

nº 34 • Revista de Auxiliares de Enfermería
Segundo Trimestre 2003

A photograph of a woman in a vibrant, multi-colored patterned blouse carrying a baby on her back. She is looking down at a row of young plants in a garden. The background shows a simple house and lush greenery under a blue sky.

Solidaridad para un desarrollo integral

SEPARATA: informes profesionales elaborados
por Auxiliares de Enfermería

PROGRAMA de FORMACIÓN



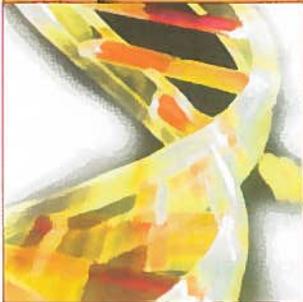
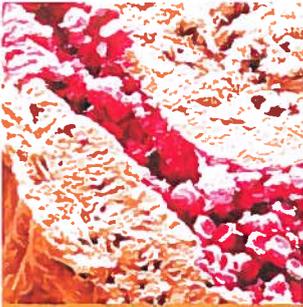
FUNDACIÓN PARA LA FORMACIÓN
Y AVANCE DE LA ENFERMERÍA

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 SOLIDARIDAD PARA UN DESARROLLO INTEGRAL. Intervida dedica su esfuerzo a prestar ayuda y esperanza a los más desfavorecidos. **10 MEDICINA APLICADA AL DEPORTE DE ALTA COMPETICIÓN (II).** El deporte de alto rendimiento de Madrid, adscrito al CSD, atiende las necesidades físicas y médicas de los deportistas de élite. **37 ¿QUÉ ES LA LEUCEMIA?** Los trastornos en la producción de células provocan la aparición anual de entre 60 y 100 nuevos casos de leucemia por millón de habitantes. **41 LIBROS:** "Los costes invisibles de la enfermedad". "Para ir como un reloj". **42 FENG SHUI, ¿CÓMO CREAR UN ESPACIO SALUDABLE?** La combinación de energías positivas y negativas pueden contribuir a vivir en un espacio saludable. **46 XIV CONGRESO NACIONAL DE AUXILIARES DE ENFERMERÍA.** Más de 400 Auxiliares de Enfermería celebran en Canarias este Congreso.



CONSEJO EDITORIAL DE NOSOCOMIO

DIRECTORA Dolores Martínez Márquez **CONSEJO DE REDACCIÓN** Ana Escobar Flórez, Lucía Turienzo Cabero **REDACTORA JEFE** Montse García García **REDACCIÓN** Javier Villoslada, Cristina Botello **COMITE CIENTÍFICO** Teresa Soy Andrade, José Angel Peña, Cecilia Dou Marcos **COLABORADORES** José Angel 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, 2ª 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

COMO CADA AÑO por estas fechas, dedicamos nuestro editorial al congreso anual de la FAE. Este 2003 nos hemos ido a Tenerife, donde se ha celebrado el XIV Congreso Nacional de Auxiliares de Enfermería, que versaba sobre los Cuidados al Paciente Oncológico y su Entorno.

Seguimos superando, como en ocasiones anteriores, el número de asistentes: cerca de medio millar de compañeros ha sido el aforo en este congreso.

Continuamos demostrando día a día el interés por nuestra formación. Es, como hemos dicho muchas veces a través de nuestras páginas, la enfermería básica la que más tiempo pasa con el enfermo, expertos en psicología para conseguir paliar en lo posible la ansiedad de aquel que entra en un hospital con las esperanzas mermadas ante enfermedades que, en algunos casos, no conllevan expectativas de curación; aunque, por fortuna, en algunos casos sí, y en ese supuesto nuestras fuerzas como profesionales se disparan, consiguiendo que las personas mantengan intacta la ilusión por la vida.

Tenemos la satisfacción de haber plasmado, con cada una de las ponencias y comunicaciones, la calidad asistencial que desde nuestro estamento proporcionamos al paciente en general y, en este caso, al oncológico.

Por último, no podemos olvidar el inestimable apoyo brindado por los profesionales médicos que formaron parte de este congreso, expertos sobre el tema que han compartido su experiencia y sabiduría para arrojar un poco más de luz ante una enfermedad que, por desgracia, es más habitual de lo que sería deseable.

Buzón de sugerencias

MÁS INFORMACIÓN SOBRE LA INSEMINACIÓN ARTIFICIAL

Anna López Pérez

BARCELONA

Soy una lectora de vuestra revista desde hace ya muchos años, creo que es una de las mejores —por no decir la mejor— publicaciones que tienen que ver con la sanidad. Sé del gran esfuerzo que significa el trabajo de investigación que lleváis a cabo desde la redacción de NOSOCOMIO para informarnos de todo aquello que nos pueda interesar. Por eso os animo a seguir en la misma línea que lleváis hasta ahora. Pero echo de menos, y más aún en los tiempos que corren, que no hayáis publicado nada sobre la inseminación artificial, ya que ésta es, a mi modo de ver, una técnica que forma parte de las conversaciones rutinarias en los centros de trabajo de cualquier ámbito. Por fortuna, ya son muchas las mujeres que han tenido la posibilidad de tener un hijo gracias a este gran avance científico. Todos conocemos algún

ejemplo, aunque a muchos, y es mi caso, nos gustaría saber a través de vuestras páginas cómo se realiza este milagro.

MAYOR DIFUSIÓN DE NOSOCOMIO

María Dolores Ochoa

MURCIA

Os escribo para contaros algo que el otro día estando en el hospital me llamó la atención. Me había llevado la revista NOSOCOMIO para leerla durante mi turno de noche, y cuando la empecé a ojear mis compañeras Auxiliares de Enfermería la vieron. Me sorprendió, a la vez que me indignó, que muchas de ellas no la conocieran, porque es la única que existe para nuestro colectivo. Supongo que os tendréis que poner las pilas y hacer una buena difusión de vuestra propia publicación, porque de no ser así perderéis mucho por el camino y la revista no se lo merece.

FLORES DE BACH

Silvana Rábago

SEVILLA

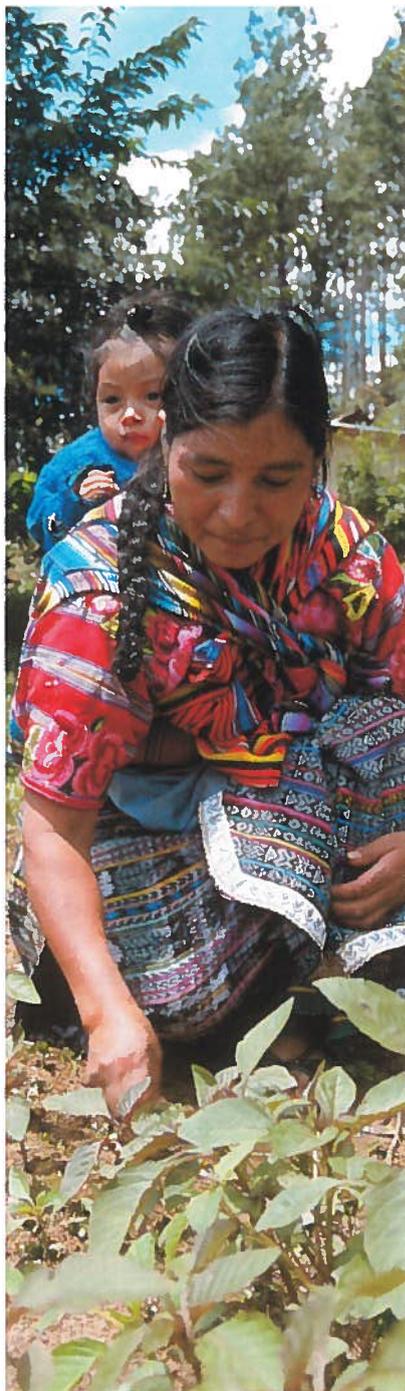
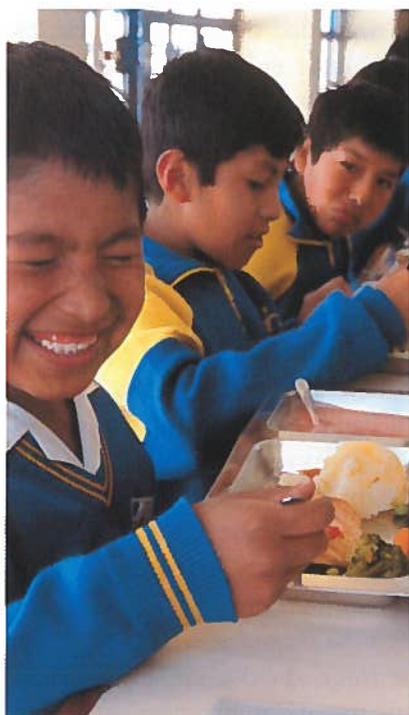
Cuando leí el reportaje que realizasteis sobre las flores de Bach me sorprendió por ser un tema totalmente desconocido para mí. Pero no sólo me interesó, sino que en la actualidad las tomo y tengo que decirlo que mi salud se ha visto mejorada como hace años no notaba. Ahora que entiendo un poquito sobre estos remedios, me parecería genial que ampliárais aquel reportaje contactando con gente como yo que tomamos flores de Bach. Así podremos contar nuestras experiencias y animar a aquellos reticentes hacia estos remedios naturales para que cada vez seamos más los que las consumamos, ya que sólo tienen efectos positivos para la salud, ayudando a mejorar ésta en gran medida.

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



Trilios para un desarrollo



integral

TEXTO Montse García

EL PASO SIGUIENTE de la denuncia y la concienciación social lo da Intervida en siete de los países más pobres del mundo, donde ese necesario paso se convierte en una actuación directa, concreta y eficaz. Más de 200 actividades en todo el mundo permiten que tres millones de personas tengan algo que desde otros puntos les niegan: una esperanza de futuro. Esta esperanza se materializa en alimentos, libros, atención sanitaria, plantas potabilizadoras... entre otras necesidades básicas a las que, pese a todo, sólo pueden acceder gracias a Intervida. El espíritu de Intervida va más allá de satisfacer la necesidad inmediata y material.

Sus programas de desarrollo integral crean en los países de actuación las pautas necesarias para conseguir su objetivo de autosostenibilidad, es decir, que la población sobre la que se actúa no tenga una permanente dependencia de la ayuda exterior.

Intervida es una Organización No Gubernamental para el Desarrollo (ONGD) laica, apartidista y totalmente independiente que nace en Barcelona en 1993 y se inscribe como fundación privada en mayo de 1994. Comienzan un proyecto de trabajo en India y en

Perú con el objetivo, que han mantenido como base de trabajo, de aliviar el sufrimiento y mejorar las terribles condiciones de vida en que se encuentran miles de niños y sus familias. Posteriormente, han ampliado su campo de actuación y son ya siete los países en los que hay en marcha un proyecto de Intervida: Perú, Bolivia,



Xavi Crespo, director de relaciones externas de Intervida y que, además, ha sido jugador de baloncesto del F.C Barcelona, confiesa que lo más gratificante de su trabajo es comprobar que su labor se traduce en la sonrisa de un niño, que puede jugar y estudiar porque está sano y que tiene una esperanza de futuro. Dedicar su esfuerzo diario a que los tres millones de personas que se benefician de los programas de Intervida sean pronto cinco o siete y ayudar a quienes, por el hecho de haber nacido más allá de la línea que divide su mundo del nuestro no tienen las mismas oportunidades, le ofrece mayores satisfacciones que contribuir a que sea la cuenta bancaria de una empresa la que aumente de esta forma

Guatemala, El Salvador, Malí, India y Bangladesh.

La población infantil es una prioridad fundamental para los equipos de Intervida, así como los pueblos indígenas y las mujeres. Los niños son el colectivo más vulnerable en situaciones de pobreza y su desarrollo físico, moral e intelectual se halla más fuertemente comprometido cuando tienen limitado su acceso a recursos básicos e indispensables; por su parte, los indígenas son los más marginados entre las poblaciones que habitan sus propias zonas de origen y las mujeres suman a su situación de pobreza situaciones de discriminación, explotación e incluso abusos mayores.

La Fundación Intervida realiza su trabajo mediante la puesta en marcha de programas de desarrollo que agrupan más de 200 actividades distintas organizadas, fundamentalmente, en seis sectores de trabajo: salud, educación, producción, seguridad alimentaria, capacitación e infraestructuras. Intervida no sólo trata de paliar y atender las necesidades más urgentes, sino que su objetivo final es capacitar a los habitantes de la zona de actuación para que puedan producir y liderar su propio desarrollo.

» Desarrollo integral como base de trabajo

El planteamiento de desarrollo integral con el que trabaja Intervida permite hacerlo en todas las áreas de forma simultánea para que se vacune a los niños y se lleven a cabo campañas de educación para la salud, que transmitan la necesidad de lavarse habitualmente las manos para no crear focos de infección, de llevar una dieta equilibrada... y para ello informan a las madres de

la necesidad de incorporar ciertos productos en la alimentación de sus hijos y al padre de la posibilidad de cultivarlos.

Cuenta con equipos propios de trabajo en todos los países donde está presente, lo que permite fijar los máximos niveles de exigencia. Además, los proyectos de Intervida se diseñan a largo plazo con una permanencia de 20 a 30 años en cada una de las zonas, con el fin de poder solucionar eficazmente los problemas que se han generado durante cientos de años. Los médicos, enfermeras, educadores, agrónomos, veterinarios, técnicos forestales... todo el equipo de Intervida vive en la zona en la que trabaja, en una casa situada en un punto estratégico dentro de la zona de operaciones. Trabajan hombro con hombro con los padres de familia que colaboran aportando lo único que pueden ofrecer: sus manos y la voluntad de construir un futuro mejor para sus hijos.

Así, por poner sólo un ejemplo, en el proyecto "desayunos escolares" (un preparado alimenticio que se ofrece a más de 154.000 niños de los cursos de primaria en Sudamérica y que les garantiza el consumo de al menos el 30% de sus necesidades nutricionales) es indispensable la ayuda de las madres de los escolares, ya que son ellas las responsables de la alimentación de sus hijos. Intervida ha organizado cursos de capacitación y sensibilización sobre las necesidades alimenticias de los niños y la importancia de una dieta equilibrada. Las madres son las encargadas de ir a recoger cada mañana las bolsas llenas de pan y llevarlas a los centros educativos, donde las repartirán entre los pequeños que esperan ilusionados e impacientes el reparto de este desayuno de esperanza.



Los equipos de Intervida atienden las necesidades asistenciales más básicas de la población, administran complementos vitamínicos, forman a las madres sobre las necesidades nutricionales de los niños, establecen programas formativos para difundir actividades saludables y hábitos de higiene personal, ponen en funcionamiento centros de educación primaria y centros de formación educacional para jóvenes sin recursos, realizan programas de formación complementaria, entre los que se incluye el mantenimiento de invernaderos y el manejo de horticultura en invernaderos. Así, hasta un total de 200 actividades.

Los habitantes de las zonas en las que Intervida actúa son conscientes de que están participando de algo propio, de su desarrollo futuro. Además de los aspectos más

tangibles, como puede ser la atención sanitaria, la mejora de las carreteras, la construcción de la escuela o una planta potabilizadora, aprenden a hacerlo, a mantenerlo y a mejorarlo para su futuro. Intervida les está ofreciendo un bien que no pueden cuantificar y cada paso que dan es una ventaja que obtienen.

Para Xavi Crespo, director de relaciones externas de Intervida, lo más difícil es tomar la decisión sobre el lugar en el que van a actuar. Analizan y estudian todas las alternativas para poder establecerse en una zona en la que haya una población importante, donde existan unas posibilidades de comunicación que permitan que el equipo humano pase la mayor parte del

El planteamiento de desarrollo integral con el que trabaja Intervida permite hacerlo en todas las áreas de forma simultánea para que se vacune a los niños y se lleven a cabo campañas de educación para la salud, que transmitan la necesidad de lavarse habitualmente las manos para no crear focos de infección, de llevar una dieta equilibrada...

tiempo trabajando y no desplazándose. El objetivo es poder montar una infraestructura adecuada y crear centros de trabajo equidistantes de varios puntos, de forma que se puedan rentabilizar y optimizar los recursos al máximo. Éste es también el espíritu que mantienen en las colaboraciones con otras organizaciones que estén actuando en el país: que la coordinación y la colaboración que se establezcan tengan como objetivo básico llegar al mayor número de personas posibles.

» Una salvación llamada padrino

El sistema de captación de fondos más utilizado por Intervida es el de los apadrinamientos de los niños. Cada padrino entrega 0,80 euros al día por cada niño apadrinado, lo que le permite a Intervida planificar su trabajo a largo plazo. El padrino recibe a cambio transparencia en la gestión de sus donativos y, para mayor confianza y seguridad, la Fundación ofrece la posibilidad de visitar las zonas de proyecto, conocer al niño apadrinado y a su familia, así como el trabajo de nuestros equipos y el grado de satisfacción de los beneficiarios.

Un total de 260.000 familias españolas han optado por este sistema de solidaridad y colaboración con los más necesitados, con quienes, además, pueden establecer canales de comunicación y conocimiento mutuo a través del encuentro entre culturas o mediante las decenas de miles de cartas que se cruzan y los informes de actividades que envían los equipos de campo a los padrinos.

Sin embargo, el dinero no se hace llegar directamente al niño sino que se invierte en toda la comunidad, de

forma que todos se benefician del sistema. Intervida realiza un seguimiento de los niños (informando a los padrinos de la evolución de los mismos) durante su etapa escolar. Por eso, cuando abandonan la escuela, a los 14 años, se comunica esta situación a los padrinos y la posibilidad de acoger a otro niño.

Sin embargo, como reconoce Xavi Crespo, el beneficio que el niño apadrinado ha obtenido perdurará para siempre: si se queda en la misma comunidad seguirá beneficiándose del programa que Intervida ha desarrollado allí y trabajará en un campo con un sistema de regadío adecuado, acudirá a un taller de formación... Si emigra a otra zona llevará consigo todo lo aprendido gracias a la solidaridad del padrino y al trabajo de Intervida.

» Otras actuaciones

Intervida atiende también situaciones de emergencia y alerta máxima ante catástrofes naturales o conflictos bélicos. En estas situaciones se desplaza un equipo de trabajo desde la zona más cercana. Así ocurrió cuando se produjo el terremoto de El Salvador en el año 2001, aunque posteriormente se constató la necesidad de llevar a cabo en esta zona un proyecto específico.

En el caso de que la Fundación no tenga equipos propios en la zona afectada, pone en marcha las campañas de

captación de fondos que considera más oportunas, que se derivan a otra organización para que las distribuya debidamente.

Y tampoco olvidan el cuarto mundo. Aunque, según confirma Xavi Crespo, sus técnicos están especializados en el tercer mundo, colaboran y prestan el apoyo necesario a las organizaciones que trabajan en el cuarto mundo colaborando en campañas de sensibilización o prestando el apoyo que se considere necesario.



» Las cuentas, claras

La entrega de donativos y las captaciones de fondos provoca en muchos ciudadanos una pregunta que inquieta, y en ocasiones reprime estas colaboraciones: ¿adónde va realmente el dinero? En la Fundación

Intervida la transparencia y la calidad en la gestión es uno de

sus principios de trabajo. De esta forma, cada año auditores externos españoles revisan las cuentas de Intervida en España y en los centros de trabajo de los distintos países, además de las auditorías internas que realiza periódicamente la organización. Y este sistema de trabajo ha tenido su reconocimiento y traducción en la concesión del Certificado ISO 9001:2000, convirtiéndose en la única ONG de Europa que obtiene

este certificado que supone una garantía de calidad. Además, ha sido reconocida con el estatus consultivo especial en el Consejo Económico y Social de Naciones Unidas (ECOSOC). De esta manera se convierte en interlocutor no gubernamental de la ONU, con la posibilidad de participar directamente en las conferencias internacionales y especiales de todas las agencias y organizaciones del ECOSOC.

