



nº 35 • Revista de Auxiliares de Enfermería
Tercer Trimestre 2003

Fuentes de salud

Separata: informes profesionales elaborados
por Auxiliares de Enfermería

PROGRAMA DE FORMACIÓN

CURSO ACADÉMICO
2003/2004

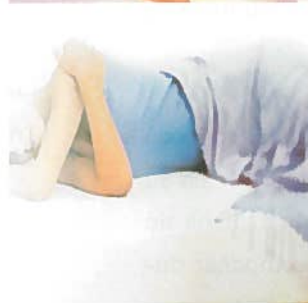
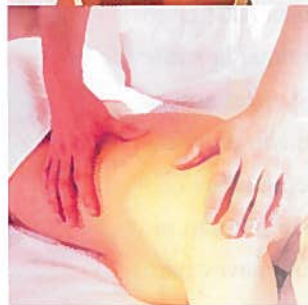
FAE
FUNDACIÓN PARA LA FORMACIÓN
Y AVANCE DE LA ENFERMERÍA

CURSOS

- Actualización del Auxiliar de Enfermería en el Equipo de Cuidados
- Actualización del Auxiliar de Enfermería/TCAE en hospitalización
- Actuación del Auxiliar de Enfermería (TCAE) en el bloque quirúrgico I y II
- Alzheimer y calidad de vida
- Anorexia y Bulimia
- 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 laringectomizado
- 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 especiales al recién nacido
- 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
- 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
- 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 BALNEARIOS. Las propiedades terapéuticas del agua termal suponen una mejora en la salud de los usuarios de balnearios, centros de talasoterapia y spa. **08 CINE Y MODA SIN TABACO.** La OMS quiere dejar libre de humos las salas de cine y las pasarelas de moda. **13 ¿CÓMO DISFRUTAR DEL SOL SIN RIESGOS?** Una actitud irresponsable ante los rayos solares puede tener consecuencias nefastas que, antes o después, terminarán por pasar factura. **37 QUIROPRÁCTICA.** Los quiroprácticos diagnostican, tratan y rehabilitan los problemas mecánicos de la columna vertebral. **40 PREMIO FAE.** La Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería entrega los premios del VII Certamen Nacional de Investigación. **43 DORMIR SOBRE SEGURO.** El primer estudio científico sobre el efecto de la firmeza del colchón en el dolor de espalda se ha realizado en España, con unos resultados que desmitifican la falsa creencia de que el colchón, cuanto más duro, mejor. **52 Y PARA VARIAR.** Los orígenes de una orden, la de Malta, que ha perdurado durante siglos.



CONSEJO EDITORIAL DE NOSOCOMIO

DIRECTORA Dolores Martínez Marquez **CONSEJO DE REDACCIÓN** Ana Escobar Flórez, Lucía Turienzo Cabero **REDACTORA JEFE** Montse García García **REDACCIÓN** Javier Villoslada, Cristina Botello **COMITÉ CIENTÍFICO** Teresa Soy Andrade, José Ángel Peña, Cecilia Dou Marcos **COLABORADORES** José Ángel Peña, BERBES 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. 28009 Madrid. Tels.: 91 309 01 02. Fax: 91 402 23 25. E-mail: sae@sindicatosae.com **DEPÓSITO LEGAL:** M-14.435-1993 **ISSN:** 3847
La empresa editora no se hace responsable de las opiniones que los colaboradores de NOSOCOMIO puedan expresar en estas páginas

LA RECUPERACIÓN Y EL AUGE DE LOS BALNEARIOS, esos centros que nos hacen sentir como los antiguos romanos en busca de la paz del espíritu, es una opción que casi siempre se decide en verano, ya que es la época en la que más nos preocupamos de cuidarnos por dentro y por fuera.

Todos los agentes externos, que durante el año van mermando la relajación y el bienestar físico, quedan aparcados para dar prioridad a la salud, a pensar en nosotros y en una mejor calidad de vida para enfrentarnos a la rutina de cada día. Esta opción, para los que han decidido conocerla y disfrutarla, se ha transformado en un rito al que no se debe renunciar. Hasta hace poco sólo las personas mayores tenían conciencia de la asistencia continuada a este tipo de instalaciones, donde conseguían paliar muchos de sus dolores ante la incredulidad de sus familiares más jóvenes. Pero esto ha cambiado drásticamente, ya que no solamente ahora es la gente joven quien frecuenta los balnearios, también se han incorporado los niños, quizá los que siempre han sabido disfrutar del agua y para quienes existen alternativas más suaves para aprender a relajarse aprovechando, como todos, las propiedades curativas de las aguas.

