeno en el cáncer de colon, mama, leucemia y en el melanoma maligno cutáneo, deteniendo el crecimiento de las células cancerígenas. Por eso su consumo en la cantidad necesaria es muy importante, sobre todo teniendo en cuenta que alrededor del 80% de los tumores malignos están provocados por factores ambientales y hábitos de vida, por lo que gran número de cánceres son potencialmente evitables. Según el Instituto Omega 3, se estima que hasta un 80% de los cánceres en personas con menos de 65 años podrían evitarse mediante cambios en su estilo de vida, es decir, mediante cambios en su dieta.

Mediante la ingesta de ácidos grasos omega-3, según estudios científicos, sería posible reducir la

dosis, el tiempo y los ciclos de la quimioterapia, y por tanto, mejorar la calidad de vida de las personas afectadas con cáncer.

El doctor Francisco J.G. Muriana señala que “pese a que el cáncer se desarrolla a lo largo del tiempo, ciertos tipos de cánceres tienen su fase de inicio en la adolescencia, por lo que las estrategias de prevención deben adoptarse ya en las primeras etapas de nuestra vida, con el fin de reducir el riesgo de cáncer y otras enfermedades, en los años de adulto”.

Efectos anticancerígenos de los ácidos grasos omega-3

1. Reducen el crecimiento de células cancerígenas humanas
2. Contribuyen a recuperar el sistema inmune en distintos tipos de cáncer
3. Contribuyen a reducir el riesgo de metástasis
4. Disminuyen la dosis y tiempo de quimioterapia
5. Otros

Otro de los efectos beneficiosos del consumo de alimentos que contengan ácidos grasos omega-3 en enfermos de cáncer es la contribución de los omega-3 para paliar el ‘síndrome de caquexia’, que consiste en la pérdida masiva de peso corporal debido a depresores del apetito producidos por las propias células cancerígenas, síndrome frecuente en enfermos que padecen cánceres de tipo digestivo. El *Libro Blanco de los Omega 3* recoge las conclusiones de diversos estudios clínicos con pacientes con cáncer de páncreas avanzado en los que la ingesta de ácidos grasos omega-3 reduce la caquexia producida por el cáncer, no sólo anulando la pérdida de peso, sino incluso haciendo aumentar el peso del paciente.

Efectos intracelulares anticancerígenos de los ácidos grasos omega-3 en células cancerígenas humanas

Tipos de células	Impliación fisiológica
Carcinoma de mama	No proliferación
Carcinoma de colón	Aumento de la apoptosis
T de leucemia	No proliferación
	Aumento de la apoptosis
HL -60 de leucemia	Aumento de la apoptosis

Tipos de cáncer en España según el sexo

Hombres

C. pulmón
C. próstata
C. colon, estómago y vejiga urinaria

Mujeres

C. mama
C. colon
C. estómago, útero y pulmón

El cáncer de pulmón y el de mama, los de mayor incidencia en nuestro país

Las comunidades autónomas españolas con menor tasa de mortalidad por cáncer son Madrid, Castilla-León, Castilla-La Mancha y Galicia, mientras que Cantabria y Cataluña presentan las cifras más elevadas. Atendiendo al tipo de cáncer, los tumores con una mayor incidencia en España son el cáncer de pulmón, el carcinoma colorrectal y el cáncer de mama, siendo los dos primeros, junto con el cáncer gástrico, los que tienen el índice de mortalidad más alto. Otros tipos de cáncer tienen una menor incidencia que en otros

países europeos, como el cáncer de intestino grueso, de mama, de ovario y de próstata, debido fundamentalmente a nuestra dieta mediterránea y al elevado consumo de grasa vegetal, sobre todo de aceite de oliva, frutas y verduras, consumo muy superior al de otros países de la Unión Europea.

Atendiendo a las diferentes zonas geográficas de la Unión Europea, España, junto con Portugal y Grecia, es uno de los países que poseen una menor incidencia de cáncer (menos de 300 casos por cada 100.000 habitantes). La dieta mediterránea y unas características socioculturales similares son aspectos

que influyen decisivamente en estas cifras.