Siete claves para el desarrollo

Equipos propios de trabajo en cada una de las áreas de proyecto, lo que permite fijar los máximos niveles de éxito en la calidad de trabajo en toda la organización.

Proyectos a largo plazo, con una permanencia de 20 a 30 años para cada una de las zonas, entendiendo que sólo así es posible solucionar eficazmente problemas que se han estado generando durante cientos de años.

Ámbito de trabajo multisectorial, es decir, con aplicación simultánea de actividades y programas en salud, educación, saneamiento ambiental, producción, seguridad alimentaria, capacitación y formación profesional, organización comunitaria, etc., lo que provoca que las acciones de cada sector potencien el éxito de los restantes, obteniéndose así un efecto multiplicador en los resultados.

Con criterios de autosostenibilidad que conciben todos los programas de actuación con el objetivo de evitar que la

población local tenga una permanente dependencia de la ayuda exterior. Para ello, se les proporciona toda la capacitación necesaria para que puedan participar en todo el proceso de puesta en marcha de la actividad o ejecución de la obra, a las que contribuyen con la aportación de su trabajo.

Absoluto respeto a la cultura local, por lo que los equipos están constituidos, casi en su totalidad, por personal de la propia zona o región donde se encuentra el área del proyecto.

Seguimiento permanente de los avances obtenidos en cada una de las acciones de ayuda y cooperación y del establecimiento de medidas potenciadoras cuando se precisen.

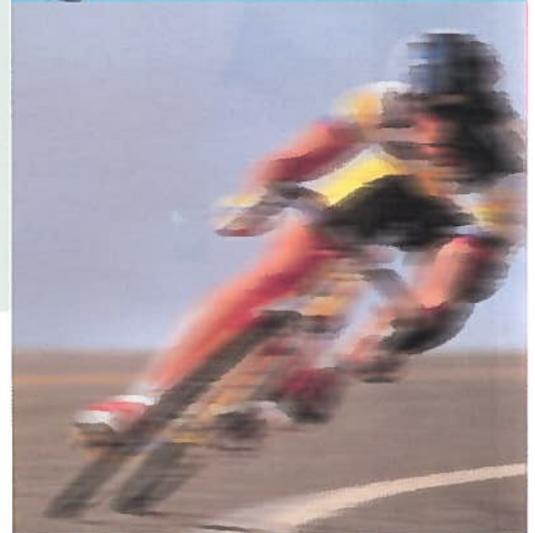
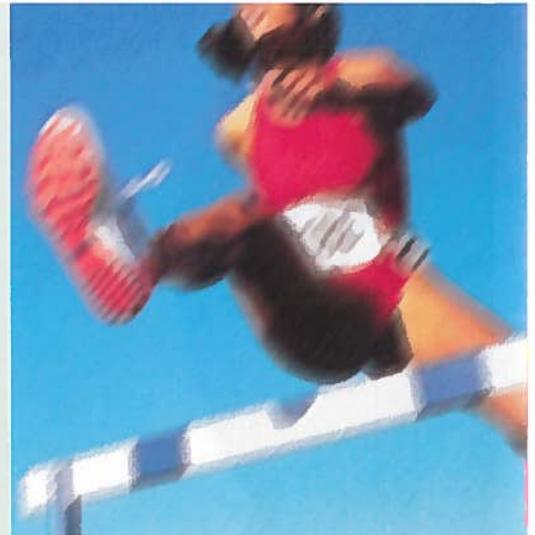
Mantenimiento de un altísimo nivel de autoexigencia en su trabajo, por el grado de responsabilidad que implica el hecho de que de su nivel de eficiencia dependan vidas humanas.



Medicina aplicada

El deporte de élite en España tiene como punto de referencia al Consejo Superior de Deportes, un organismo que da cobertura a las necesidades de las distintas federaciones deportivas. Dentro de este servicio se incluye la atención a la salud y el estado de forma de los mejores deportistas de nuestro país, lo que se lleva a cabo en los centros de alto rendimiento.

TEXTO Javier Villoslada



al deporte de alta competición (II)



El Centro de Alto Rendimiento del CSD

AL FRENTE de la Subdirección General del Centro de Alto Rendimiento y de Investigación en Ciencias del Deporte (CARICD), dependiente del Consejo Superior de Deportes (CSD), figura doña Cecilia Rodríguez Bueno, quien explica a *Nosocomio* la estructura de esta subdirección, de la que dependen dos unidades: el Laboratorio de Control de Dopaje y el Centro de Medicina del Deporte. Además de este edificio, situado en Madrid, hay otros dos centros de alto rendimiento en el territorio nacional: el de San Cugat en Barcelona y el de Sierra Nevada en Granada, para entrenamientos en altura.

El CARICD ha ido progresando con el tiempo. El empujón definitivo para este centro (y para todo el deporte de alta competición en España) fueron los Juegos Olímpicos de Barcelona en 1992. Con las miras puestas en esta competición, en 1988 se diseñó el Plan ADO, que puso en marcha un programa de becas para su aprovechamiento por parte de los deportistas de élite.

La dirección del Centro de Medicina del Deporte del CARICD corresponde al Dr. Fernando Gutiérrez Ortega, especialista en Medicina de la Educación Física y el Deporte. El objetivo principal de esta institución es el apoyo médico-científico al deportista de alto nivel. El Dr. Gutiérrez Ortega lo desglosa en cinco apartados: valoración funcional, asistencia en salud médico-deportiva, docencia (formación de becarios de postgrado), investigación y apoyo externo a federaciones deportivas en competiciones tuteladas por el CSD: "sobre todo a partir de 1992 (JJ.OO. de Barcelona), además de la tarea de valoración funcional del deportista, se empezó a asumir una tarea asistencial: damos cobertura médica de asistencia

primaria a todo deportista que entrena aquí, así como a las solicitudes que hacen los distintos servicios médicos de las federaciones".

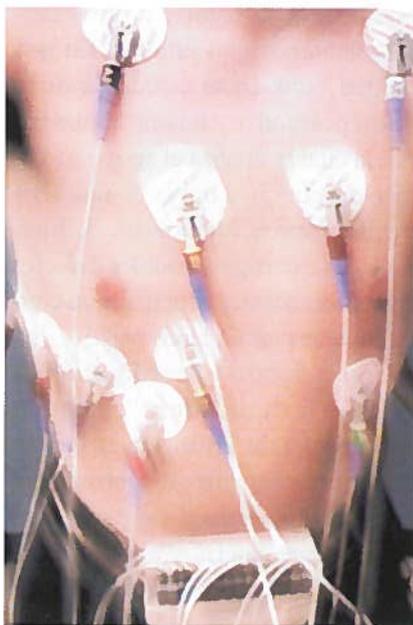
» Ocho unidades funcionales

El Centro de Medicina de Deporte del CARICD está estructurado en ocho unidades funcionales: laboratorio clínico; servicio de antropometría; servicio de cardiología; aparato locomotor; fisiología del esfuerzo; readaptación física; radiodiagnóstico y medicina; endocrinología y nutrición. Además, existen otras dos unidades adscritas al centro como otras ciencias aplicadas al deporte: son las unidades de biomecánica y psicología.

La plantilla de profesionales que se encarga del funcionamiento de estas unidades está compuesta fundamentalmente por médicos especialistas en medicina del deporte. También hay un especialista

La plantilla de profesionales que se encarga del funcionamiento de estas unidades está compuesta fundamentalmente por médicos especialistas en medicina del deporte





Con la acción y coordinación de estas ocho unidades, "cualquier deportista que entra en el centro sale perfectamente diagnosticado, bien con los recursos propios o con los recursos externos", sentencia el Dr. Gutiérrez Ortega

en cardiología, una especialista en endocrino-nutrición y un biólogo especialista en bioquímica clínica, que junto a los ATS, fisioterapeutas, técnicos y dos Auxiliares de Enfermería (uno en antropometría y otro en la unidad de fisiología del esfuerzo) componen en la actualidad el personal de este centro.

En el laboratorio se realizan analíticas, se obtienen parámetros con los que se descarta cualquier problema y se observa la repercusión del entrenamiento sobre el estado de salud del deportista. En la siguiente unidad, el servicio de antropometría, el trabajo consiste en cuantificar tres valores:

- *Composición corporal:* se determinan componentes. Los más importantes son el componente graso y el componente muscular.
- *Somato tipo:* determina si el físico del deportista se ajusta a las características necesarias para el deporte elegido.
- *Proporcionalidad:* se estudian los distintos segmentos corporales, para ver si están proporcionalmente diseñados para el deporte.

En cuanto al servicio de cardiología, su acción resulta clave para descartar las dolencias relacionadas con el corazón. Por un lado, se realiza la valoración cardiológica del deportista (se analiza cómo su sistema cardiovascular se adapta al entrenamiento mediante ecografías, cardiografías...), y por otro se procede a la detección de patologías cardiovasculares (si es grave, contraindica la práctica deportiva, y si es de menor intensidad permite competir, aunque siempre con un control evolutivo periódico para ver si se agudiza o remite).

El estudio del balance morfoestático del individuo se efectúa en el servicio del aparato locomotor, donde se aprecia si existe alguna alteración en la constitución corporal que pueda afectar al rendimiento del deportista.

En esta sección también se tratan lesiones deportivas, siempre que sean leves y no necesiten intervención quirúrgica u hospitalización (es el caso de las fracturas complejas); en este segundo supuesto, existen acuerdos con centros concertados para asistir al deportista.

Las funciones de otra de las unidades, el servicio de medicina, endocrinología y nutrición son: valorar el estado de salud del deportista y realizar un estudio nutricional de los hábitos alimenticios.

En el servicio de readaptación física se valora la fuerza muscular isocinética, y se procede asimismo a la rehabilitación de las lesiones, para lo cual los fisioterapeutas del centro cuentan con aparatos de electroterapia.

El servicio de fisiología del esfuerzo es uno de los más importantes del centro. Su misión es plasmar en valores cuantificables el estado de forma del deportista y su adaptación al entrenamiento en momentos puntuales de la temporada. También permite detectar descensos en el rendimiento y descartar patologías cardiovasculares que sólo aparecen en el sobreesfuerzo. Para ello se realizan pruebas de esfuerzo que simulan las condiciones reales de una competición.

Finalmente, en el servicio de diagnóstico por imagen se realizan pruebas complementarias, fundamentalmente de radiología convencional. Para otras exploraciones más complejas, como por ejemplo las resonancias magnéticas, por su elevado coste y su mínima solicitud en

este centro, se recurre a otros centros sanitarios concertados. En esta unidad también se estudia la dinámica postural o dinámica plantar, por la cual se analiza el apoyo mecánico del cuerpo a través de una serie de plataformas (dinámicas, de fuerza...) y se corrigen posibles defectos en la biomecánica articular que conllevan a lesiones a largo plazo.

Con la acción y coordinación de estas ocho unidades, "cualquier deportista que entra en el centro sale perfectamente diagnosticado, bien con los recursos propios o con los recursos externos", sentencia el Dr. Gutiérrez Ortega. Todos los equipos técnicos del Centro de Medicina del Deporte están a la altura del nivel de los deportistas que pasan por sus instalaciones: "aquí tenemos prácticamente lo último de lo último, somos centro de referencia a escala internacional, uno de los mejores sin ninguna duda".

El único inconveniente aparece con el hecho de no contar con financiación privada, como ocurre en los centros médicos fuera de la red pública. En este centro del CARICD los fondos son públicos, por lo que la inversión no se realiza si

el aparato al que se va a sustituir todavía cumple con su función adaptada a las necesidades del deportista. No obstante, en la actualidad los equipos están renovados desde hace no más de dos años.

» Un reconocimiento médico en el CARICD

La dinámica que sigue a todo reconocimiento médico al que se somete el deportista que acude por primera vez al centro de medicina del CARICD es la siguiente: en primer lugar, se le cita a las 9:00 en ayunas para realizarle una analítica (sangre y orina). Después se pasa a una antropometría completa, donde se realizan casi 60 mediciones para obtener parámetros antropométricos, con los que se averigua el índice de masa corporal y el porcentaje de grasa/músculo, entre otros. En el apartado cardiológico se hace un estudio electrocardiográfico basal, una ecocardiografía, una espirometría basal y una prueba de esfuerzo.

Capítulo aparte merece esta prueba de esfuerzo. "Es máxima, con analizador de gases y doce derivaciones electrocardiográficas, en la



cual el individuo está completamente monitorizado y seguido constantemente por un médico, un ATS y un Auxiliar de Enfermería”, explica el Dr. Gutiérrez Ortega, y añade: “además, nos sentimos orgullosos de decir que aquí se realizan pruebas de esfuerzo máximas; en otros sitios se hacen submáximas, es decir, cuando el deportista empieza a flaquear se paran; aquí se les pone al máximo de sus posibilidades, como en una competición, obteniendo lo que queremos: el consumo máximo de oxígeno, que es un parámetro importantísimo a la hora de elaborar luego un entrenamiento”.

Esta prueba de esfuerzo se complementa además con un test de campo. Consiste en una serie de pruebas protocolizadas en las condiciones más parecidas a la competición, para a continuación tomar muestras de lactato y micromuestras de sangre, de cara a reflejar cómo se adapta el metabolismo del deportista a una competición.

La siguiente escala en el reconocimiento médico corresponde al estudio del aparato locomotor. En esta fase se realiza un análisis morfoestático de la columna, se observa la

alineación de los miembros superiores e inferiores, lo cual revela si existe alguna alteración sobre los ejes que pueda causar una lesión por sobreentrenamiento o por mala alineación. También se practica una radiografía de columna vertebral más una lateral de columna lumbar. Si el médico que practica esta exploración del aparato locomotor tiene alguna duda, se realiza una ecografía complementaria que descarte patologías en partes blandas (músculos, tendones, ligamentos...). Además, todo deportista que acude por primera vez a este centro médico hace una relación a los servicios médicos del CARCID sobre las lesiones que ha padecido o padece en la actualidad.

Finalmente, en el servicio de medicina, endocrinología y nutrición se hace una historia clínica completa, de salud y deportiva. Para esta segunda se recaban datos del paciente, como el tiempo que lleva con la práctica deportiva, cuántas veces entrena a la semana, número de horas que dedica a ese entrenamiento, cuáles son sus marcas, su máximo rendimiento...

Con todos estos estudios y mediciones, se obtiene un reconocimiento médico-deportivo completo. En un día pasan por el Centro de Medicina del CARICD unos seis pacientes. A ellos hay que sumar luego las solicitudes puntuales para un servicio determinado y la labor de asistencia primaria (a los deportistas de la Residencia Blume, adscrita al centro médico). Lo habitual es que un deportista pase dos reconocimientos al año en este centro.

También como norma general, el mes de septiembre, después de las vacaciones y con el inminente arranque de las temporadas deportivas, es cuando el volumen de trabajo resulta mayor. El calendario de competiciones también marca el trabajo de

este centro médico. Así, el periodo de máxima actividad llega cada cuatro años, con los Juegos Olímpicos, cuando en un espacio corto de tiempo acude a consulta en este centro la élite del deporte español.

» Alcanzando el límite

La visión del mundo del deporte que puede formarse dentro de un estamento tan relevante como es el Centro de Medicina del Deporte del CARICD es privilegiada. Se ven los progresos y se plantean retos, pero también se vislumbran los riesgos que puede conllevar una práctica de deporte sin control y llevada al límite.

En la actualidad, la profesionalización alcanzada y las cantidades de dinero que se mueven en las competiciones deportivas aumentan al máximo los niveles de exigencia de los deportistas. Se ha traspasado el punto de no retorno y se desconoce dónde se podrá llegar. “Estamos alcanzando el límite del cuerpo humano; cada vez se están aprendiendo técnicas nuevas que mejoran algunas facetas físicas que no conocíamos antes”, advierte el Dr. Gutiérrez Ortega.

De hecho, el deporte de alta competición comienza a ir más allá de sus posibilidades. “El entorno, la sociedad, está obligando al deportista a que llegue a su límite. Probablemente se verán secuelas. Ahora se entrena mucho, con buenos medios de apoyo, pero no sabemos lo que va a pasar dentro de veinte años.” Queda por tanto en el aire si el organismo de los deportistas será capaz de adaptarse a estos niveles de exigencia o, por el contrario, sucumbirá a los sobreesfuerzos y en pocos años serán públicas las nefastas consecuencias. La respuesta, dentro de dos decenios.

El periodo de máxima actividad llega cada cuatro años, con los Juegos Olímpicos, cuando en un espacio corto de tiempo acude a consulta en este centro la élite del deporte español

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.

Bioética y cáncer

ANA DURÁN GUINALDO

Auxiliar de Enfermería, Hospital Universitario Arnau
de Vilanova de LLeida

La bioética cuenta con unos principios que nos informan, que nos dan las bases para la reflexión y actúan como punto de referencia a la hora de llevar a cabo nuestra actividad profesional, en especial a la hora de tomar decisiones que generan un conflicto de valores.

Históricamente, la bioética surgió de la propia ética médica, derivada de la relación paciente-médico, que tiene sus orígenes en la época hipocrática materializándose en el conocido juramento hipocrático.

El término "bioética" fue utilizado por primera vez por Potter en 1971, definiendo dicho concepto como "el conocimiento de cómo usar el conocimiento". Conceptualizando la palabra conocimiento en su última acepción como "conciencia", se podría decir que la Bioética es el conocimiento de cómo usar nuestra conciencia en la aplicación del conocimiento.

Desde el punto de vista etimológico, "bioética" es un término compuesto de dos palabras que provienen del griego *bios* (vida) y *ethos* (ética). Se define como el

estudio de la conducta humana en el campo de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, en cuanto que esta conducta es examinada a la luz de los valores y principios morales.

La bioética está íntimamente relacionada con los derechos humanos: nace a raíz del conocimiento por la Comunidad Internacional de las atrocidades cometidas en la Segunda Guerra Mundial en los campos de concentración nazis, en los que no sólo se comprometía la vida de las personas allí confinadas, sino además se investigaba con sus cuerpos de forma deshumanizada. Esta situación concluyó con la elaboración de unas reglas internacionales, que constituyen el primer código ético contemporáneo, llamado Código de Nuremberg de 1947.

Sin embargo, no fue hasta principios de los años setenta

cuando se aprueba en Estados Unidos por primera vez un documento, "Carta de los Derechos de los Enfermos", que hace referencia a aspectos subjetivos de los pacientes, nunca cuestionados antes.

El profesor Gafo define en su libro *Ética y legislación en enfermería* cuatro razones básicas, como la ética médica, moral y salud o deontología sanitaria.

Si la bioética es la reflexión ética sobre la vida, ésta es sin duda la ética que deberá ilustrar el comportamiento de los profesionales de la salud en todas aquellas cuestiones en las que puede verse comprometida la vida de las personas no sólo desde el punto biológico, sino en aspectos subjetivos que conforman la voluntad de los propios individuos respecto a su salud.

La bioética cuenta con unos principios que nos informan,

que nos dan las bases para la reflexión y actúan como punto de referencia a la hora de llevar a cabo nuestra actividad profesional, en especial a la hora de tomar decisiones que generan un conflicto de valores.

LOS PRINCIPIOS DE LA BIOÉTICA

Surgen a raíz de la elaboración del Informe Belmont (1978) que elaboró la Comisión Nacional para la Protección de Personas Objeto de Experimentación Biomédica, con el objeto de proteger a las personas que podían ser sometidas a experimentación o investigación.

Estos principios son:

1. *Principio de beneficencia*, por el que se protege a las personas y se les procura siempre el bien.
2. *Principio de autonomía*, con derecho a protección aquellos que tienen mermada su autonomía.
3. *Principio de justicia*, éste está basado en la necesidad de una justa distribución de los bienes sociales.

TEMAS OBJETO DE ESTUDIO PARA LA BIOÉTICA

Hasta el momento la bioética se ha relacionado con:

- El consentimiento informado.
- La asignación de recursos sanitarios.
- La salud pública y la epidemiología.

- Los medicamentos y los trasplantes.
- La genética y la reproducción asistida.
- El aborto.
- La eutanasia.
- El SIDA.
- Las drogas.
- La psiquiatría.
- La experimentación biomédica.
- La ecología.
- El paciente terminal.

BIOÉTICA Y PACIENTE ONCOLÓGICO

El derecho a la información

La Ley General de Sanidad nace en 1986, dando cumplimiento a lo establecido en la Constitución, y regula el tipo de sistema sanitario que regirá en nuestro país. Dice textualmente:

“Todos tienen los siguientes derechos con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias: A que se le dé en términos comprensibles, a él y sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento.”

(Artículo 10.5 de la LGS –Ley General de Sanidad–)

El código deontológico de enfermería

Expresa la obligación de la enfermería a dar información a los pacientes, viene recogido en su artículo 10, y dice:

“Es responsabilidad de la enfermera mantener informado al enfermo, tanto

en el ejercicio libre de su profesión como cuanto ésta se ejerce en las instituciones sanitarias, empleando un lenguaje claro y adecuado a la capacidad de comprensión del mismo.”

No obstante, en el caso concreto de los pacientes oncológicos esto supone un verdadero dilema, al que se tienen que enfrentar estos profesionales por varias razones.

En primer lugar, las connotaciones socialmente negativas que tiene el cáncer como enfermedad, a diferencia de otras, debido a la situación de desconocimiento de las causas que producen la degeneración de las células y su posterior malignización.

En segundo lugar, la dificultad que supone para el profesional médico dar información al paciente cuyo diagnóstico es fatal. ¿Cómo le vamos a dar al paciente información sobre un diagnóstico que se presume fatal y del que no conocemos el tratamiento que asegure su curación? El médico está para salvar vidas, lo contrario supone frustración profesional.

En tercer lugar, la posición de la familia. Puesto que nuestra sociedad se estructura fundamentalmente en una base familiar, la familia se convierte en el nexo de unión entre el familiar enfermo y los profesionales sanitarios, llegando a ser los primeros, y los únicos, en conocer el diagnóstico y el tratamiento.

En líneas generales, podemos decir que cada profesional dará la información que le corresponda según su ámbito de responsabilidad y actuación ante el paciente (recogidos en los códigos deontológicos de enfermería).

Es necesario que los profesionales que desarrollan su actividad profesional en unidades de oncología sean especialmente formados en aspectos como la ética de la comunicación, a la vez que tengan asesoramiento y soporte psicológico que les dieran un soporte puntual y continuo.

BIOÉTICA Y PACIENTE TERMINAL

Se estudia la relación del paciente terminal y la bioética por varias cuestiones: en primer lugar por el tipo de atención que requieren estos pacientes desde el punto de vista psico-afectivo; en segundo lugar por el tipo de tratamiento que se les brinda, que en ocasiones se convierte en una auténtica lucha entre la técnica y la terapéutica y el desarrollo normal de la enfermedad, apareciendo el llamado "encarnizamiento terapéutico", en contraposición a una muerte digna; y en tercer lugar la eutanasia, tema en el que no vamos a entrar ya que requiere un curso monográfico.

El paciente terminal

Se dice que un paciente se encuentra en estado terminal cuando:

- Sufre una enfermedad incurable.
- Progresiva.
- Con aparición intensa, rápida y frecuente de problemas multifactoriales.
- Sin tratamiento curativo.
- Se prevé un plazo de tiempo de vida no superior de tres a seis meses.

Dos son las cuestiones que nos deberían preocupar: Por un lado el "dolor", por otro, el aspecto psico-emocional.

Es por ello que ante la conciencia de lo que requiere el paciente terminal y la incoherencia de que sea tratado en grandes y despersonalizados centros hospitalarios, aparezcan las unidades de cuidados paliativos, que cumplen con la función de cubrir los aspectos psico-emocionales y de mitigar el dolor y el sufrimiento, dando prioridad a cuidar para dar confortabilidad, sosiego, serenidad y tranquilidad al paciente.

Aspectos psico-emocionales del paciente terminal

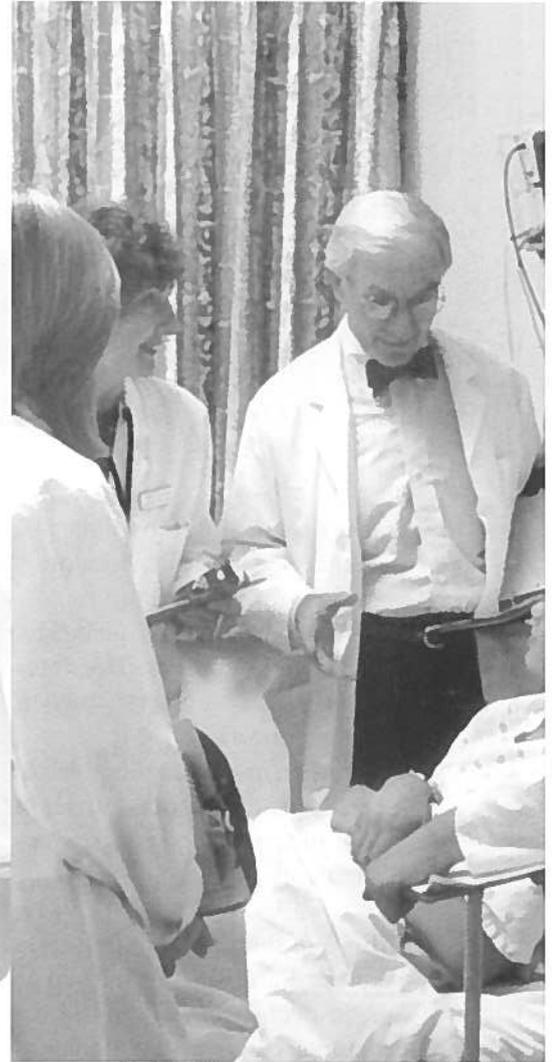
La doctora Kubler-Ross define cinco fases:

1. *Negación.* El paciente niega la realidad.
2. *De ira.* El paciente se muestra agresivo.
3. *Negociación.* Reconoce el poco tiempo que le queda y pacta y pide tiempo para ciertas cuestiones.
4. *Depresión.* El paciente pierde interés por el mundo que le rodea.
5. *Aceptación.* Es la fase final del proceso, en ella el paciente acepta irremediamente y asume su situación.

CRITERIOS PARA UNA MUERTE DIGNA

Enumeraremos los criterios y derechos que se han de respetar:

- Derecho a saber que va a morir.
- Derecho a rehusar un tratamiento.



- Derecho a expresar su propia fe.
- Derecho a mantener la conciencia lo más cerca posible de la frontera de la muerte evitando el dolor.

Junto a estos derechos deberán tenerse en cuenta las condiciones que señala D J. Roy para morir con dignidad:

1. Morir sin el estrépito frenético de una tecnología.
2. Morir sin dolores atroces.
3. Morir en un entorno digno del ser humano.
4. Morir manteniendo con las personas cercanas contactos humanos y enriquecedores.
5. Morir como un acto consciente.



6. Morir con los ojos abiertos, dando la cara valientemente y aceptando lo que llega.
7. Morir con un espíritu abierto, aceptando que interrogantes que la vida ha abierto queden sin respuesta.
8. Morir con el corazón abierto, es decir, con la preocupación del bienestar de los que quedan con vida.

En este sentido, en buscar esta serenidad ambiental, tanto en lo que respecta al entorno de las estructuras como de las personas que rodean al paciente terminal, deben ir encaminadas las acciones de los profesionales de la salud, cuando se trate de prestar cuidados a un paciente que se encuentra en la fase final de su vida.

CASO PRÁCTICO SOBRE UN DILEMA ÉTICO PRESENTADO EN EL ÁMBITO ASISTENCIAL

Dilema

Patricia, enfermera, y María, auxiliar de enfermería, trabajaban en urgencias de un pequeño hospital al que llegó un paciente de menos de 50 años que venía a urgencias a morir. Le acompañaba su familia con un informe médico en el que se explicaba que el paciente tenía un cáncer con metástasis cerebrales, se trataba de un paciente terminal.

Los médicos valoraron la situación aguda que presentaba y aplicaron el protocolo a la misma, ordenaron: vía para aplicar sueroterapia, gasometría, mascarilla de oxígeno y radiografías.

Patricia y María sufrían porque veían el estado del paciente que agonizaba y debían realizarle una serie de técnicas que le causaban dolor sin ningún objetivo. Estaba en una camilla, el paciente se retiraba continuamente la mascarilla de oxígeno y la auxiliar de enfermería se la volvía a colocar, pero en los últimos instantes, viendo el sufrimiento, Patricia y María dejaron de insistir y permitieron que éste se la retirara. Poco después el paciente murió, pero a la enfermera y auxiliar les quedó un interrogante y así lo expresaron: ¿es digna esta forma de morir?

Preguntas de reflexión

1. ¿Tienen la enfermera y la auxiliar la obligación de obedecer siempre las órdenes del médico?
2. ¿Cómo hubierais actuado en este caso?
3. ¿Creéis que el equipo sanitario estaría de acuerdo?

BIBLIOGRAFÍA

- AA.VV.:** *Materiales de bioética y derecho*, edición María Casado. Cedecs Textos Abiertos, Barcelona, 1996.
- AA.VV.:** *Cuadernos de bioética V*, nº 19, 3ª edición, Grupo de Investigación Bioética de Galicia, 1996.
- Arroyo, M.P.:** *Ética y legislación en enfermería*, McGraw-Hill Interamericana 1ª edición, Madrid, 1996.
- Gafo, J.:** *Ética y legislación en enfermería*, Universitas, Madrid, 1994.
- Gracia, D.:** *Fundamentos de bioética*, Eudema, Madrid, 1989.
- Kubler-Ross:** *Sobre la muerte y los moribundos*, 3ª edición, Grijalbo, Barcelona, 1993.
Ley 14/1986 de 25 de abril General de Sanidad.
- Nuland Sherwin:** *Cómo morimos*, Alianza Editorial, Madrid 1995.
- Valls Molins, R.:** *Ética para enfermería*, Ediciones Rol, Barcelona, 1996.

Papel del Auxiliar de Enfermería ante pacientes con distintos niveles de dependencia

NURIA GONZÁLEZ CATALÁN
MANUELA FLORES BLANCO
ROCÍO GARCÍA GUTIÉRREZ
ALFONSO GUTIÉRREZ RUIZ

Hospital Duque del Infantado de Sevilla

La labor que el Auxiliar de Enfermería realiza con pacientes que demandan una ayuda parcial o total de nosotros consiste en conseguir que los niveles de dependencia que el paciente presenta disminuyan en la medida de lo posible.

VALORACIÓN DEL ESTADO DEL PACIENTE

Hemos tenido en cuenta los siguientes puntos:

- El estado físico:
 - Grado de debilidad o limitaciones funcionales físicas.
 - Si presenta dolor.
 - Alteraciones sociales del comportamiento (ansiedad, nerviosismo, agresividad).
 - Grado de dependencia o déficit de auto cuidados.
- El estado mental:
 - Nivel de conciencia.
 - Nivel de orientación.
 - Nivel de ansiedad, temor.

- Información adicional del paciente obtenida de familiares y amigos.

ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS

El siguiente paso es establecer objetivos a corto y largo plazo previa valoración del paciente. Para cumplir estos objetivos es necesaria la colaboración del paciente y de su familia.

Los objetivos deben ser factibles, reales, procurando que resulten sencillos al paciente, para estimularlo, siendo más práctico comenzar por plantear un objetivo a corto plazo. Por ejemplo:

que un paciente con AVC-hemiplejía derecha consiga deambular con ayuda de un bastón o muleta. El auto cuidado, comer solo, ayudar en sus propios cuidados, etc.

FACTORES ALTERADOS EN UN PACIENTE DEPENDIENTE

Riesgo de accidentes

Según un informe de MOORAT (1983), los pacientes de mayor edad son particularmente propensos a padecer en el medio hospitalario.

Un alto porcentaje de pacientes ingresados, sobre todo si tienen edad avanzada, sufren una fase de desorientación debido al periodo de adaptación al cambio del entorno, a lo que se añaden limitaciones físicas, propias de la edad, que pueden provocar una serie de accidentes, los cuales hay que tratar de evitar por parte de enfermería, para lo cual habrá que:

- Facilitar unas medidas de protección que eviten una caída o cualquier tipo de auto-lesión, por ejemplo, barandillas.
- Acompañar al paciente en determinadas actividades, tales como levantarse, acostarse o desplazarse hacia cualquier punto de la habitación. Por ejemplo, ir al servicio.
- Enseñar a la familia y al paciente, dentro de las posibilidades que tengan, para evitar el riesgo de caída.

Cambio de estatus, dependencia/independencia

El personal de enfermería colabora en el refuerzo de la independencia de un paciente,

o bien en adquirir de nuevo el nivel de independencia que anteriormente disfrutaba.

Son varias las razones que llevan a este tipo de situación, destacando entre otras:

- *Problemas físicos:* existen pacientes que, debido a la patología causante del ingreso, pierden su independencia, total o parcialmente. Esta pérdida puede ser temporal o permanente. Por ejemplo: fractura, AVC o pérdida de la sensibilidad. Ante esta situación, necesitan ayuda del personal de enfermería en lo referente a movilización, incluso en la higiene y/o alimentación.
- *Problemas perceptivos:* del mismo modo, existen personas que por una alteración determinada en el ámbito central van a requerir mayor grado de dependencia por parte del personal de enfermería.

Problemas asociados al estado nutricional

- Cambios de entorno y rutina.
- Cambios en los hábitos alimenticios.
- Cambios de horario.

- Cambios de estatus dependiente/independiente.
- Molestias asociadas a la ingesta.
- Signos diversos (vómitos, náuseas).
- Estado de boca y dientes.
- Situación emocional (seres, ansiedad).

Existen determinadas ocasiones en las que el paciente necesita la implantación de una sonda naso-gástrica para ser alimentado a través de ella.

Cambios en la forma de alimentación

La sonda naso-gástrica (SNG) se instaura ante determinadas circunstancias:

- Estado de conciencia.
- Dificultad para la deglución.
- Negación por parte del paciente a la ingesta.

La actividad del personal de enfermería sería comprobar que la ingesta ha sido la adecuada: tipo de dieta (si coincide con la pauta), anotar ingesta y dar de comer si fuese necesario, además de insistir en la colaboración paciente/familia.

Incontinencias urinarias y/o fecales

Factores influyentes:

- *Físicos:* funcionamiento deficiente del sistema urinario y defecatorio. Alteración de la movilidad.
- *Psicológicos:* concepto de pudor, intimidación. Alteración emocional que provoca retenciones.
- *Ambientales:* ingreso hospitalario, que lleva a unas instalaciones inadecuadas y/o deficitarias y a un ambiente no familiar.



La actividad a realizar por el personal de enfermería consistiría en cuidados de la incontinencia (higiene y cuidado perineal, cambio de pañal), facilitar cuña/botella, preservando su intimidad.

Dependencia/ semidependencia en la realización de la higiene

Muchos pacientes, por diversas causas físicas, psicológicas o de otro tipo (prescripción facultativa), no son capaces por sí solos de realizar las tareas de una higiene adecuada.

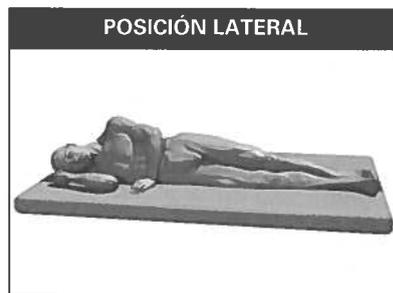
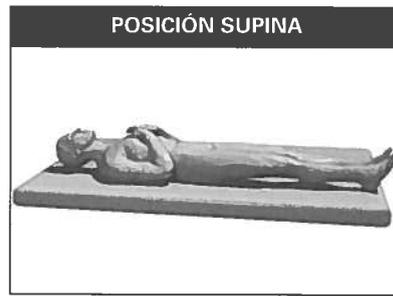
Para completarla está el personal de enfermería, que ayudará en todo lo necesario, informando previamente a familiares y paciente.

En la realización del aseo habrá que considerar la calidad del paciente así como su grado de dependencia, valorando el estado de la piel (color, textura, etc.), estado de manos y uñas, del pelo, genitales, boca, etc., siempre preservando su intimidad. Si el grado de dependencia del paciente lo permite, se le dará la oportunidad de colaborar en su aseo personal.

Movilización

En pacientes con limitaciones en la movilidad, es fundamental la realización de diversos cambios posturales para favorecer el confort del paciente así como evitar la aparición de lesiones en la piel.

Los más utilizados son: decúbito lateral izquierdo (DLI), decúbito lateral derecho (DLD), decúbito prono, decúbito supino (DS) y posición sentada.



Sueño

Mediante los cambios posturales y medidas de apoyo (almohadas, cojines), se procurará que el paciente se encuentre cómodo para llevarle así a un descanso óptimo.

Los factores causantes de la alteración del sueño, entre otros, serían:

- Cambio del medio ambiente y la rutina (luz, temperatura, ropa de la cama).
- Diferentes problemas que interfieren en la producción y desarrollo del sueño (dolor, ansiedad).

- Conciencia alterada.
- Cambio de estatus dependencia/independencia.

Existen medios adecuados a nuestro alcance para paliarlos:

- Cambios posturales/masaje de relajación.
- Crear un ambiente adecuado en la habitación en lo referente a luz, temperatura, etc.
- Programar actividades respetando las horas de sueño.

Agonía y muerte

Ante esta situación hay que plantearse una serie de incógnitas: ¿Qué factores influyen en la agonía del moribundo?, ¿Qué sabe el paciente y la familia acerca del pronóstico?, ¿Qué opinan él y su familia acerca del pronóstico?, ¿Qué efecto causa la agonía en la familia y cómo le afecta a él?, ¿Qué efecto tendrá la pérdida del ser querido en la familia?

Para poder acompañar, tanto al moribundo como a su familia en estos momentos, es importante conocer dichas incógnitas, así como los problemas que el paciente puede experimentar en lo siguientes casos:

- Encontrarse en un entorno y rutina diferente, fuera de su hogar y lejos de sus pertenencias pensando que nunca volverá a él.
- El dolor en estos momentos aumenta la agonía, aunque lo hayan padecido anteriormente.
- El miedo y la ansiedad ante el dolor, la muerte, la pérdida de control y dignidad, a estar solo o sentirse rechazado.
- El dolor, angustia que padece el propio paciente al ver a sus familiares sufrir por él.

TÉCNICAS DE MOVILIZACIÓN

Traslado de pacientes con ayuda parcial/total

Para hacer un traslado correctamente, hay que tener en cuenta varios puntos, por ejemplo:

- Saber utilizar los dispositivos mecánicos de que se dispone (grúa).
- Cuándo usar un determinado tipo de dichos dispositivos.

- Cómo enseñar al paciente a realizar técnicas de traslado sentado o de pie.

Traslado cama-camilla y viceversa

Antes de realizarlo, se informará al paciente del procedimiento que se va a realizar, aunque esté inconsciente.

Nos aseguraremos que el paciente está en decúbito supino y bien alineado; mediante la sábana entremetida lo trasladaremos de la cama a la camilla y al contrario; para ello colocaremos la camilla en el lado más accesible de la cama, de forma que las cabeceras de ambas coincidan, comprobando además que las dos estén frenadas. Se bajarán las barandillas laterales si las hubiese.