» Perfil biográfico de los principales autores del 'Libro Blanco de los Omega 3'

Dr. Jesús Román Martínez Álvarez

Jesús Román Martínez es presidente de la Sociedad Española de Dietética y Ciencias de la Alimentación (SEDCA). Es veterinario especializado en alimentación humana, consultor en Higiene y Salubridad de los alimentos y profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid.

Como presidente de la SEDCA, ha organizado numerosos actos científicos de ámbito nacional e internacional. Ha participado, igualmente, en numerosos proyectos de investigación sobre aspectos relacionados con la alimentación, la nutrición y la salud. En la actualidad dirige la revista *N + D Nutrición y Dietética*.

Prof. Dr. José Mataix Verdú

El profesor Dr. José Mataix Verdú es Catedrático de Fisiología, director de la Escuela de Nutrición y del Instituto de Nutrición y Tecnología de Alimentos de la Universidad de Granada, y presidente de Honor de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria.

El núcleo central de su investigación ha sido durante muchos años hasta la actualidad el estudio del valor nutricional y terapéutico del aceite de oliva. En este sentido, sus estudios han sido claves para el conocimiento de este alimento.

También ha llevado a cabo investigaciones sobre la situación nutricional de determinadas poblaciones, destacando la realizada con su



equipo en Andalucía y en otras comunidades españolas. Desarrolla una labor en educación nutricional, impartiendo cursos y conferencias, editando libros y desarrollando, a través de programas informáticos, acciones educativas dirigidas a poblaciones determinadas.

Dr. Francisco J. García Muriana

El Dr. Francisco J. García Muriana es científico titular del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), adscrito al Instituto de la Grasa de Sevilla, y responsable del grupo de Nutrición Celular y Molecular del mencionado Instituto.

En los últimos años, sus investigaciones se han centrado en la nutrición y el metabolismo lipídico del aceite del oliva virgen y otras materias grasas en humanos, y en el concepto de aceite de oliva como alimento funcional en las enfermedades cardiovasculares y el cáncer.

Dr. Pedro Mata López

El Dr. Pedro Mata es en la actualidad jefe clínico de Medicina Interna de la Unidad de Lípidos de la Fundación Jiménez Díaz, en Madrid. Sus principales líneas de investigación se centran en la prevención de la aterosclerosis y de la enfermedad cardiovascular, con especial interés en los efectos de los

ácidos grasos de la dieta, en particular del aceite de oliva, sobre los mecanismos que intervienen en el desarrollo y progresión de la enfermedad cardiovascular. Asimismo, estudia la interacción entre los genes y factores ambientales en la Hipercolesterolemia Familiar.

Es autor de más de 100 publicaciones en revistas nacionales e internacionales, y capítulos de libros, asesor científico del Consejo Oleícola Internacional, y miembro del Council de Arteriosclerosis y Trombosis de la American Heart Association, además de presidente de la Fundación de Hipercolesterolemia Familiar.

Prof. Dr. Ángel Gil Hernández

El profesor Dr. Ángel Gil es Catedrático de Bioquímica y Biología Molecular de la Universidad de Granada, Profesor Visitante del Baylor's College (University of Texas, Houston) y del Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos de la Universidad de Chile. Pertenece a asociaciones vinculadas a la alimentación y la salud, como la Sociedad Española de Nutrición o la European Society of Parenteral and Enteral Nutrition, entre otras.

Es autor y coautor de numerosos libros y colaborador de diversas publicaciones científicas en torno

al metabolismo de los lípidos y de nutrientes condicionalmente esenciales, bioquímica de los alimentos y recomendaciones nutricionales. Además es editor asociado de la revista *Clinical Nutrition*.

Dr. Alfredo Entrala Bueno

El Dr. Alfredo Entrala Bueno es doctor en Medicina y Cirugía, especialista en Nutrición Clínica, profesor titular de Nutrición, y decano de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Alfonso X El Sabio.