El personal se colocará uno al lado de la camilla más lejano a la cama y otro en el extremo opuesto de esta última. Enrollaremos la sábana hasta cerca del cuerpo del paciente, para cogerla seguidamente con la mano derecha cerca del cuello del paciente y la izquierda cerca de la cadera; si hiciese falta otra persona, se colocará a los pies de la cama-camilla sujetándole los MMII.

Traslado cama-silla de ruedas de paciente dependiente

Explicar el procedimiento del traslado al paciente y tranquilizarlo. Mantener su cuerpo bien alineado, usando la sábana entremetida para moverlo hacia el lado de la cama más próximo a la silla.

A continuación, mover la silla de ruedas hasta situarla al lado de la cama, estando ambas frenadas.

Quitar el apoya brazos cerca a la cama, de la silla y ambos apoya pies si es posible; si no, se apartarán para que no estorben.

Levante la cama por encima del asiento (o ligeramente más alta que el apoya brazos, si éste no se puede retirar).

Para facilitar los movimientos también se puede levantar la cabecera de la cama.

Cruce los brazos de la paciente sobre el tórax. Uno de los compañeros se situará detrás de la silla (la de más altura) y deslizará sus brazos por debajo de las axilas del paciente sujetándolo fuertemente por las muñecas; el otro compañero se situará frente a la cama, delante de la silla de ruedas; pondrá sus brazos por debajo de las rodillas y muslos del paciente.

Esta operación se puede hacer también sujetándole con la sábana entremetida en el ámbito de hombros y rodillas.

A una señal convenida, levantar al paciente y girarle hacia la silla de ruedas, depositándole lentamente; volver a colocar el apoya brazos y los apoya pies. Ajustar la posición del paciente si fuese necesario.

Para devolver al paciente a su cama, invertir el procedimiento.

Traslado cama-silla de ruedas de paciente semidependiente

Colocaremos la silla de ruedas lo más cerca del lateral de la cama, a sus pies y con el asiento hacia nosotros.

Sentar al paciente en el borde de la cama con las piernas colgando, dándole tiempo para recuperar el equilibrio.

Ponerle los zapatos y asegurarse de que sus pies tocan el suelo; si no es así, baje la cama de nivel si fuese posible.

Acercarnos al paciente y poner nuestras rodillas contra las de él. Agacharse ligeramente y deslizar sus brazos por debajo



de los del paciente, entrecruzando los dedos a nivel de la cintura del paciente, siempre estimulándole a colaborar.

Seguidamente, instruir al paciente para que con los miembros sanos se empuje a sí mismo hasta ponerse de pie.

Para mantenerle estable empujar nuestras rodillas contra las de él y continuar en esta posición mientras le ayudamos a ponerse de espaldas a la silla.

Deje de girar cuando la espalda del paciente se halle directamente ante la silla. Indicarle que coja el apoya brazos de la silla. El paciente deberá guiarse hasta el asiento mientras nos agachamos para descenderlo a la altura de la silla.

Movilización de pacientes con ayuda parcial/total

Destaca el estado en el que el paciente experimenta o está en riesgo de experimentar una limitación de la movilidad.

Podemos señalar tres tipos de pautas de movilización:

1. *Pasiva*: el paciente mantiene flácidos los músculos y articulaciones, necesitando una ayuda total.
2. *Activa*: esta movilización ejercita los músculos robusteciéndolos junto a las articulaciones. Necesitaría ayuda parcial.
3. *Funcional*: robustece los músculos y las articulaciones y la realiza el propio paciente.

La forma elegida para la movilización, traslado y deambulación del paciente dependerá de la capacidad de movimiento que éste presente.

Antes de realizar alguna movilización, habría que valorar al



paciente, siempre bajo las indicaciones del médico responsable y previa información al paciente/familia.

Existen dos tipos de movilizaciones:

1. La realizada a pacientes totalmente dependientes (pasiva).
2. Ayudaremos a pacientes semidependientes (activa).

La inmovilización puede presentarse por problemas físicos (traumatismos), neurológicos (AVC, etc.) y r/c patologías (IAM, An-gor, etc.).

El personal de enfermería colaborará en el refuerzo de la independencia de un paciente, en la disminución de la misma o bien en adquirir el nivel de independencia que anteriormente tenía.

Si importante es una correcta movilización, igual de fundamental es prevenir lesiones, tanto al paciente como al personal de enfermería, en dicho momento. Debemos de seguir los siguientes pasos:

1. Mantendremos la espalda erguida.
2. Nos agacharemos y utilizaremos los músculos de los muslos.

3. Mantendremos el “peso” lo más cerca posible del cuerpo.
4. Al levantar un “peso”, utilizar los músculos de caderas y rodillas, no de la espalda.

Forma correcta de mover a los pacientes:

1. Para ayudarlo a salir de la cama:
 - Mantendremos la espalda erguida.
 - Rodearemos el tronco con los brazos.
 - Mantendremos caderas y rodillas flexionadas.
 - Utilizar el peso del paciente para desplazarle.
2. Ayudarlo a sentarse en una silla:
 - Nos acercaremos al máximo al enfermo.
 - Flexionar las rodillas, separar los pies.
 - Mantendremos la espalda erguida.
 - Pasaremos los antebrazos por debajo de las axilas del paciente.
 - Siempre que sea posible, hacer que el paciente se siente/levante, aprovechando un punto fijo, cama o mueble.
3. Ayuda para la marcha:
 - Nos colocaremos detrás o al lado del paciente, sujetándolo por el tronco o la pelvis.

Cambios posturales

Los cambios posturales se realizarán a los pacientes que han de permanecer encamados y que no pueden cambiar de posición por sí solos. Durante la realización de estos cambios:

- Eliminar la presión (tiempo máximo de cada posición de 2 a 3 horas).
- Valorar los factores de riesgo en relación al estado general, local o regional.
- Mantener una correcta higiene evitando la humedad de la piel.
- Mantener una correcta nutrición.

Posición sentada

Posición

- Mínima inclinación a la izquierda de la silla.
- Coloque un cuadrante o almohada en la región cervical.
- Coloque por debajo de los muslos un cojín.

Zonas de riesgo

- Omóplatos.
- Sacro.
- Tuberosidades isquiáticas.
- Talones.

Decúbito lateral derecho

Posición

- Enfermo alineado.
- Pierna izquierda flexionada.
- Pierna derecha estirada.
- Almohadón.
- Extremidades superiores flexionadas.

Protección con cuadrantes antipresión o almohadas

- Maleolo externo del tobillo derecho.
- Maleolo interno del tobillo izquierdo.

- Caras laterales internas de las rodillas.

Zonas de riesgo

- Orejas.
- Costillas.
- Espalda.
- Crestas iliacas.
- Trocánteres.
- Genitales.
- Tibias.
- Maleolos.

Decúbito lateral izquierdo

Posición

- Enfermo alineado.
- Pierna izquierda estirada.
- Pierna derecha flexionada.
- Almohadón.
- Extremidades.
- Superiores flexionadas.

Protección con cuadrantes antipresión o almohadas

- Maleolo externo del tobillo izquierdo.
- Maleolo interno del tobillo derecho.
- Caras laterales internas de las rodillas.

Zonas de riesgo

Igual que en decúbito lateral derecho.

Decúbito supino

Posición

- Enfermo alineado.
- Extremidades en abducción en 30 grados.
- Brazos estirados y manos abiertas.
- Almohada o descansa cabezas.

Protección con cuadrantes antipresión o almohadas y descansa pies

- Codos.
- Con piernas estiradas, pies con descansa pies.

Zonas de riesgo

- Occipital.
- Omóplato.
- Codos.
- Sacro y coxis.
- Talones.

Decúbito prono

Posición

- Coloque la cabeza de lado, recostar sobre un cojín.
- Los brazos han de estar flexionados sobre los cojines.
- Se colocan los cojines por debajo de las piernas, muslos y abdomen, dejando libre la presión de los dedos del pie, rodillas, genitales y mamas.

Zonas de riesgo

- Frente.
- Ojos.
- Orejas.
- Pómulos.
- Pectorales.
- Rodillas.
- Dedos.
- Genitales masculinos.

Deslizarle hacia un lado de la cama

Primera técnica:

- Colocarse en el lateral de la cama hacia el que se quiere deslizar al paciente.
- Pasar un brazo bajo la espalda y otro bajo los glúteos.
- Tiraremos del paciente hacia sí.
- Pasar los brazos bajo las piernas y tirar de ellas hacia el mismo lado, hasta colocarlas alineadas con el cuerpo.
- Colocará la cabeza en la misma línea.
- Completaremos posición con almohadas.

Segunda técnica:

Sería igual que la primera en todos los puntos excepto en el segundo,

incorporando una entremetida, la cual se cogerá con ambas manos, una a nivel de la espalda y otra a nivel de los glúteos, lo más cerca posible del cuerpo del paciente.

Deslizaremos hacia arriba o hacia abajo (alineación corporal)

Primera técnica:

- Nos colocaremos en un lateral.
- Flexionaremos las piernas y los brazos del paciente de forma que apoyen los talones y codos en la cama.
- Pasaremos un brazo bajo la espalda y el otro bajo los glúteos del paciente.
- Tirar hacia arriba o hacia abajo, a la vez que el paciente colabora, utilizando sus puntos de apoyo.
- Completaremos la posición.

Segunda técnica:

- Nos colocaremos a la cabecera o a los pies de la cama, según caso.
- Asiremos la entremetida con ambas manos a nivel de hombros, o bien a ambos lados de sus pies.
- Tiraremos hacia sí.
- Corregiremos postura.

Decúbito lateral

Primera técnica:

- Deslizar hacia el lado contrario al que se quiere voltear.
- Pasaremos al otro lateral de la cama.
- Rodar al paciente hacia sí arrastrándolo con ambos brazos, uno sobre la espalda y otro sobre los glúteos.
- Completaremos el decúbito lateral.

Segunda técnica:

Sería igual a la anterior variando tan sólo el punto dos, rodando al

paciente hacia sí con la entremetida, asiéndola con ambas manos, una a nivel de la espalda y otra a nivel de glúteos.

Paso de la cama a la silla

La mayoría de las veces, debido a falta de material adecuado, los cambios posturales y movilizaciones varias las realiza el propio personal sanitario y no sanitario (celadores) de forma manual.

Complicaciones en pacientes inmovilizados

1. *Aumento de infecciones respiratorias:* las actividades a realizar serían, previa información al paciente asegurando su comprensión:

- a) Cambio postural y alineación corporal.
- b) Estimular al paciente a toser y respirar profundamente para expandir completamente sus pulmones y limpiarlos de secreciones.
- c) Observaremos y valoraremos el modelo respiratorio del paciente y sus sonidos respiratorios.
- d) Estimularemos el uso del espirómetro de incentivo.

2. *Aumento de infecciones de vías urinarias:*

- a) Cuando el paciente necesite evacuar, colocarlo en posición sentada, si es mujer, para que la orina tenga un buen drenaje, y de pie (si es posible), si se trata de un varón, proporcionándole en todo momento intimidad.
- b) Observar características de la orina como (color, olor, diuresis, etc.).

3. *Aparición de embolias y trombosis:*

- a) Colocar, siempre que sea posible, en posición de Fowler

alta o sentado; en este último caso, elevaremos la cabecera gradualmente.

- b) Nos aseguraremos de que el paciente siga una dieta adecuada.
- c) Aumentaremos gradualmente las actividades del paciente.

4. *Aumento del estreñimiento:*

- a) Nos aseguraremos de que sigue una dieta equilibrada con la mayor cantidad de sus alimentos favoritos y rica en residuos. Abundante ingesta de líquidos si es posible.
- b) Procurar que el paciente haga varias y pequeñas ingestas al día en lugar de las tres abundantes habituales.
- c) Si fuese necesario, administrar enema o laxantes según protocolo de la Unidad necesidades.
- d) Proporcionaremos intimidad mientras defeca.
- e) Cuando sea posible, poner al paciente en posición de sentado, bien WC o en sillón orinal.
- f) Aumento gradualmente de las actividades del paciente.

5. *Aparición de lesiones:*

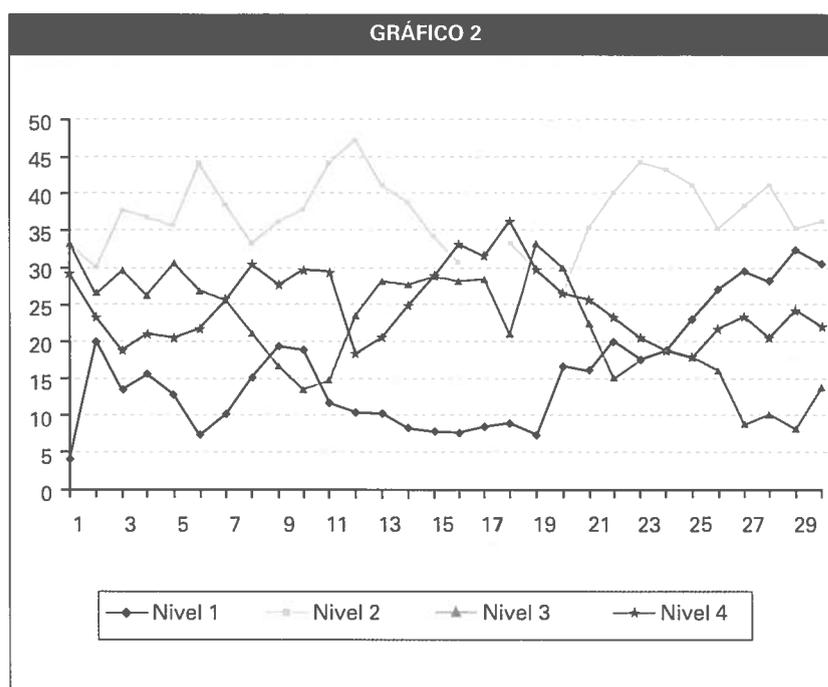
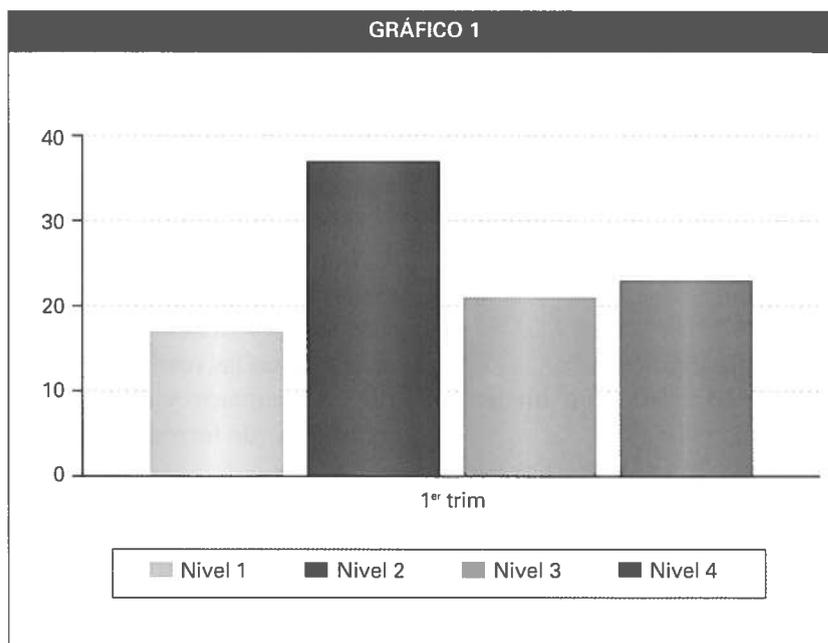
- a) Realización de diversos cambios posturales y alineación corporal.
- b) Mantener la piel seca y limpia, vigilar zonas de pliegues.
- c) Vigilaremos enrojecimiento de la superficie de la piel especialmente en los puntos de presión.
- d) Utilizar material adecuado para minimizar dicha presión. Ej: almohadas, cojines, colchones de aire, espuma, protecciones de codos y talones, etc.

- e) Masajear suavemente alrededor de la zona de presión (nunca en la zona propiamente dicha), estimulando así la circulación.
- f) Nos aseguraremos de que toma una dieta adecuada.
6. *Aparición de deformaciones:*
- a) Realización de cambios posturales y alineación corporal.
- b) Asegurarse de que el paciente tiene el cuerpo alineado y de que las articulaciones y músculos tienen el apoyo adecuado.
- c) Periódicamente, intentar poner de pie al paciente movilizándolo de la cama al sillón.
- d) Asegurarse de que el paciente toma una dieta adecuada.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio, basándonos en la parrilla de niveles de dependencia del proyecto Signo II, se obtuvieron los siguientes resultados estadísticos:

- Porcentaje de media de pacientes ingresados según nivel de dependencia durante el periodo de estudio (*gráfico 1*).
- Porcentaje de media de pacientes según nivel de dependencia por día (*gráfico 2*).



BIBLIOGRAFÍA

- L.J. Carpenito:** *Planes de cuidados. Documentación en enfermería.* Editorial Interamericana, 1994.
- M. Ugalde Apalategui y A. Rigol Cuadra:** *Diagnóstico de Enfermería, Taxonomía Nanda. Movilización, traslado y deambulación del paciente en enfermería (Nursing),* Photobook, Edición Doyma, 1988.
- Protocolos y Procedimientos específicos del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla.*

¿Qué es la fibromialgia?

A pesar de afectar a un porcentaje considerable de la población, entre un 1 y un 3% (lo que supone entre 400.000 y 1.200.000 personas aproximadamente), es muy poco lo que se sabe actualmente sobre la fibromialgia. El reciente reconocimiento de la Organización Mundial de la Salud y las incipientes investigaciones al respecto comienzan a arrojar luz sobre esta afección, desconocida incluso por muchos de nuestros médicos, y nos hacen albergar esperanzas prometedoras para la mejora de la vida de nuestros pacientes.

CATALINA HUERTA SANSÓ

Auxiliar de Enfermería, Palma de Mallorca

¿QUÉ ES LA FIBROMIALGIA?

Probablemente tardemos bastantes años en descubrir el porqué de todo este conjunto de síntomas relacionados entre sí y a la vez tan ilógicos, porque si somos capaces de analizar el porqué y la correlación que puede existir entre ellos probablemente nos sorprenderíamos.

Tenemos que partir de varias bases porque lo que no podemos hacer es pensar que es una enfermedad sólo por la acumulación de síntomas —esto se corresponde más a un síndrome—. Si definimos “síntoma”, “síndrome” y “enfermedad” seremos capaces de ver la gran diferencia que existe. (Seguimos para ello el *Diccionario de medicina* Océano Mosby.)

Síntoma

Índice subjetivo de una enfermedad o un cambio de estado tal como lo percibe el paciente.

Muchos síntomas se acompañan de signos objetivos como el prurito, que con frecuencia se asocia con eritemas y erupciones maculopapulares de la piel. Ciertos síntomas pueden confirmarse objetivamente, como el adormecimiento de una parte del cuerpo, que se expresa con una falta de respuesta a la punción en la exploración.

Síndrome

Complejo de signos y síntomas resultantes de una causa común o que aparecen en combinación como expresión del cuadro clínico de una enfermedad o de una alteración hereditaria.

Enfermedad

El proceso de la enfermedad se divide en cinco etapas:

- Fase 1, en la que se experimenta el síntoma.
- Fase 2, en la que se asume el papel de enfermo.

- Fase 3, en la que se toma contacto con el médico.
- Fase 4, en la que el enfermo se hace dependiente.
- Fase 5, en la que tiene lugar la rehabilitación o la recuperación.

Cada etapa conlleva diferentes actitudes, comportamientos y decisiones. Durante la fase 1 —en la que se experimenta el síntoma—, la persona comprende que algo funciona mal y decide remediar la situación. Esta fase termina cuando el individuo acepta la realidad del síntoma, sin demorar el comienzo de cualquier acción que le ayude a aliviar dicho síntoma.

Durante la fase 2 la persona acepta que la enfermedad es real y que precisa cuidados. En esta etapa busca consejo y guía y abandona temporalmente sus obligaciones habituales. El final de esta fase lo señala la aceptación (o negación) de su condición de enfermo.

En la fase 3 se busca la ayuda profesional; las declaraciones de

una autoridad en la materia identifican y ratifican la enfermedad y legitiman su papel de enfermo. La persona suele buscar ayuda; en algunos casos puede mantenerse todavía la negación de la enfermedad, así como la autoridad del médico y del plan terapéutico.

En la fase 4, el tratamiento profesional se lleva a cabo y el enfermo lo acepta; en esta etapa ya se le denomina "paciente". En cualquier momento de esta fase el enfermo dependiente puede desarrollar sentimientos ambivalentes y manifestar rechazo hacia el tratamiento, el médico o la enfermedad. Sin embargo, la mayoría de las veces se acepta la ayuda sin reservas. El enfermo tiene una necesidad particular de ser informado y de recibir apoyo moral durante esta fase.

Durante la fase 5, que es la última etapa de la experiencia de la enfermedad, el paciente abandona su papel de enfermo y vuelve a asumir sus obligaciones habituales hasta donde le sea posible. Algunas personas intentan mantener de forma consciente su papel de enfermo, convirtiéndose a sus propios ojos en enfermos crónicos, o intentan dilatar —o simular— su estado de enfermedad para obtener algún beneficio. Sin embargo, la mayoría de las personas aceptan la recuperación y trabajan activamente por su propia rehabilitación.

La fibromialgia se reconoce como *síndrome*, lo que significa que el reumatólogo la identifica cuando encuentra en una persona determinadas alteraciones específicas que concuerdan con las que, según estudios estadísticos, han sido previamente fijadas por expertos para su diagnóstico.

La fibromialgia es frecuente, ya que la padece entre el 1 y 3% de

la población, lo que supone entre 400.000 y 1.200.000 personas con fibromialgia en España.

Puede presentarse como única alteración (fibromialgia primaria) o asociada a otras enfermedades (fibromialgia concomitante).

La fibromialgia ha sido reconocida recientemente como entidad por la Organización Mundial de la Salud y hasta ahora no ha formado parte de las materias que se imparten en las facultades de Medicina, por lo que su diagnóstico puede pasar desapercibido.

Adicionalmente, algunos médicos organicistas no consideran esta afección como un proceso patológico, sino más bien como una desviación de la normalidad.

Además, la fibromialgia "confunde", ya que casi todos sus síntomas son comunes a otras alteraciones y no tienen causa conocida. Es, por tanto, corriente que antes de que se llegue al diagnóstico se hayan visitado diferentes médicos de distintas especialidades (digestivos, cardiólogos, psiquiatras...).

Algunas personas con fibromialgia pueden estar disgustadas porque los médicos no consideran que esta afección sea una enfermedad seria. Es más, con frecuencia, los mismos familiares acaban dudando de la veracidad de las molestias que el enfermo refiere, puesto que el médico les informa de la normalidad de los análisis y las radiografías.

Las múltiples molestias que ocasiona la fibromialgia a quien la sufre, junto con el hecho de que con frecuencia no sean identificadas las causas, ocasiona generalmente desazón en el enfermo. Por este motivo, muchos pacientes con fibromialgia tendrán mucho ganado cuando reciban las explicaciones

necesarias sobre la naturaleza y características de su proceso: conocerán así sus propias limitaciones y asumirán los cambios necesarios a su estilo de vida.

Se han descrito casos que comienzan después de procesos definidos, como pueden ser una infección bacteriana o viral, accidentes de automóvil, separación matrimonial o divorcios, problemas con los hijos... En otros, aparece después de que otra enfermedad conocida haya limitado previamente la calidad de vida del enfermo (artritis reumatoide, lupus eritematoso...).

No obstante, estos agentes desencadenantes no parecen ser causa de la enfermedad sino que, probablemente, lo único que hacen es despertarla en una persona que ya tiene una anomalía oculta en la regulación de su capacidad de respuesta a estímulos dolorosos.

Aunque aún no se sabe con certeza, es probable que una respuesta anormal a los factores que producen estrés desempeñe un papel muy importante en esta enfermedad.

Los estudios en fibromialgia se han orientado a analizar si hay alteraciones en los músculos, en el sistema inmunológico, anomalías psicológicas, problemas hormonales o, como se han señalado previamente, alteraciones en los mecanismos protectores del dolor. Se han detectado en el sistema nervioso de personas con fibromialgia niveles bajos de algunas sustancias importantes en la regulación del dolor, particularmente de serotonina.

Asimismo, se ha detectado en el líquido cefalorraquídeo un incremento de una sustancia (sustancia P) que es la productora del dolor. Están empezando

a aparecer muchos datos prometedores, pero aún bajo investigación.

La ansiedad y la depresión se presentan en la fibromialgia con igual frecuencia que en otras enfermedades dolorosas crónicas, como en la lumbalgia o la artritis reumatoide. Por este motivo, no se cree que sean trascendentes en la causa de la enfermedad, pero sí en el aumento de los síntomas.

¿QUÉ SÍNTOMAS ORIGINA?

El síntoma más importante en la fibromialgia es el dolor. La persona que busca ayuda del médico suele decir: "me duele todo". El dolor es difuso y afecta a gran parte del cuerpo. En unas ocasiones, el dolor ha comenzado de forma general y, en otras, en un área determinada como cuello, hombro, columna lumbar, etc., desde la que se ha extendido.

El dolor en la fibromialgia se suele referir por quien la padece como quemazón, molestia o decaimiento. A veces pueden presentarse espasmos musculares. Con frecuencia varía en relación con la hora del día, el nivel de actividad, los cambios climáticos, el sueño o el estrés.

Además del dolor, la fibromialgia puede ocasionar rigidez generalizada, sobre todo al levantarse por las mañanas, y sensación de inflamación mal delimitada en pies y manos. También pueden notarse hormigueos poco definidos que afectan de forma difusa, sobre todo a las manos.

Otra alteración característica de la fibromialgia es el cansancio que se mantiene casi todo el día. Las personas que padecen fibromialgia tienen una mala

tolerancia al esfuerzo. Se encuentran como si hubieran perdido la energía.

Este hecho provoca que cualquier ejercicio de intensidad inusual produzca dolor, lo que hace que se evite. La consecuencia es que cada vez se hace menos esfuerzo, la masa muscular se empobrece y el nivel de tolerancia al ejercicio desciende aún más.

El 70-80% de los pacientes con fibromialgia se quejan de tener un sueño de mala calidad, empeorando el dolor los días que duermen mal. Los investigadores encuentran que los pacientes con fibromialgia se duermen sin problema pero su sueño al nivel profundo (o fase 4 no REM) se ve interrumpido. Los registros electroencefalográficos están alterados en el sentido de que en esta fase se detectan unas ondas similares a las que se mantienen durante la actividad alerta del cerebro. No se sabe si estas ondas están relacionadas con la causa de la fibromialgia o son consecuencia de la misma.

Las personas con fibromialgia presentan con mayor frecuencia que las sanas ansiedad y depresión, así como jaquecas, dolores en la menstruación, el llamado colon irritable, sequedad en la boca y trastornos de circulación en las manos y los pies.

Otra alteración que se encuentra en la exploración de una persona con fibromialgia es la mayor facilidad para el enrojecimiento de la piel al presionar con la mano en cualquier lugar del cuerpo. Ésta es la consecuencia de pequeñas alteraciones en la regulación de los sistemas de riego de sangre a la piel.

El impacto que la fibromialgia origina en la calidad de vida de quien la padece es muy variable de una persona a otra.

El diagnóstico de fibromialgia se hace según las molestias que se han señalado y los datos que el médico encuentra al explorar al enfermo.

El diagnóstico

En la exploración física de la persona que padece fibromialgia se identifica dolor a la presión en unos puntos dolorosos (que citaremos más adelante): si son más de 11 se puede hacer el diagnóstico de fibromialgia.

Se está investigando de forma exhaustiva en todo el mundo para encontrar otras pruebas que ayuden al diagnóstico. Existen ya algunos resultados prometedores con algunos test, pero por el momento ninguno es de aplicación clínica a corto plazo.

Los análisis y las radiografías en esta enfermedad sirven fundamentalmente para descartar otras enfermedades que se asocian a la fibromialgia.

Respecto a los modernos métodos diagnósticos, como la resonancia nuclear magnética o el escáner, hay que precisar que cuando el médico conoce la enfermedad y los elementos necesarios para su diagnóstico, no son necesarios, salvo para el estudio de problemas concretos independientes de la fibromialgia.

Salvo por motivos de investigación, tampoco son útiles estudios especiales del sueño.

En el periódico *ABC* de Sevilla (con fecha del 11 de febrero de 1999), el Dr. José Personal, psicólogo clínico del Centro de Diagnóstico del Hospital Virgen del Rocío, comenta con respecto a los puntos dolorosos o puntos "gatillo" de un paciente con fibromialgia lo siguiente: "Estos puntos gatillo

son dieciocho en total, distribuidos por pares, y cuando se identifican en los pacientes once de estos puntos se puede diagnosticar fibromialgia”.

Además, otra de las alteraciones que permiten determinarla es una mayor facilidad para el enrojecimiento de la piel al presionar con la mano en cualquier lugar del cuerpo. Esto es una consecuencia directa de las alteraciones en la regulación de los sistemas de riego sanguíneo en la piel.

Tratamiento sintomático

La fibromialgia, al caracterizarse por dolores erráticos que vagan de uno a otro lado del cuerpo, suele generar un clima de escepticismo en el ambiente familiar del enfermo. Esta incompreensión genera una fuerte ira interior que propicia en el enfermo un aumento de la tensión interior muscular y, por consiguiente, del dolor.

Por este motivo, la primera medida a tener en cuenta en el tratamiento de los enfermos es procurar un cambio de mentalidad tanto en éste como en sus familiares, buscando un ambiente relajado y libre de exigencias constantes, haciéndose imprescindible el marcarse objetivos diarios que puedan ser cumplidos.

Además, los enfermos pueden acudir a una terapia conducida por un especialista, en la que tomen conciencia de sus limitaciones, aprendan técnicas de relajación, se superen a sí mismos al delegar funciones en los demás y se vuelvan más tolerantes.

Al margen de estas directrices, no existe de momento un tratamiento que produzca la curación definitiva de esta enfermedad; tan sólo se puede conseguir una mejoría en la calidad de vida gracias

a las técnicas de la acupuntura, los masajes y el uso de los calmantes o analgésicos, aunque lo más eficaz es, sin duda, el ejercicio físico y una adecuada fortaleza muscular, ya que ambos proporcionan relajación física y psicológica.

ASPECTOS REHABILITADORES

Importancia del ejercicio físico

Según múltiples estudios publicados en la literatura médica, la actividad física y deportiva es uno de los procedimientos más asequibles y que más pueden beneficiar a los pacientes con fibromialgia. Así está reconocido y recomendado por los médicos con más experiencia en esta afección.

¿Qué ejercicios hacer?

No hace falta realizar programas especiales ni ejercicios sofisticados. Andar a buen paso, trotar, pedalear, nadar, bailar, esquiar, caminar por el campo, practicar tranquilamente otros deportes a los que se tenga afición o hacer gimnasia o pesas ligeras pueden mejorar la capacidad de tolerancia al dolor, mejorar el humor y facilitar el sueño reparador.

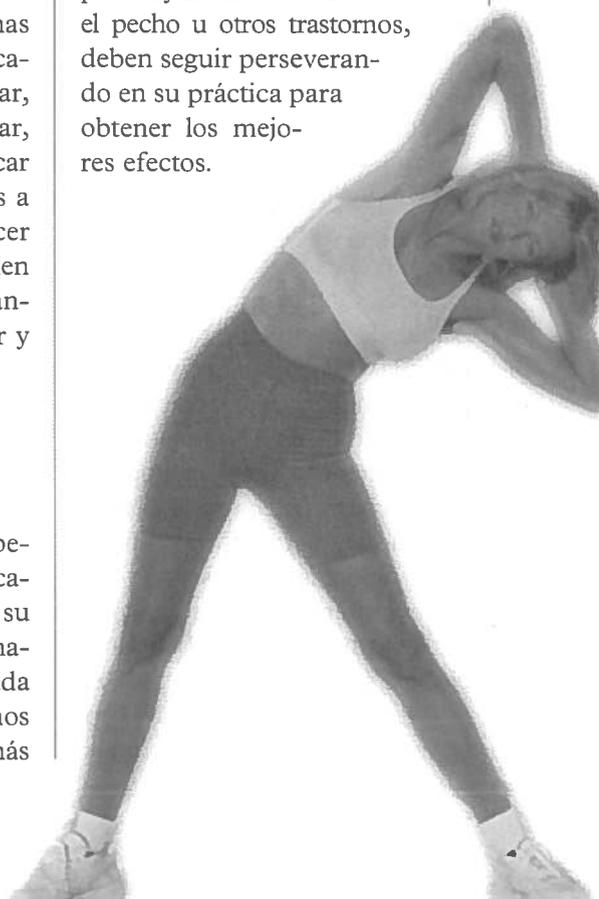
¿Cómo hacerlos mejor?

En cualquier caso debe empezarse poco a poco, tanteando cada paciente su capacidad y su tolerancia al ejercicio —mermada por la fibromialgia—. Cada sesión debe precederse de unos cinco minutos de ejercicios más

lentos y suaves de calentamiento y de estiramientos de baja intensidad. Después se practicará la actividad principal durante unos veinte minutos, yendo también en progresión. Se finalizará aminorando el ritmo en los tres últimos minutos. Si el ejercicio se hace en compañía suele resultar más divertido y se crea, además, un compromiso, refuerzo y afán de superación especialmente positivos y aseguradores de su continuidad.

¿Puede ser inconveniente el ejercicio?

Hay pacientes con fibromialgia que se cansan muy pronto. Deben, sin embargo, practicar algo de ejercicio —aunque muy lentamente— e intentar progresar cuando se encuentren mejor. Las personas, por lo demás sanas, o que no experimenten durante el ejercicio asfixia, sensación de desvanecimiento, opresión o golpes muy intensos o duraderos en el pecho u otros trastornos, deben seguir perseverando en su práctica para obtener los mejores efectos.



Por su parte, las que asocian otra enfermedad a la fibromialgia o adviertan cualquier inconveniente durante la práctica del ejercicio, deben consultar a su médico antes de iniciar o continuar ejercitándose.

El deporte, además, tiene otros muchos efectos saludables sobre la fibromialgia. Proporciona relajación física y psicológica, ayuda a conseguir el peso adecuado, a mantener convenientes niveles en la sangre de azúcar, colesterol y tensión arterial. Además, es bueno para prevenir la osteoporosis y para mejorar el dolor de espalda crónico.

Complementos del ejercicio

Además del ejercicio físico, el paciente con fibromialgia puede intentar aliviar el dolor con aplicaciones de calor. Se puede proporcionar con procedimientos caseros como bolsas de agua caliente, mantas eléctricas, lámparas de rayos infrarrojos, duchas o chorros de agua caliente y masajes. En los servicios de rehabilitación se aplican además microondas, ultrasonidos y otros procedimientos que tienen efectos muy positivos.

Los masajes suelen ser muy apreciados por los pacientes con fibromialgia. Son más eficaces realizados consecutivamente a la aplicación de calor. Estos procedimientos incrementan el flujo sanguíneo al músculo proporcionando relajación, mejorando la flexibilidad y atenuando el dolor.

Otras técnicas de relajación física, y/o psicológica, pueden ser también eficaces: la cura termal balnearia, por ejemplo, proporciona estos efectos por medio del descanso físico y psicológico, más la aplicación

del calor o el ejercicio en los baños o en el chorro-masaje.

Higiene postural

Es conveniente tenerla en cuenta para evitarse daño sobreañadido. Seguir las normas de la Escuela de la Espalda ayudará al paciente a conocer las posturas y ejercicios apropiados previniendo así desencadenantes o agravantes de las molestias. En ella se enseñan los gestos de la vida diaria que son perjudiciales y las alternativas inocuas. El paciente se compromete y conciencia en el cuidado de su espalda llevando a cabo posturas y ejercicios seguros. Éstos proporcionan un refuerzo de la musculatura del tronco y de las extremidades.

Ya hemos dicho que todos los ejercicios, actividades físicas y deportivas son útiles. De antemano no hay ejercicios mejores o peores que otros. Cada paciente debe practicar los suyos, evitando repetir aquellos gestos o posturas que identifique que le provocan dolor.

INVESTIGACIONES Y PERSPECTIVAS ACTUALES EN LA FIBROMIALGIA

El elemento central que caracteriza a las personas diagnosticadas de fibromialgia es la percepción anómala del dolor. Adicionalmente el cansancio fácil, el sueño no reparador y una mala adaptación a las situaciones de estrés de la vida diaria son alteraciones frecuentes.

Las investigaciones que se están realizando en la actualidad para comprender los mecanismos

de aparición y desarrollo de la fibromialgia y, de este modo, proporcionar tratamientos más eficaces, van dirigidas principalmente a explicar de forma coherente las alteraciones que aparecen en este proceso.

El dolor

En primer lugar hablaremos de la falsa creencia de la "localización del dolor". Cuando alguien se da un golpe en un tobillo percibe que el dolor está en el tobillo. De hecho, si se frota el tobillo se alivia el dolor. Sin embargo, esta sensación es errónea, ya que toda percepción dolorosa reside en el cerebro (de ahí que una persona inconsciente o anestesiada no tenga dolor aunque presente heridas múltiples).

La segunda falsa creencia es la de la "intensidad del dolor". Parece claro que a mayor lesión, mayor dolor; sin embargo, esto que puede ser más o menos cierto para el dolor agudo no lo es para el crónico. Todos tenemos mecanismos de adaptación o de control del dolor. Además de los sistemas neurológicos que transmiten la sensación de dolor (del mismo modo que los cables eléctricos conducen la energía eléctrica), existen sistemas físicos y psíquicos de control de esa transmisión. La intensidad del dolor dependerá también de los mecanismos personales de control del dolor.

Así pues hoy, y respecto a la fibromialgia, se sabe que el dolor depende:

- De una causa desencadenante. En el caso de la fibromialgia la causa del dolor puede ser irrelevante o al menos sin relación con la intensidad del dolor. El que un daño leve (por ejemplo,

una sobrecarga al coger peso o caminar de forma inadecuada), pueda producir un dolor intenso es poco conocido por la gente en general, y por los médicos en particular, y es el motivo de que las personas con fibromialgia puedan haber estado bajo sospecha de simulación o exageración del dolor.

- De unos mecanismos de transmisión. Existen unas terminaciones nerviosas en la piel, músculos, tendones, articulaciones..., que reciben el impulso doloroso. Desde aquí, la señal dolorosa viaja por los nervios hasta la médula espinal que está

en la columna vertebral. Son los "cables" que llevan la señal dolorosa al cerebro. En este trayecto, la información se transmite porque se fabrican unas sustancias que "producen" dolor (*histamina, bradicinina, prostaglandinas, sustancia P...*).

En sentido contrario, y de forma natural, cuando el organismo percibe que hay un estímulo doloroso funcionando es capaz de liberar sustancias neutralizantes del dolor (*serotonina, endorfinas...*). Además, en el cerebro hay unos centros capaces de modular el dolor de forma poco conocida (tálamo, núcleos de la base, sistema reticular...).