Es coautor de más de veinte publicaciones sobre nutrición, habiendo participado en los últimos años en más de catorce proyectos de investigación. El Dr. Entrala es además redactor jefe de la revista *Nutrición Clínica y Dietética hospitalaria*, y experto en el área Alimentación y Nutrición del Instituto Nacional de la Salud. Fondo de Investigación Sanitario.

Dr. Javier Aranceta

El Dr. Javier Aranceta Bartrina es doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad del País Vasco (UPV), doctor en Nutrición por la Universidad de Perugia (Italia), especialista en Dietética y Nutrición por la Universidad de Nancy (Francia) y máster en Salud Pública por la UPV.

En la actualidad desarrolla su labor profesional como responsable de la Unidad de Nutrición Comunitaria de la Subárea de Salud Pública del Ayuntamiento de Bilbao, y como asesor del Programa de Nutrición del gobierno vasco. Su actividad docente se reparte entre la Universidad de Navarra, como profesor asociado de Salud Pública y Nutrición Comunitaria, y la UPV, como profesor colaborador de la Cátedra de Pediatría. Es



además, profesor visitante de la Universidad de Las Palmas.

Miembro de diversas sociedades de nutrición, es autor de numerosos libros y artículos tanto en revistas nacionales como internacionales. Actualmente dirige la *Revista Española de Nutrición Comunitaria*.

Dr. Juan José Francisco Polledo

El Dr. Juan José Francisco Polledo es doctor en Veterinaria, especializado en higiene de los alimentos y licenciado en Derecho.

Durante nueve años fue director General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Consumo, y, en la actualidad, es jefe de Área en dicho Ministerio. Además, desempeña el cargo de evaluador externo de la Calidad de las Universidades del Ministerio de Educación y Cultura.

Pertenece a la Sociedad Española de Microbiología y es consultor Internacional de la FAO (Food Agricultural Organization). Ha participado en numerosos proyectos de investigación relacionados con la higiene de los alimentos, y ha escrito múltiples artículos de opinión recogidos en publicaciones especializadas y de información general.

Dr. Francisco Javier Fontecha Alonso

Francisco Javier Fontecha Alonso es doctor en Ciencias Químicas y licenciado en Ciencias Biológicas por la Universidad Autónoma de Madrid. En la actualidad desempeña el cargo de Científico Titular del Instituto del Frío del CSIC. Su labor de investigador en materia de productos lácteos se concreta en tres líneas fundamentales: bioquímica de productos lácteos, tecnología de productos lácteos y análisis químico

de la fracción lipídica de productos lácteos.

Ha participado en numerosos proyectos de I + D, siendo investigador principal en algunos de ellos. Dirige tesis doctorales y trabajos de investigación e imparte cursos y conferencias relacionados con su especialidad. Es autor de diversos artículos publicados en libros y revistas internacionales, colabora con la International Dairy Federation, y ha participado en comités y representaciones internacionales.

» **El Instituto Omega 3**

- En su continua labor de fomentar las investigaciones que permitan contribuir a mejorar la salud de la población, la Fundación Puleva promovió en 2001 la creación del Instituto Omega 3, una institución independiente cuya finalidad es coordinar actividades e investigaciones científicas en torno a la alimentación y la salud, y en concreto a los ácidos grasos poliinsaturados omega-3, y los ácidos grasos monoinsaturados tipo oleico.
- Desde hace años, la comunidad científica internacional viene informando sobre los beneficios para la salud derivados del consumo de alimentos con alto contenido en ácidos grasos esenciales omega-3 y ácido oleico. Diversos estudios demuestran que los ácidos grasos poliinsaturados omega-3 contribuyen a la prevención de enfermedades cardiovasculares y del exceso de colesterol. Por ello, además de fomentar investigaciones científicas que profundicen en el conocimiento científico de los omega-3, el Instituto Omega 3 se constituye como fuente de información para los profesionales de la salud. Otra de las finalidades del Instituto es contribuir a educar

a la población sobre hábitos alimenticios saludables.

- El Instituto Omega 3 está formado por un Comité Científico compuesto por especialistas en tecnología de los alimentos, doctores y científicos de reconocido prestigio, cuyo trabajo diario se encuentra relacionado de forma directa con la educación y la investigación nutricional.

Prof. Dr. José Mataix Verdú

Catedrático de Fisiología y Director del Instituto de Nutrición. Universidad de Granada.

Prof. Dr. Ángel Gil Hernández

Catedrático de Bioquímica. Facultad de Farmacia de la Universidad de Granada.

Dr. Francisco García Muriana

Científico titular. Instituto de la Grasa - CSIC. Sevilla.

Dr. Juan José Francisco Polledo

Doctor en Veterinaria. Madrid.

Prof. Dr. Alfredo Entrala Bueno

Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Alfonso X El Sabio. Madrid.

Dr. Pedro Mata López

Jefe asociado de Medicina Interna. Unidad de Lípidos. Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

Dr. Jesús Román Martínez Álvarez

Presidente de la Sociedad Española de Dietética y Ciencias de la Alimentación. Madrid.

Dr. Javier Aranceta Bartrina

Unidad de Nutrición Comunitaria. Ayuntamiento de Bilbao.

Dr. Javier Fontecha Alonso

Científico titular del Instituto del Frío - CSIC. Madrid.

Dr. Luis Baró Rodríguez

Responsable del Área de Nutrición de Puleva Biotech. Granada.

Dr. Julio Boza Puerta

Subdirector de Puleva Biotech. Granada.

» Adolescencia y alimentación



Durante el periodo de la adolescencia es fundamental que los jóvenes comprendan la importancia de una dieta sana, variada y equilibrada, al ser mayores durante esta etapa las necesidades nutricionales y energéticas del organismo.

Es un periodo de la vida marcado por los continuos y rápidos cambios físicos y psicológicos que tienen lugar y que requieren una especial atención desde un punto de vista nutricional. La alimentación en estos años puede condicionar el estado de salud y el desarrollo del individuo, al mismo tiempo que consigue prevenir y evitar graves trastornos alimentarios como la obesidad, anorexia, bulimia...

Es importante, por tanto, que el adolescente modere el consumo de alimentos que presentan un contenido calórico muy elevado y un valor nutritivo escaso, aumentando el consumo de los alimentos ricos en grasas monoinsaturadas, como el aceite de oliva, y poliinsaturadas, como los ácidos grasos omega 3, que contribuyen al crecimiento tanto físico como intelectual.

Por todo esto, resulta básico orientar al adolescente acerca de cuáles son los hábitos alimentarios adecuados, qué debe comer, en qué cantidad y cuántas comidas debe realizar; en definitiva, se trata de conseguir que el adolescente comprenda que para estar sano y crecer bien hace falta llevar una dieta sana, variada y equilibrada. Una correcta educación nutricional para adolescentes debe contemplar los siguientes puntos:

- Moderar el consumo de carne, sobre todo la de vacuno.
- Elegir aceite de oliva en lugar de otras grasas de adición.
- Favorecer el consumo de frutas, verduras y pescado.
- Asegurar el consumo de lácteos.
- Aumentar la ingesta de alimentos ricos en hidratos de carbono (pan, legumbres, pasta, patatas y cereales) y reducir el consumo de azúcar, dulces y bollería.
- Mantener la tradición gastronómica y la variedad de platos.
- Disminuir el consumo de sal y prevenir el consumo de alcohol.
- Estimular el ejercicio físico y mantener el peso ideal.

Mundo Médico

del Mundo Médico

» La importancia de sentarse bien



“Checkmate” es el nombre de la silla ergonómica inventada por el Instituto de Ergonomía Ocupacional de la Universidad de Nottingham para evitar los problemas de espalda ocasionados por las malas posturas que adquirimos al sentarnos.

El diseño de la silla protege al usuario del dolor de espalda, reduciendo el esfuerzo al que se ve sometida la columna y, además, al ofrecer mayor flexibilidad, hace innecesario el uso de reposapiés, muy utilizados por las personas bajas. La silla permite ajustar la altura e inclinación del asiento, así como la altura del respaldo, adaptándose perfectamente a las medidas de cada individuo.