En los pacientes con fibromialgia se ha determinado de forma clara que hay niveles elevados de sustancias productoras del dolor (en particular *sustancia P*) y niveles bajos de sustancias protectoras del dolor (sobre todo *serotonina*). Asimismo, el riesgo de los centros controladores del dolor está alterado. Comentaremos aspectos de interés sobre las alteraciones encontradas en algunos de estos sistemas.

Serotonina

Las teorías que relacionan la fibromialgia con niveles bajos de serotonina siguen estando en boga. En principio, estos niveles bajos explicarían no sólo la mayor percepción del dolor, sino también el insomnio y la mayor tendencia a la depresión.

La serotonina puede estar baja porque se produzca poco o porque se degrade mucho. La producción de serotonina se hace a partir del triptofano (que se ha

encontrado bajo en la fibromialgia). A su vez, los niveles bajos de triptofano pueden ser explicados por defectos en su alimentación o absorción (poco probable) o por su mayor destrucción antes de formar serotonina (hay una vía de destrucción del triptofano llamada de la *kinurenina*, que está alterada en la fibromialgia). Adicionalmente, investigadores alemanes encontraron que el 75% de los pacientes con fibromialgia tienen anticuerpos destructores de serotonina.

Las dudas actuales surgen cuando se ha visto que medicamentos que actúan exclusivamente sobre la serotonina no parecen ser eficaces en el tratamiento de la fibromialgia.

La sustancia P

Se ha visto elevada en el sistema nervioso de enfermos con fibromialgia de forma llamativa. Sin embargo, no hay correlación entre los niveles encontrados de sustancia P y la intensidad del dolor. Recientemente se ha sabido que dentro de lo que se mide como sustancia P hay dos elementos diferentes, por lo que habrá que reevaluar los datos que se tenían en este sentido.

Las endorfinas

Son analgésicos naturales que, en un principio, se encontraron en cifras normales en los enfermos con fibromialgia. El Dr. Wellin, de Suecia, ha encontrado que una de las endorfinas (*Met-enkefalinalarg-phe*) está descendida en pacientes con fibromialgia y que hay una correlación inversa entre los niveles de esta endorfina y los puntos dolorosos.



LOS CENTROS REGULADORES DEL DOLOR

Los centros reguladores del dolor que hay en el cerebro (tálamo, núcleos de la base, sistema reticular...) son desconocidos. Sin embargo, de forma llamativa se ha visto que las personas con fibromialgia, aunque no tienen ninguna lesión a este nivel, presentan un flujo sanguíneo menor en estos centros, sin que se sepa en la actualidad el porqué.

- De una percepción del dolor. Es éste un aspecto fundamental. Un mismo dolor (por ejemplo una artritis) es percibido de forma distinta por unas personas o por otras, en función de su naturaleza, de su cultura y de la influencia que el dolor (o el miedo a lo que éste pueda esconder) pueda tener sobre su vida (trabajo, familia, futuro...). Esta percepción del dolor como convivencia es clave a la hora de comprender el dolor crónico.

El desconocimiento, por médicos y no médicos, de este componente psíquico del dolor físico es lo que se ha conocido como el "mito de los dos dolores", analizado por David Morris; esto es, la diferenciación a modo de compartimentos estancos del dolor físico y el mental. Es evidente que un dolor físico (un golpe leve con un martillo) tiene un escaso componente psíquico, y que un dolor o sufrimiento psíquico (la muerte de un hijo) tiene poco componente físico. Sin embargo, la mayoría de los dolores crónicos, y por supuesto la fibromialgia, se encuentran en el camino intermedio, con participación de ambos componentes.

Este es un hecho importante para valorar determinados tratamientos.

Uno de los dolores más intensos que existen es el de un ataque de gota. El filósofo Kant era capaz de eliminar casi por completo el dolor de una crisis de gota mediante la concentración mental en un objeto. Por desgracia, no todos tenemos las habilidades de Kant, pero este hecho nos indica que el dolor por algo objetivo (la articulación hinchada) puede ser modulado mentalmente.

SISTEMA NERVIOSO VEGETATIVO

Es el que controla que nos pongamos pálidos cuando hace frío o rojos cuando tenemos calor, que sudemos más o menos, o que ante un susto se acelere el corazón, y así muchas más funciones del organismo. Se compone a su vez de dos sistemas, en gran parte opuestos, llamados *simpático* y *parasimpático*. Muchos de los síntomas de la fibromialgia (manos y pies fríos, palpitaciones, estreñimiento, palidez en los dedos con el frío...) tienen que ver con una alteración del sistema vegetativo.

De hecho, se sabe que el simpático es menos activo en la fibromialgia y, aunque las sustancias que los alimentan (*epinefrina* y *neropinefrina*) están normales en esta enfermedad, recientemente se ha encontrado que una de las formas activas de una de ellas (*norepinefrina*), llamada neuropeptido, está baja en la fibromialgia.

Todos los humanos disponemos de un sistema hormonal de adaptación a las situaciones de estrés. Es el llamado *eje hipotálamo-hipofiso-adrenal*. El cerebro fabrica en la hipófisis una hormona llamada CRH en respuesta al estrés.

Como consecuencia, la hipófisis sintetiza otra hormona llamada ACTH, que actúa sobre unas glándulas que hay encima de los riñones que fabrican cortisol. En la fibromialgia, la producción de cortisol es baja. Los motivos de esta baja producción están en estudio en la actualidad, pero se cree que estarían en relación con una mala adaptación a las situaciones de estrés, con el ya referido neuropeptido y/o incluso con los niveles bajos de serotonina.

TRATAMIENTOS BAJO ESTUDIO

Los tratamientos habituales en la fibromialgia incluyen información, disminución de la sobrecarga mecánica, tratamientos locales (inyecciones en puntos dolorosos, acupuntura, electroterapia...), ejercicio físico, tratamiento de las alteraciones acompañantes (ansiedad, depresión, colon irritable, *síndrome del túnel carpiano*...), tratamientos cognitivo conductuales y analgésicos.

Tradicionalmente hay unos fármacos que se reconocen de eficacia parcial en el control de la sintomatología, pero que en un 30% de las personas con fibromialgia pueden ser eficaces; son la amitriptilina (*Tryptizol*) y la ciclobenzaprina (*Yurelax*). Existen en la actualidad para

esta enfermedad otros muchos fármacos, aún en estudio, de perfil similar pero con una presumible mayor eficacia y mejor tolerancia (*mianserina, trimipramina, trazodona...*). Adicionalmente, se utilizan ansiolíticos e hipnóticos según los casos, en general a dosis bajas.

Se está investigando la posible utilidad de otros productos como la hormona del crecimiento (baja en la fibromialgia), sin que existan todavía datos definitivos (el coste de tratamiento sería superior a las 250.000 pesetas mensuales).

Otro producto en estudio es una hormona masculina, la *dehidroepiandrosterona (DHEA)* y la *oxitocina* (hormona que se produce en la inducción del parto), que ya están siendo utilizadas en algunos protocolos en EE.UU., sin que por el momento existan datos definitivos al respecto.

En estudios epidemiológicos de población general, la prevalencia se establece entre el 0,66 y 3,2%. Su frecuencia en las consultas médicas sería del 6% de los pacientes atendidos por el médico generalista, y hasta el 20% en reumatología.

En España se calcula que su frecuencia está entre el 1-3% de la población mayor de 18 años, lo que correspondería aproximadamente a 800.000 personas. El 90% de estos pacientes son mujeres, con un pico de edad entre 35 y 55 años.

El siguiente cuestionario lo realicé en la Asociación Balear de Apoyo a la Fibromialgia entre nueve personas afectadas (voy a omitir sus nombres por secreto profesional, enumerándolos del 1 al 9 para poder distinguir sus respuestas).

CUESTIONARIO

1. ¿Se considera una persona escrupulosa?
2. ¿Le agrada ser el centro de atención en una reunión de amigos?
3. ¿Suele reprocharse exageradamente los errores cometidos?
4. ¿Cree ser más agresivo de lo normal?
5. ¿Es proclive a mentir con frecuencia?
6. ¿Le asusta la oscuridad, los lugares cerrados o la soledad?
7. ¿Tiene caprichos con cierta frecuencia?
8. ¿Se cree una persona intranquila, poco segura de sí misma?
9. ¿Tiene el sueño ligero y se despierta sobresaltado?
10. ¿Siente marcada antipatía por alguien conocido?
11. ¿Suele tener pesadillas con frecuencia?
12. ¿Prefiere la soledad a la compañía forzosa?
13. ¿Siente temor a la muerte de forma obsesiva?
14. ¿Le gustaría volver a la infancia?
15. ¿Cree conocerse más bien poco?
16. ¿Le preocupa lo que piensan de usted amigos o conocidos?
17. ¿Cree que su vida sexual podría ser más intensa?
18. ¿Le agradan las personas sentimentales y románticas?
19. ¿Cree que el trabajo en casa es un castigo?
20. ¿Suele ver en los otros más defectos que virtudes?
21. ¿Es propenso a sentir angustia interior y a preocuparse demasiado?
22. ¿Le agrada coleccionar o guardar muchas cosas usadas?
23. ¿Le molestan los niños ajenos?
24. ¿Ha tenido alguna vez un animal de compañía?
25. ¿Cree que su familia le educó duramente, reprimiendo su personalidad?
26. ¿Se cree envidioso?
27. ¿Cree en el destino, la predestinación?
28. ¿Es usted una persona supersticiosa?
29. ¿Suele soñar con los ojos abiertos?
30. ¿Es feliz fuera de casa, lejos de las tareas domésticas?

RESPUESTAS (enumerando los afectados)

1. Respuestas positivas:	11	Respuestas negativas:	18
2. Respuestas positivas:	18	Respuestas negativas:	12
3. Respuestas positivas:	16	Respuestas negativas:	14
4. Respuestas positivas:	15	Respuestas negativas:	15
5. Respuestas positivas:	14	Respuestas negativas:	16
6. Respuestas positivas:	4	Respuestas negativas:	25
7. Respuestas positivas:	14	Respuestas negativas:	16
8. Respuestas positivas:	12	Respuestas negativas:	18
9. Respuestas positivas:	10	Respuestas negativas:	20

Finalmente hay que señalar que, aunque como se ha visto son múltiples las actuales áreas de investigación, son también

grandes las lagunas que sólo el tiempo, el esfuerzo y la colaboración de todos ayudarán a cubrir.

¿Qué es la leucemia?

La leucemia es una enfermedad de la sangre que se manifiesta en las cuatro primeras décadas de la vida, especialmente en la edad infantil. En la actualidad, en los países occidentales aparecen anualmente entre 60 y 100 nuevos casos de leucemia por millón de habitantes. Sin embargo, gracias al desarrollo de unos tratamientos cada vez más efectivos, los porcentajes de curación son del 80% en niños y del 25% en los casos de alto riesgo en adultos.

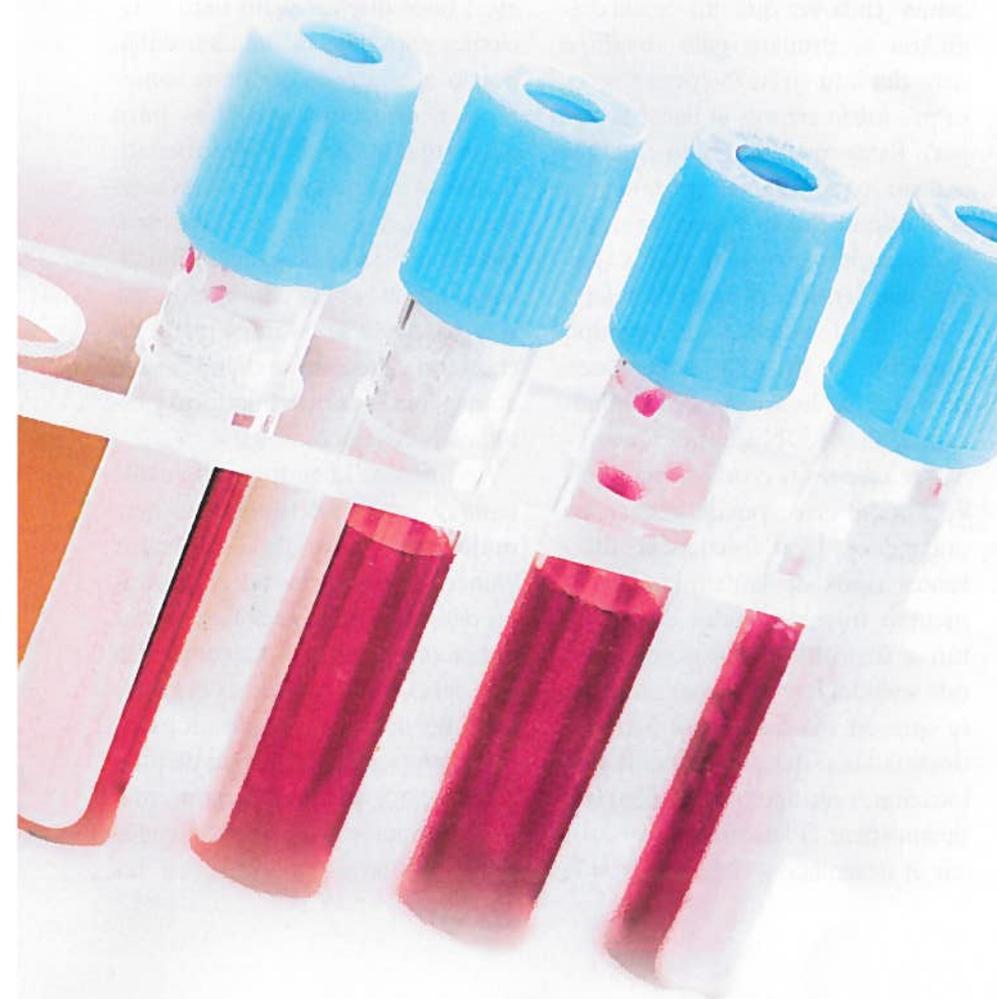
TEXTO Cristina Botello

» ¿Cómo se reproduce la leucemia?

Para poder comprender el porqué del nacimiento de la leucemia, lo primero que hay que entender es el proceso de reproducción de las células sanguíneas. Éstas se forman en la médula ósea y son capaces de multiplicarse por sí mismas, logrando así la sustitución de células muertas por células nuevas, las cuales deben presentar un estado maduro. Sin embargo, hay ocasiones en las que proliferan células sanguíneas inmaduras denominadas blastos.

A las células originales se les llama células madres y crecen ordenadamente para producir los glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas. Sin embargo, a veces se produce una reproducción incontrolada de las células progenitoras de los glóbulos blancos, y es precisamente ésta la que da lugar a la leucemia. De tal forma, estas células inmaduras se acumulan tanto en la médula ósea como en la sangre, invadiendo el espacio de las células normales e impidiendo, por lo tanto, la producción de éstas en la sangre.

Así, por tratarse de una proliferación de células inmaduras y anormales en la sangre, a la leucemia se le considera un cáncer de sangre. Pero, al contrario que la mayoría de los tipos de células cancerosas, la leucemia no forma tumores.





La leucemia se puede definir como el cáncer de las células sanguíneas, normalmente de los glóbulos blancos, que se origina en la médula ósea, pero que puede propagarse a la sangre, los ganglios linfáticos, el bazo, el hígado, el sistema nervioso central y otros órganos. Por tanto, una detección temprana es de vital importancia

» Origen de la leucemia

Aunque se han dado grandes pasos para tratar la leucemia, aún se desconocen las causas y formas de prevenir la enfermedad. No obstante, sí que se ha confirmado que esta patología no es un padecimiento hereditario o contagioso.

Diversas investigaciones médicas han concluido que uno de los motivos que originan la leucemia se encuentra en la posible conjunción de factores como la radiación, sustancias tóxicas, virus y otros, que en general resultan desconocidos, pero que al actuar juntos desencadenan el padecimiento al cual nos referimos.

Asimismo, en la actualidad se han logrado avances en la comprensión de cómo ciertos cambios en el ADN después del nacimiento pueden hacer que las células madres de la médula ósea se conviertan en leucemia (cada vez que una célula originaria se prepara para dividirse debe duplicar su ADN, pero a veces se producen errores al hacer la copia). Estas mutaciones en el ADN activan los oncogenes (promueven la división celular) y desactivan los genes supresores de tumores (hacen más lenta la división celular).

Las translocaciones son otro tipo de problemas del ADN que pueden provocar el desarrollo de una leucemia: si el ADN de un cromosoma se une a un cromosoma equivocado, el error puede activar los oncogenes. Con frecuencia, diferentes tipos de leucemia experimentan translocaciones que afectan a distintos cromosomas. En este sentido, hay que tener en cuenta que en ocasiones las pruebas destinadas a detectar estas translocaciones resultan muy útiles para diagnosticar la leucemia, pronosticar el desenlace y determinar si la

enfermedad ha recurrido después del tratamiento.

» Diagnóstico y características

Como se ha mencionado anteriormente, la leucemia se puede definir como el cáncer de las células sanguíneas, normalmente de los glóbulos blancos, que se origina en la médula ósea pero que puede propagarse a la sangre, los ganglios linfáticos, el bazo, el hígado, el sistema nervioso central y otros órganos. Por tanto, una detección temprana es de vital importancia.

El hecho de que sus signos y síntomas iniciales sean de carácter muy general y parecidos a los de otras patologías (cansancio, debilidad, pérdida de peso, fiebre, pérdida del apetito, convulsiones, vómitos, dolor de huesos y articulaciones, visión borrosa, dolores de cabeza, dificultad para mantener el equilibrio, etc.) hace que éstos no sean suficientes para detectar una leucemia, por lo que el paciente debe someterse a diferentes pruebas para poder diagnosticar la enfermedad: niveles y exámenes de células sanguíneas, pruebas de médula ósea, biopsia escisional de ganglios linfáticos, punción lumbar para comprobar si la patología se ha implantado en el cerebro, pruebas de química sanguínea, pruebas de laboratorio y estudios radiológicos.

Asimismo, la reducción resultante de las células sanguíneas normales (glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas) es responsable de otras manifestaciones clínicas que acompañan a la leucemia. En este sentido, la anemia es el resultado de una escasez de glóbulos rojos, y puede causar falta de aire, cansancio y palidez. Igualmente, la disminución del número de glóbulos blancos repercute en las

defensas del enfermo contra las infecciones debido a que los leucocitos producidos en la médula ósea son células en su mayoría faltas de madurez y con un funcionamiento anormal, condición que les impide defender al cuerpo de virus y bacterias.

Las plaquetas también se ven afectadas por la proliferación de las células inmaduras. Así, si el número de plaquetas disminuye, el enfermo puede presentar pequeñas manchas en la piel o grandes hematomas y sufrir hemorragias a través de la nariz, boca, recto o a nivel del cerebro, ocurriendo esta última sólo en el caso de que el número de plaquetas descienda de forma severa.

» **Clases de leucemia**

La leucemia es una enfermedad compleja que tiene muchos tipos y subtipos diferentes. Sin embargo, podemos hablar de cuatro clases principales: leucemia mielógena aguda (AML), leucemia mielógena crónica (CML), leucemia linfocítica aguda (ALL) o leucemia linfocítica crónica (CLL).

Esta clasificación nace a la hora de combinar las distintas categorías

en que se divide la leucemia: aguda (más común en niños) o crónica (más común en adultos) y mielógena o linfocítica. Así, cuando el cáncer ataca a los glóbulos blancos mieloides, los monocitos o los granulocitos, estamos ante una leucemia mielógena que afecta a las células que se forman en la médula ósea; por el contrario, la leucemia linfocítica afecta principalmente a los glóbulos blancos que se forman en los ganglios linfáticos y bazo.