De esta forma, según aumenta la altura del usuario, el asiento puede inclinarse hacia delante, dejando más espacio bajo la mesa para las piernas, ya que gracias a su forma especial, aunque el asiento se incline, éste sigue permaneciendo horizontal para que la persona no resbale hacia delante y sus pies descansen cómodamente sobre el suelo.

El uso de la silla Checkmate evita dolores de espalda, el acúmulo de tensión en hombros y brazos, dolores musculares y otro tipo de lesiones que pueden llegar a ser más importantes. Por ello su uso es aconsejable para personas que trabajan sentadas durante largas horas (cajeras de supermercado, administrativos, banqueros, etc.).

...Y para variar
...Y para variar

Fiesta de Halloween

Nombre derivado de "All Hallows Eve" o "Víspera del día de todos los santos". Se celebra la noche del 31 de octubre.

En la actualidad Halloween es sinónimo de fiesta, misterio y magia: una noche, la del 31 de octubre, en la que las brujas, los fantasmas y los esqueletos se entremezclan con los dulces, los disfraces y las calabazas.

Sin embargo, no siempre ha sido así. Hace 3.000 años en Irlanda, donde nació, Halloween era un festejo que las tribus celtas, sus creadores, celebraban con gran seriedad y sus sacerdotes, los druidas, dedicaban la noche a Samhain, el caballero de la muerte. Este invocaba a los espíritus a reunirse la última

noche del año (que los celtas celebraban el 31 de octubre) para examinar los acontecimientos del futuro y para que visitaran sus antiguos hogares en la tierra. Así, Halloween deriva de "All Hallows Eve", que significa "Víspera del día de todos los santos".

Cuando los romanos conquistaron los territorios dominados por los celtas, especialmente Escocia e Irlanda, combinaron esta celebración con el festival romano de "La Cosecha", que realizaban el primer día de noviembre en honor de

Pomona, diosa de los árboles frutales. A finales del siglo XIX, los inmigrantes irlandeses introdujeron la fiesta de Halloween en Estados Unidos, donde se descubrió la vertiente rentable de una celebración que multiplicaba la venta de dulces, disfraces, tarjetas, ornamentación... Así, la fiesta comenzó a celebrarse masivamente en 1921 con un desfile en Minnesota y posteriormente le siguieron otros estados. Sin embargo, su internacionalización no se produjo hasta los años ochenta gracias a las series de televisión que se importaban de Estados Unidos y que siempre incluían algún capítulo dedicado a esta fiesta.

Hoy en día se ha convertido en una fiesta popular, aunque sigue teniendo un mayor auge en los países americanos. Son días en los

que los niños se disfrazan de diablos, brujas, vampiros y demás personajes terroríficos. La costumbre de disfrazarse proviene de la Edad Media, cuando los bandoleros se aprovechaban de estas creencias y se vestían de diablos y espantos para cometer sus fechorías y así luego poder culpar a los espíritus.

La calabaza, el símbolo más característico de Halloween, está cargada de leyendas, así, unos atribuyen su origen a los nabos huecos que los druidas celtas iluminaban por dentro con velas la última noche del año; mientras otros sitúan su nacimiento con los irlandeses, quienes contaban la historia de un tal Juan, a quien le prohibieron la entrada al cielo y al infierno y se paseaba por los dos mundos con una linterna creada con un repollo hueco con un carbón ardiente en su interior, buscando su inclusión en alguno de los dos lugares.





**Reediciones
ampliadas
y
actualizadas**

Consigue tus ejemplares poniéndote en contacto con el delegado de SAE en tu centro de trabajo o llamando a los teléfonos y fax de la Fundación

Tel.: 91 521 52 24 / 91 521 52 95

Fax: 91 521 53 83

AVISO IMPORTANTE SOBRE EL COLESTEROL Y LOS TRIGLICERIDOS



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

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



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