Por su parte, una leucemia aguda es aquella en la que se produce una acumulación de glóbulos blancos inmaduros, por lo que no pueden realizar correctamente sus funciones. En este caso, los blastos aumentan su número rápidamente y, por tanto, la enfermedad también avanza aceleradamente. Por el contrario, la leucemia crónica se caracteriza por la existencia de algunos blastos, pero éstos son más maduros y capaces de realizar algunas de sus funciones. Asimismo, las células crecen más lentamente y el número aumenta con menor rapidez, por lo que la enfermedad avanza gradualmente.

Aunque tanto niños como adultos pueden desarrollar leucemia, ciertos tipos son más frecuentes en



En los años sesenta se descubrieron muchos de los fármacos activos frente a la leucemia que han dado lugar a la actual quimioterapia, siendo hoy en día el tratamiento más recomendado, junto con el trasplante de médula ósea y de células progenitoras procedentes del cordón umbilical

Distribución de la leucemia entre niños y adultos

Leucemia linfocítica aguda	Leucemia mielógena aguda
<ul style="list-style-type: none"> • Afecta a niños y adultos • Más frecuente en niños • Representa poco más del 50% de todos los casos de leucemia infantil 	<ul style="list-style-type: none"> • Afecta a niños y adultos • Representa poco menos del 50% de los casos de leucemia infantil
Leucemia linfocítica crónica	Leucemia mielógena crónica
<ul style="list-style-type: none"> • Afecta a adultos • Casi dos veces más frecuente que la leucemia mielógena crónica 	<ul style="list-style-type: none"> • Afecta principalmente a adultos • Casi un 50% de la frecuencia de la leucemia linfocítica crónica



un grupo de edades que en otro. La gran mayoría de los casos de leucemia infantil son del tipo agudo, el único tipo de leucemia crónica detectado en niños es la leucemia mielógena crónica. (Ver tabla en página anterior).

» Tratamiento de la patología

En los últimos 50 años la ciencia médica ha desarrollado tratamientos cada vez más efectivos para las víctimas de leucemia, lo que ha abierto grandes perspectivas en la remisión de la enfermedad.

Así, en los años sesenta se descubrieron muchos de los fármacos activos frente a la leucemia que han dado lugar a la actual quimioterapia, siendo hoy en día el tratamiento más recomendado, junto con el trasplante de médula ósea y de células progenitoras procedentes del cordón umbilical.

La quimioterapia emplea la combinación de unas 30 drogas especiales destinadas a destruir las células leucémicas. Estos medicamentos se administran en tres fases: inducción a la remisión, consolidación y mantenimiento.

La primera etapa dura de cuatro a cinco semanas y en ella se intenta destruir la mayor cantidad de células

malignas de la médula ósea, la cual se llena de células maduras formando sangre sana. Cuando ocurre la remisión, es decir, el control temporal de la afección, el paciente luce normal ya que los síntomas de la leucemia desaparecen. Sin embargo, hay ocasiones en las que la remisión es parcial y, por tanto, algunas manifestaciones persisten.

En la fase de consolidación, que dura de dos a tres semanas, se procura destruir las células cancerosas remanentes y prevenir una recaída.

Finalmente, para mantener la remisión y curar completamente al paciente, debe continuarse la medicación durante tres años ininterrumpidos a partir del momento en que se inicia el control de las células de la médula ósea. Por el contrario, si el tratamiento se interrumpe, el control del padecimiento es temporal y en un par de meses la leucemia se manifestará como antes de iniciar la quimioterapia.

Durante las distintas fases de la quimioterapia es necesario realizar niveles y exámenes de células sanguíneas y pruebas de médula ósea con el fin de ver la evolución del padecimiento y poder ajustar las dosis de los medicamentos.

Una de las principales contraindicaciones del tratamiento con quimioterapia es que los agentes químicos no destruyen selectivamente las células malignas, sino que también atacan células normales como las del sistema digestivo (provocando diarreas y úlceras en la boca), las de la raíz del cabello (caída del mismo) y de la médula ósea (disminución de las células sanguíneas), entre otros efectos. Asimismo, las personas tratadas con quimioterapia pueden tener mayor riesgo de infección debido a los bajos niveles de glóbulos blancos, pueden presentar contusiones o sangrar con facilidad por el

descenso de plaquetas y pueden cansarse con frecuencia por los bajos niveles de glóbulos rojos.

Años más tarde, en la década de los setenta, se introdujo una nueva variante en los tratamientos: el trasplante de médula ósea. En este caso, las células madres para el trasplante se toman de la médula ósea o de la sangre y se pueden obtener del propio paciente (variante autológica) o de un donante compatible (variante alogénica).

Estas células se administran al paciente en forma de transfusión de sangre una vez que el enfermo se ha sometido a dosis de quimioterapia para destruir las células cancerosas. Normalmente, las células madres transplantadas comienzan a producir glóbulos blancos en un período aproximado de 14 a 21 días.

Estos son los tratamientos en los que se basa la terapéutica de la leucemia actualmente. Sin embargo, existen otros como la radioterapia o la terapia de interferón, aunque éstos juegan un papel muy limitado en el tratamiento de las personas con leucemia.

Hoy en día, el objetivo de todos estos tratamientos es lograr una remisión de la enfermedad para después mantenerla. Por ello es necesario realizar exámenes de seguimiento durante varios años una vez finalizado el tratamiento, ya que a través de ellos el médico podrá seguir buscando señales de recurrencia del cáncer, así como efectos secundarios a corto y largo plazo.

Pese a los grandes avances conseguidos en los últimos años, la leucemia sigue siendo una enfermedad fatal para uno de cada cuatro niños y uno de cada dos adultos que la sufren. Por eso es necesario seguir trabajando para lograr en el futuro que las remisiones se conviertan en curas.

Los costes invisibles de la enfermedad

M^a Ángeles Durán Heras. Fundación BBVA

La primera edición del análisis *Los costes invisibles de la enfermedad* se llevó a cabo en 1999 y a ésta se han incorporado nuevos análisis de las fuentes empíricas aparecidas hasta el año 2001.

La población española requiere cada vez más cuidados de atención sanitaria, habida cuenta del aumento en la esperanza de vida, superior a los 75 años para los varones y a 82 para las mujeres. En horas de dedicación anuales, el tiempo destinado a los enfermos por el conjunto del personal sanitario es menos de un 15% del tiempo total que la sociedad española ha dedicado al cuidado de la salud.

En las enfermedades crónicas asociadas con la vejez, como el Alzheimer, el tiempo invertido por los familiares llega a superar el 99% del tiempo total de cuidados que requiere el enfermo. Estos han sido dispensados, tradicionalmente, por las mujeres aunque desde que aquellas de mediana edad, que han sido las prestadoras habituales de cuidados, se están incorporando a la población activa han desaparecido más de cien mil mujeres de la categoría tradicional de amas de casa.

En definitiva, cada vez hay más personas con necesidad de ser atendidas y menos disponibles para cuidarles.

El libro analiza los costes monetarios y no monetarios de la enfermedad, así como las personas sobre las que recaen estos costes y los efectos que provocan en su vida cotidiana. La obra muestra imágenes inéditas de la lucha de los enfermos por la libertad y el derecho a decidir sobre sí mismos, los límites de la responsabilidad del Estado y la familia, el crecimiento del sector sanitario público y privado, y los nuevos conceptos de desigualdad e igualdad de oportunidades basados en la adscripción de funciones de cuidado, que de hecho equivalen a la hipoteca de los recursos de tiempo disponible de los cuidadores para el acceso al empleo, al ocio, a la vida social y cultural.

M^a Ángeles Durán es catedrática de Sociología y profesora de investigación en el Instituto de Economía y Geografía del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), especialista en estudios de estructura social, estudios sobre la mujer, análisis del uso del tiempo aplicado al trabajo no remunerado, la salud y el urbanismo.

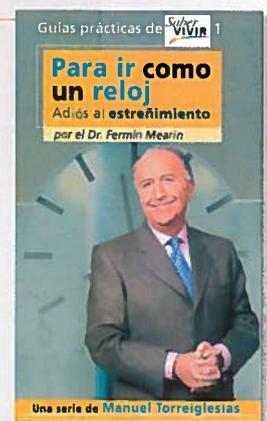
Para ir como un reloj Adiós al estreñimiento

Guías prácticas de Saber Vivir. Dr. Fermín Mearín Manrique

Este es el primero de los libros de la colección Saber Vivir, una serie de guías de salud coordinadas por Manuel Torreiglesias y editadas con la colaboración de TVE. El estreñimiento no es una enfermedad pero sí un problema que afecta aproximadamente al 5% de la población, que supone una gran molestia para la vida cotidiana de quien lo sufre y que tiene solución.

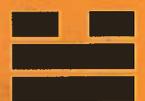
El doctor Fermín Mearín Manrique, director del Servicio de Aparato Digestivo del Centro Médico Teknon en Barcelona y autor del libro, expone de forma clara y sencilla, con un estilo totalmente coloquial, en qué consiste el problema del estreñimiento, cómo se debe tratar y cómo evitarlo.

Plantea todos los aspectos del problema, desde cómo hablar de él sin vergüenza, principios básicos de anatomía, causas y tratamientos. Finaliza con el capítulo "Un vocabulario médico para entender mejor este libro y a su doctor", lo que, en definitiva, define el espíritu del libro.





Feng Shui

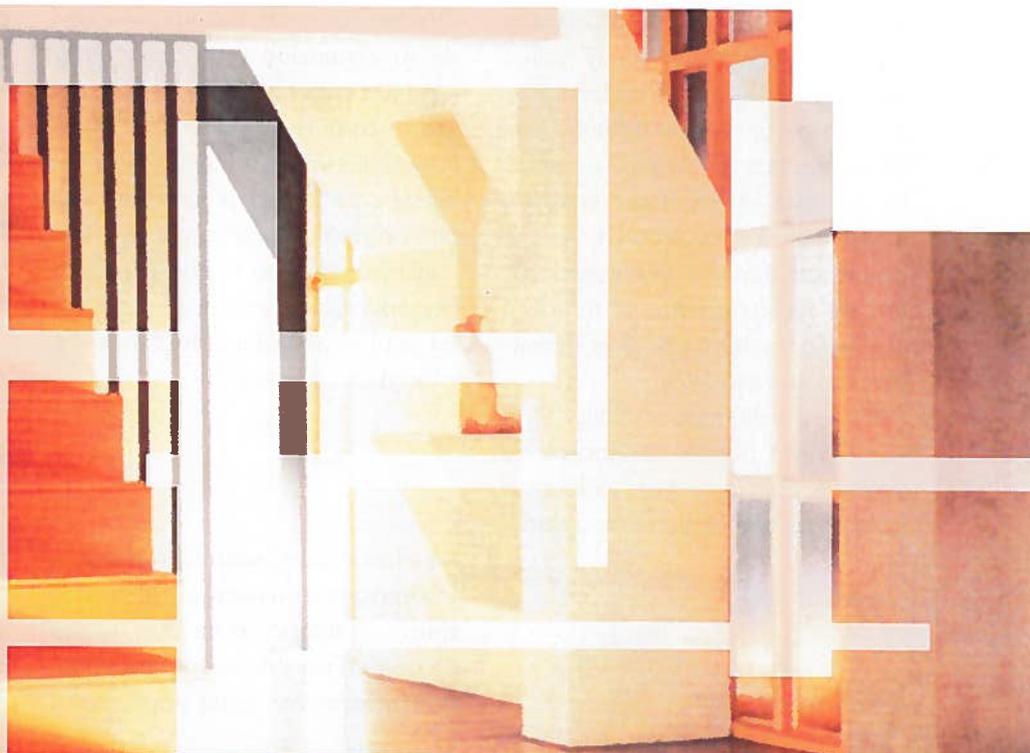


¿Cómo crear un espacio saludable?

El Feng Shui, como el Tai Chi, pertenece a ese conjunto de artes milenarias orientales que buscan el equilibrio y la armonía del cuerpo y la

mente. En el caso del Feng Shui, este objetivo se logra con la creación de espacios equilibrados cuya permanencia en ellos aporta un bienestar tanto psíquico como físico.

TEXTO Cristina Botello



» Nacimiento del Feng Shui

Aunque en la actualidad el Feng Shui o “viento y agua” se ha puesto muy de moda en los países occidentales, su origen es oriental y se remonta a unos 4.000 años atrás.

Fu Xi, jefe de una tribu milenaria china, es considerado el padre de esta disciplina: sus observaciones sobre los diferentes fenómenos que se suceden en la naturaleza le llevaron a crear las ocho figuras del Pa Kua, que son la base del Feng Shui. Sin embargo, las explicaciones a estas contemplaciones no llegaron hasta hace unos 2.500 años con la aparición del libro *I Ching*.

Este manual, considerado la base del Feng Shui, desarrolla, entre otras, las filosofías de los cinco elementos de la naturaleza y del Yin y el Yang, de gran importancia en la aplicación de esta disciplina.

A lo largo de los siglos, los principios y reglas en los que se basa el Feng Shui se han comprobado, verificado y establecido mediante repetidas observaciones y datos estadísticos, lo que le ha llevado a convertirse en una disciplina capaz de ofrecernos un sistema completo que está íntimamente ligado a la naturaleza y lo cósmico. Así, se puede afirmar que, al contrario de lo que erróneamente se tiende a creer, no existe nada de sobrenatural en sus aspectos.

En sus orígenes, el Feng Shui tenía como objetivo encontrar la correcta ubicación para edificar o para situar una explotación agraria.



Para generar un buen Chi (energía positiva) y crear así un Feng Shui correcto no es suficiente con mantener el espacio limpio y ordenado. El equilibrio y, por tanto, la armonía de un espacio dependen también de la combinación del mismo con sus elementos. En este sentido, existen varios principios sobre los que gira el Feng Shui:

Sin embargo, conforme el hombre ha ido evolucionando y el Feng Shui se ha desarrollado, su aplicación se ha ampliado al entorno urbano y a los ambientes interiores. De esta manera se ha podido adaptar a los modernos estilos de vida actuales, siendo utilizado hoy en día en muchos países tanto de Oriente como de Occidente, donde su expansión tuvo lugar en la segunda mitad del siglo XX gracias al intercambio cultural que supone la práctica de una lengua tan universal como es el inglés. Este hecho originó el nacimiento de la Escuela Intuitiva, en la que se trabaja por adaptar los principios esenciales del Feng Shui a la forma de ser y de vivir occidental.

» ¿Cómo se explica el Feng Shui?

Muchas veces sentimos rechazo instintivo por un lugar o, por el contrario, la sensación de estar como en casa en un sitio al que acudimos por primera vez. Estas impresiones

tienen parte de su explicación en el Feng Shui: el espacio que nos rodea y su distribución tienen una influencia directa en nuestra vida, nuestro estado de ánimo, nuestra capacidad de decisión y de creación, nuestras relaciones...

Esto nos lleva a poder definir el Feng Shui como un arte encaminado a crear ambientes equilibrados y armoniosos con el entorno que nos rodea: nuestra casa, trabajo, ciudad, etc., con el fin de reconocer, estimular y armonizar la energía ambiental existente. De tal manera que el Feng Shui actúa directamente sobre los espacios y no sobre las personas, las cuales recibirán una clara repercusión de los efectos que emanan de dichos espacios.

Para conseguir un óptimo Feng Shui, el equilibrio espacial es fundamental, y éste se logra mediante la simetría, proporción de colores, formas, luces, materiales y una distribución de los complementos y muebles de acuerdo a unas reglas fijas, que deben adaptarse según la persona a la que van destinada los

Principios del Feng

- **Vigas.** Hay que evitar en la medida de lo posible ubicar aquel mobiliario en el que vamos a pasar muchas horas (cama, sofás, mesa de trabajo...) bajo las vigas y más si éstas son visibles, ya que además de ser síntoma de obstáculos y rupturas, pueden levantar fuertes dolores de cabeza. Si no es posible alejar estos elementos de la viga, se pueden usar pequeños trucos como situar un carillón eólico justo debajo.
- **Pasillos y escaleras.** Hay que tener en cuenta la forma de pasillos y escaleras, así como su ubicación con respecto a las puertas. En este sentido, no es aconsejable que ninguna puerta de la casa esté justo al final del pasillo, o al principio o al final de la escalera, ya que al fluir por ellos la energía, acelerándose en los tramos rectos, impactará fuertemente en esa habitación. Para suavizar el Chi se pueden colocar plantas, espejos o alfombras que lo frenen.

efectos que se pretenden conseguir con el Feng Shui y las funciones que deban realizarse.

» El Feng Shui y nuestra salud

El cuidado de nuestra salud es una de las principales preocupaciones de la sociedad. Las revisiones médicas, la práctica de deporte o una alimentación equilibrada son sólo algunas de las constantes imprescindibles para mantener una vida saludable. Sin embargo, la aplicación del Feng Shui también nos ofrece recursos energéticos para conseguir un equilibrio tanto físico como psíquico que favorezca la prosperidad, armonía y belleza de nuestro cuerpo.

Para poder comenzar a hablar de la influencia que el Feng Shui tiene en nuestra salud es necesario conocer las corrientes de energía que existen en la tierra según esta disciplina: Chi o energía positiva y Sha o energía negativa. Si relacionamos ambas con la teoría del Yin y el Yang, la primera sería la polaridad negativa del Chi, siendo sus

patologías más habituales la depresión, la tristeza y el agotamiento; y el Yang sería la positiva, siendo sus enfermedades más comunes el estrés, los nervios y la hiperactividad.

Asimismo, en el Feng Shui, una vivienda sucia, desordenada y poco cuidada es sinónimo de un hogar insano. De esta manera, las primeras manifestaciones somáticas que pueden alertar de la posibilidad de estar afectado por una vivienda nociva son las alteraciones del sueño, la dificultad para levantarse por la mañana, la sensación de un mayor cansancio tras el supuesto descanso, mareos matinales, reacciones alérgicas, agotamiento crónico y dolores de cabeza y de espalda persistentes.

En este sentido, lo primero que hay que tener en cuenta a la hora de organizar un hogar sobre las bases del Feng Shui es que éste siempre debe estar limpio y ordenado: una ventilación adecuada, evitar elementos estropeados como tuberías atascadas o puertas que hagan ruido, y no abusar de productos de limpieza químicos, utilizando en la

medida de lo posible jabones y bayetas naturales son sólo algunos de los aspectos que hay que cuidar para crear una vivienda saludable.

Igualmente, las plantas, siempre bien cuidadas y en buen estado, son símbolo de gran salubridad. Por eso es aconsejable que parte de la decoración de nuestro hogar tenga como base las macetas con flores, los árboles y las plantas (pudiendo ser éstas también artificiales). Asimismo, este tipo de decoración puede ser sustituido por cuadros, jarrones y alfombras con motivos florales o paredes decoradas con colores terrosos o con papel de temas naturales. Las flores más apropiadas para conseguir una mejor salud y longevidad son el bambú, narciso, peonía, peral, pino y prímula.

Lograr un buen Feng Shui y, por lo tanto, un bienestar tanto físico como psíquico, no sólo depende del plano arquitectónico y decorativo del espacio. Los sonidos, aromas, símbolos e, incluso, la indumentaria, también contribuyen a crear un espacio Feng Shui.

Shui

- **Puertas.** Es necesario dominar siempre la puerta de la habitación en la que estemos, evitando en lo posible tenerla en frente ya que eso es perjudicial. Asimismo, ninguna debe llevar algo que resulte pesado o que dificulte su apertura.
 - **Luz.** Una casa o negocio con demasiada luz o con falta de la misma pueden ocasionar enfermedades, debilidad, etc. Cuando exista falta de luz lo idóneo es usar la luz directa, tanto la natural como la artificial.
 - **Cortinas.** Actúan de filtro impidiendo el paso del Chi negativo y transformando las malas energías que puedan venir del exterior en saludables y útiles para el hogar.
 - **Cama.** Un buen descanso nos permite llevar una vida más relajada y optimista, por eso la posición de la cama es importantísima para favorecer una buena salud. En este sentido, es aconsejable que la cama quede en una dirección desde la cual no se vea la
- puerta, evitar que las esquinas sobresalientes la apunten y que los espejos la reflejen. Asimismo, el cabecero no debe estar pegado a una pared expuesta a algún electrodoméstico o al baño.
- **Cómo sentarnos.** A la hora de sentarnos debemos evitar hacerlo de espaldas a una ventana y a la puerta de entrada o de frente a una pared, porque ello nos daría un constante sentimiento de inseguridad y mantendría nuestro cerebro en alerta.

XIV Congreso Auxiliares

Tenerife acogió a más de 450 Auxiliares de



A COMIENZOS del mes de abril tuvo lugar el XIV Congreso Nacional de Auxiliares de Enfermería que, como cada año, organiza la Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería (FAE). En esta ocasión, el marco elegido para celebrar este evento fue Playa de las Américas, dentro del municipio de Arona (Tenerife). Durante los días 2, 3 y 4 de abril este lugar fue punto de encuentro de los más de 450 Auxiliares de Enfermería, que finalmente acudieron en calidad de congresistas para ampliar y actualizar sus conocimientos sobre la temática elegida para esta edición: *El paciente oncológico y su entorno*.

El programa científico desglosado durante estas tres jornadas estuvo formado por un total de 23 trabajos, sumando ponencias y

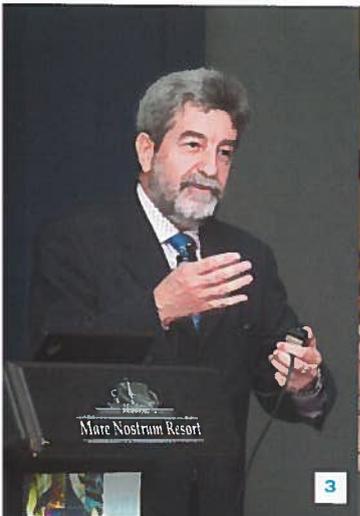
comunicaciones, que tuvieron como protagonistas a los propios Auxiliares de Enfermería y a otros profesionales sanitarios expertos en oncología.

El acto inaugural estuvo presidido por el director general de Salud Pública del Gobierno de Canarias, don Francisco Rivera Franco. Además, participaron en esta apertura oficial del Congreso la directora de Recursos Humanos, Carmen Aguirre; el alcalde del municipio de Arona, Antonio Miguel Delgado; el Dr. Francisco Javier Dorta Delgado, presidente de la Sociedad Española de Oncología Médica y jefe del Servicio de Oncología Médica del Hospital



Nacional de de Enfermería

Enfermería con la oncología como eje central



3



4



6



7



9

Universitario Virgen de la Candelaria de Tenerife; la presidenta de FAE, Dolores Martínez Márquez y la presidenta del Congreso, Inmaculada García Fuente.

A continuación de esta presentación oficial se inició el turno de los ponentes en el Congreso Nacional de FAE, con la intervención del Dr. F. Javier Dorta. Durante su ponencia, el Dr. Dorta abordó el cáncer, segunda causa de mortalidad en España después de las enfermedades cardiovasculares, como problema sanitario y social, teniendo en cuenta las variables que condicionan su aparición y demostrando de forma concluyente que la mayor parte de los cánceres son debidos a factores externos (desde el tabaco a factores geofísicos,

- 1 Inauguración del XIV Congreso Nacional de FAE: de izquierda a derecha Dr. Francisco Javier Dorta, Presidente de la Sociedad Española de Oncología y Jefe del Servicio de Oncología Médica del H. U. Virgen de la Candelaria de Tenerife; Francisco Rivera, Director General de Salud Pública; Dolores Martínez, Presidenta de FAE; Antonio Miguel Delgado, Alcalde de Arona; Carmen Aguirre, Directora de Recursos Humanos; Inmaculada García, Presidenta del Congreso.
- 2 Dr. Francisco Calero, Jefe del Servicio de Ginecología Oncológica del H. la Paz (Madrid).
- 3 Dr. Marcos Gómez, Dtor. de la Unidad Médica Paliativa del H. Dr. Negrín de Gran Canaria (Las Palmas).

- 4 Imagen del Congreso.
- 5 Ponencia de Auxiliares de Enfermería.
- 6 Dr. José Aguiar, Jefe de Sección de Oncología Médica del H. de Gran Canaria Dr. Negrín (Las Palmas).
- 7 El Secretario General de Sanidad, D. Rafael Pérez-Santamarina Feijóo, toma la palabra durante el acto de clausura.
- 8 Mesa redonda sobre "Normalización de la vida del enfermo oncológico".
- 9 Ponencia del Dr. Claudio Otón, Catedrático de Oncología Radiológica del H. U. de Canarias (Tenerife).

pasando por la alimentación, el consumo excesivo de alcohol, las radiaciones ultravioletas, los aditivos alimentarios, la contaminación atmosférica, ciertos productos industriales...).

También el Dr. Marcos Gómez, director de la Unidad Médica Paliativa del Hospital Dr. Negrín de Gran Canaria, fue otro ponente destacado, con una ilustrativa intervención sobre los cuidados paliativos. En la misma señalaba que, por las especiales condiciones que rodean a un enfermo terminal, se requiere una atención muy específica hacia las necesidades que genera. Así, ningún servicio de oncología de los considerados prestigiosos debería prescindir de una unidad que prestara buenos cuidados paliativos a los enfermos que los precisen.

Todo ello significa, en definitiva, una atención global al enfermo, teniendo en cuenta las dimensiones físicas, psíquicas, sociales y espirituales del paciente, así como otros aspectos que pueden condicionar su sufrimiento. Para alcanzar esta atención, resulta imprescindible impulsar el control de síntomas, el apoyo emocional, la comunicación, los cambios en la organización y el trabajo coordinado de un equipo multidisciplinar.

Por su parte, el Dr. José Aguiar Morales, jefe de Sección de Oncología Médica de Gran Canaria también en el Hospital Dr. Negrín de Las Palmas, expuso otra de las ponencias reseñables: "Cuidados al paciente oncológico en programas de quimioterapia", arrojando una serie de datos concluyentes, como la estadística de que en España fallecen anualmente cerca de 80.000 personas por tumores malignos. Asimismo, las medidas terapéuticas capaces de detener el crecimiento tumoral y erradicarlo en mayor o

menor medida son de variada naturaleza, y su aplicación depende del tipo de tumor, su localización, tamaño, etapa evolutiva y otras condiciones biológicas.

Dentro de este entramado oncológico, no sólo en lo que respecta a pacientes avanzados o terminales, sino también para aquellos que están en tratamiento con altas posibilidades de curación, aparece la figura del Auxiliar de Enfermería con un papel fundamental en el hospital desde el punto de vista asistencial.



El Auxiliar de Enfermería asiste al paciente a través de programas de quimioterapia citotóxica o de los tratamientos farmacológicos, pero también cumple una importante función desde el punto de vista anímico en relación a la propia enfermedad y a las circunstancias que la rodean, tales como miedo, ansiedad, depresión, incertidumbre, desconfianza..., situaciones en las que la personalidad, preparación y disposición del Auxiliar de Enfermería están por encima de cualquier manual de referencia.

En cualquier caso, el apoyo y la ayuda que puede prestar el Auxiliar de Enfermería es inestimable. El tiempo que pasa con el paciente y el hecho de que la relación con él sea

muy cercana bajo el punto de vista personal inciden en que exista un importante grado de confianza y acercamiento por parte del paciente, lo que favorece enormemente la intención de ayuda.

» Ponencias de Auxiliares de Enfermería

En la tribuna de oradores también hubo cabida para ponencias y comunicaciones realizadas por los propios Auxiliares de Enfermería, en representación de centros hospitalarios de varias comunidades autónomas. Trabajos gestados en centros como el Hospital de Calahorra de La Rioja, el Hospital de Santiago de Compostela, el

1 La segunda comunicación premiada fue la de las Auxiliares de Enfermería del H. Virgen de la Cinta de Tortosa.

2 Auxiliares de Enfermería del H. Virgen del Rocío de Sevilla galardonadas con el premio al mejor póster.

3 Autoras de la comunicación "Cáncer, muchas enfermedades, un sólo problema", del H. C. U. de Santiago de Compostela, primer premio del Congreso de FAE.



Hospital Virgen de la Cinta de Tortosa, el Hospital 12 de Octubre de Madrid o el Hospital de Paraplégicos de Toledo, tuvieron su protagonismo.

Por supuesto, también se expusieron trabajos de Auxiliares de Enfermería pertenecientes a la comunidad en la que se celebraba el Congreso. Éste fue el caso de la ponencia "Eliminación de residuos y citostáticos", presentada por Carmen de León Castillo, Auxiliar de Enfermería en el Servicio de Oncología del Consorcio Sanitario de Canarias.

El gran riesgo toxicológico que implica la manipulación de elementos citostáticos utilizados en el tratamiento farmacológico de enfermedades neoplásicas, como es el caso de los tumores, puede afectar al manipulador, al enfermo y al medio, al estar diseñados para provocar la muerte celular, sin distinción entre las células sanas y las cancerosas. Los Auxiliares de Enfermería cumplen precisamente un

papel fundamental en la clasificación, manipulación y eliminación de estos residuos, por lo que el rigor y cumplimiento de los protocolos cuando existe el peligro latente de un contacto accidental fue uno de los pilares divulgativos de esta ponencia, así como la necesidad de crear más plantas de citostáticos y establecer programas de información que reduzcan riesgos pasivos en la quimioterapia a domicilio.

Otra de las presencias protagonistas en el Congreso Nacional por parte de Auxiliares de Enfermería fue la de Pedro Guzmán Mora, AE/TCAE en el Hospital Universitario Ntra. Sra. de la Candelaria. Durante su exposición sobre "El paciente hematológico: seguimiento psicológico de su proceso", fueron relatados los síntomas y signos que los Auxiliares de Enfermería han detectado en el proceso que atraviesan los pacientes de la planta de hematología, sobre todo desde el punto de vista de la enfermedad hematológica más conocida e importante a escala mundial: la leucemia.

El programa científico del XIV Congreso Nacional de FAE tuvo como colofón en la última jornada una mesa redonda, con el testimonio de varias personas que han vivido de cerca la experiencia de los pacientes oncológicos. En el transcurso de la misma se defendió la necesidad de normalizar la vida de estos pacientes como reto principal en todos los casos de enfermedad oncológica.

En este proceso de adaptación a la enfermedad y sus secuelas se destacó además el papel que ejercen los profesionales de la salud, que comparten la evolución y, en gran medida, las preocupaciones de estos pacientes. Muchas veces lo que necesitan estos enfermos es confianza,

refuerzo, impulso e ideas para poder sobrellevar su situación, algo que pueden dispensar desde su experiencia en el trato directo y cotidiano con estos afectados los Auxiliares de Enfermería.

» Reconocimiento a las mejores comunicaciones y mejor póster

La jornada final del viernes fue el momento escogido para la votación por la que los congresistas eligen a la que consideran la mejor de las comunicaciones presentadas durante el Congreso, así como el mejor póster de entre los expuestos en este evento.

A través de esta votación, resultó elegida como mejor comunicación la realizada por M^a Anunciación Encimas Santos y Montserrat Cires Freixes, Auxiliares de Enfermería en el Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, con el título "Cáncer, muchas enfermedades, un sólo problema".

La segunda comunicación destacada por los asistentes al Congreso Nacional de FAE fue "Interrelación con los pacientes oncológicos y su familia. ¿Qué podemos hacer?", cuyas autoras son Luisa López, Conchita Martorell, Laura Sanfélix, Mercedes Robles, Toñi Romero, Montserrat Bertomeu, Conchita Cervera, Carmen Ortiz, Flor Forcadell y Cinta Lozano, todas ellas Auxiliares de Enfermería en el Hospital Virgen de la Cinta de Tortosa de la provincia de Tarragona.

Por último, el galardón al mejor póster recayó en "¿Por qué a mí?", de Marta C. Melero Añón, M^a Teresa López Sánchez, Esmeralda Alejandre Ruiz y Ana León Martín, Auxiliares de Enfermería en el Hospital Virgen del Rocío de Sevilla.

Noticias del M

Noticias



» Avances en Urología

Recientemente se ha celebrado en Madrid el XVIII Congreso de la Asociación Europea de Urología (AEU), en el que se han abordado temas tan relevantes como la importancia de las nuevas técnicas aplicadas a la cirugía urológica o la detección prenatal de posibles patologías en el aparato urinario.

En este sentido, la laparoscopia se ha convertido en una de las técnicas de mayor aplicación a la hora de detectar posibles enfermedades urológicas, facilitando así su diagnóstico y tratamiento.

El auge de este tipo de tecnología aplicada a la cirugía urológica se debe tanto a una realización más precisa de las intervenciones quirúrgicas, lo que disminuye la morbilidad, como a unos resultados mucho más beneficiosos para el paciente, ya que al no tener que abrir el abdomen la agresión es mínima, siendo las molestias tras la operación prácticamente inexistentes. Asimismo, los elevados costes que se desprenden del uso de este tipo de técnicas se compensan con el ahorro que supone un postoperatorio más breve, por lo que el coste final de la intervención resulta similar al de la cirugía convencional.

Asimismo, otro de los aspectos importantes que se ha dado a conocer en el Congreso está directamente relacionado con la prevención de este tipo de enfermedades. Se trata de conseguir con la ecografía un diagnóstico precoz de malformaciones urológicas durante el embarazo, lo que supone un extraordinario avance en este campo, ya que hace posible que el tratamiento se inicie tras el parto y no cuando la función renal se encuentra ya alterada.

Mundo Médico

del Mundo Médico

Los últimos casos de sarampión han alertado a la sociedad española, preocupada por una enfermedad que hasta ahora teníamos considerada erróneamente como benigna. Es causada por un virus llamado *morbilivirus* y únicamente es el ser humano el que la padece, aunque algunos primates pueden desarrollar esta patología. Los programas de vacunación, sobre todo en los países desarrollados, han conseguido que la enfermedad disminuya en un 99%. El contagio se produce por contacto directo con el enfermo a través de sus secreciones respiratorias y por el aire, de dos a cinco días antes de la aparición de la erupción, hasta cuatro días después de ésta. El periodo de incubación es de diez a doce días.

La enfermedad se torna más grave en los lactantes y en los adultos que en los niños. La importancia de la inmunización ante esta enfermedad se hace más evidente cuando sabemos que en los países subdesarrollados tras la enfermedad y, por causa de la desnutrición, pueden llegar a darse casos de ceguera. Durante el embarazo también aumentan las posibilidades de aborto espontáneo o malformaciones.

El tratamiento específico y los cuidados deben ir encaminados a controlar los síntomas como la fiebre y la tos. No es aconsejable la utilización de la aspirina y los jarabes con codeína en niños menores de 12 años. Asimismo, los antibióticos se evitarán si no existe una razón que justifique su uso.

La enfermedad puede aparecer en todos aquellos que no la hayan padecido o que hayan sido vacunados después de los 15 meses de edad, así como en niños muy pequeños que no tengan defensas transmitidas por la madre.

Las complicaciones pueden ser consecuencia de la replicación vírica o de una infección bacteriana sobreañadida, e incluyen infección del oído medio y/o bronconeumonía, laringotraqueítis, diarrea y, ocasionalmente, encefalitis, que puede causar la muerte o dejar serias taras neurológicas.

Con todo esto, lo que hay que tener muy en cuenta es que la prevención es absolutamente imprescindible para evitar la enfermedad. La educación de la población debe hacerse rigurosa por parte de los departamentos de salud, médicos particulares, alentando la inmunización contra el sarampión en todos los lactantes, niños adolescentes y adultos jóvenes susceptibles.

» Sarampión



...Y para variar

En la modalidad de poesía, los ganadores del Segundo Certamen de Cuento y Poesía convocado por SAE y FAE han sido Pablo Sau Escudero, de Zaragoza, en la categoría de 8 a 12 años por su poema "El marinero enamorado"; y Patricia Rúa Moreira, de Madrid, en la categoría que comprende las edades de 12 a 16 años por su poesía "¿Por qué?". Publicamos en esta sección ambos trabajos.

¿Por qué?

El mar se ha vuelto negro
y los ojos de la gente cristalinos.
Toda la carga de un petrolero
sobre nuestro mar ha caído.

Veo la vida y la tierra
negra como el carbón.
Siento no poder hacer nada
por pequeña que sea la acción.

Necesito llorar,
echar unas lágrimas por mi Galicia,
por aquella tierra
que hizo que me dieran la vida.
Sus verdes laderas,
su tierra marrón,
todo muerto y ahogado
por un hombre sin perdón.

¿Es que ese hombre no sabe
que nos está matando todo
por lo que la gente subsiste,
por lo que lucha codo con codo?

Pregunta tonta
para una mente cerrada,
un mafioso cegado
por la fiebre dorada.

Patricia Rúa Moreira
(12-16 años)

El marinero enamorado

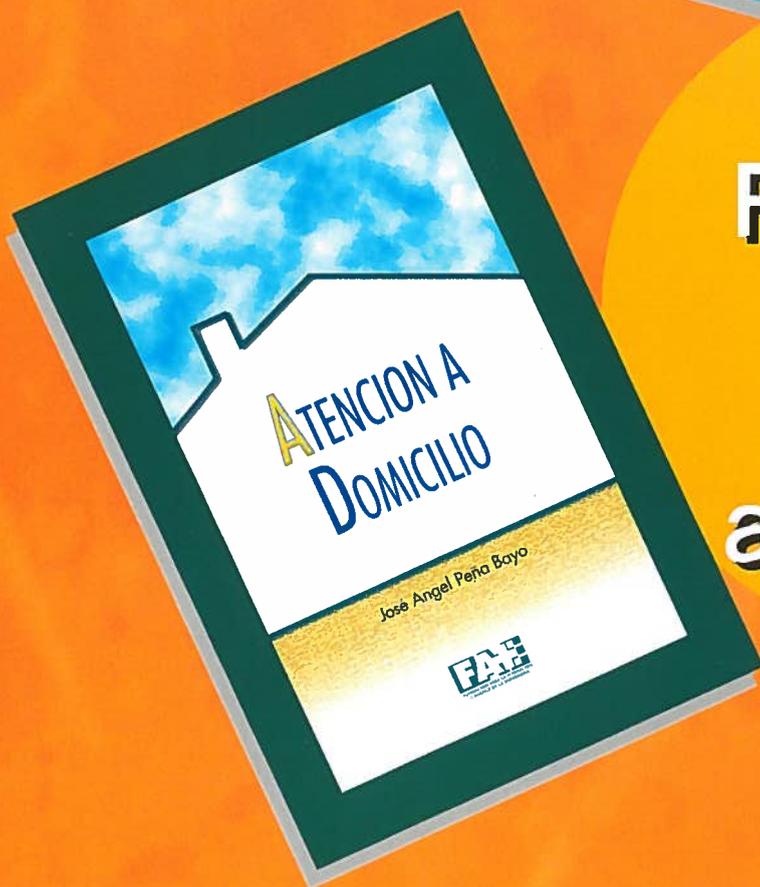
Enamorado
estaba el viento.
Enamorado
estaba el mar.
Y aquel marinero no paraba
de pescar.

El marinero de tanto pescar,
pensó que algún día
se quedaria enamorado
del mar.

Enamorado
se quedó del viento.
Enamorado
se quedó del mar,
porque nunca, nunca, nunca
paraba de pescar.

Pablo Sau Escudero
(8-12 años)





**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