Desde estas páginas queremos animar a todos aquellos que aún no conocen este tipo de instalaciones a que prueben a dejarse cuidar y a pensar en su cuerpo como ese elemento imprescindible del que tiramos cada mañana sin muchas veces darle tregua al descanso y que nos habrá de acompañar durante el resto de nuestra vida.

Son muchos los puntos de España donde podemos encontrar balnearios. Sus precios son accesibles y, obviamente, la proliferación de los mismos demuestra que la compensación de la inversión económica merece la pena, así que no lo dudes, y si todavía no te has dado ese gustazo no lo pienses y termina este año descubriendo algo que, de seguro, se convertirá en imprescindible para tu salud y la de tu familia.

Buzón de sugerencias

FELICIDADES COMPAÑERAS

Begoña García

BILBAO

Como Auxiliar de Enfermería me siento orgullosa de formar parte de un colectivo que se preocupa por su formación y de que alguna entidad valore este interés del colectivo. Por eso, agradezco a la FAE su iniciativa de llevar a cabo cada año el Certamen Nacional de Investigación que nos da la posibilidad de investigar, estudiar y dar a conocer el fruto de nuestro esfuerzo. Aprovecho este espacio para felicitar a nuestra compañera del Hospital de la Princesa por el premio conseguido, así como a quienes se les ha otorgado el accésit y la mención especial. Ellas representan este año el esfuerzo de miles de compañeras que a diario en los hospitales trabajan por mejorar su profesión y su dedicación a la misma. Mi más sincera enhorabuena tanto a los tres ganadores como a FAE por la iniciativa que tuvo hace ya varios años.

PACIENTE EN INGLATERRA

Benita Nieto

LA RIOJA

Recientemente he pasado unos meses en Inglaterra y durante mi estancia allí me vi obligada a permanecer ingresada en un hospital por un problema digestivo (sinceramente creo que provocado por la ingesta de su alimentación). El caso es que como paciente pude comprobar que, sin ser malo, el trato ofrecido a los enfermos dista mucho del que ofrecemos en los centros españoles. El cariño, la educación, el respeto, en definitiva la humanidad que, en términos generales, ofrecemos los profesionales españoles no cuenta entre la oferta de los ingleses. Por el bien de los pacientes ingleses, espero que ésta no sea la tónica general sino una racha de mala suerte que tuvo una paciente española, pero me ha servido para darme cuenta de lo importante que son las cuestiones que he comentado y, aunque ya aportaba mis dosis de cariño a los pacientes, desde mi vuelta he intentado esforzarme un poquito más para hacer más llevadera la estancia

de los pacientes en el centro donde trabajo, aunque sean ingleses.

EL TRABAJO DEL VOLUNTARIADO

Irene Sierra


MADRID

Considero que el trabajo de los voluntarios es muy loable y que la sociedad puede obtener importantes beneficios de la labor que, desinteresadamente, desarrollan estas personas en bien de su prójimo. Sin embargo, me parece igualmente deleznable que desde algunas instancias se permita que el esfuerzo de estos voluntarios esté encubriendo mano de obra gratuita. He podido comprobar en multitud de ocasiones cómo las labores que está desarrollando el voluntario entra dentro del terreno laboral. Pero, claro, cubrir esas situaciones como puesto de trabajo supone retribuir a una persona por el desarrollo de las mismas, y si alguien lo hace gratis y, además, contento mejor que mejor. Supongo que deberá llevarse a cabo alguna medida para evitar que situaciones como éstas continúen y degeneren en algo peor.

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

Fuentes de

A photograph of a woman with long dark hair, wearing a white and orange bikini, floating on her back in clear blue water. She has a joyful expression, with her mouth open as if laughing or smiling. The water is bright and bubbly, suggesting a spa or pool setting.

El poder curativo,
tonificante
y relajante del agua
está demostrado.

Más de un millón de personas, que acudieron el año pasado a balnearios, centros de talasoterapia y spas, así lo han constatado.



salud

TEXTO Montse García

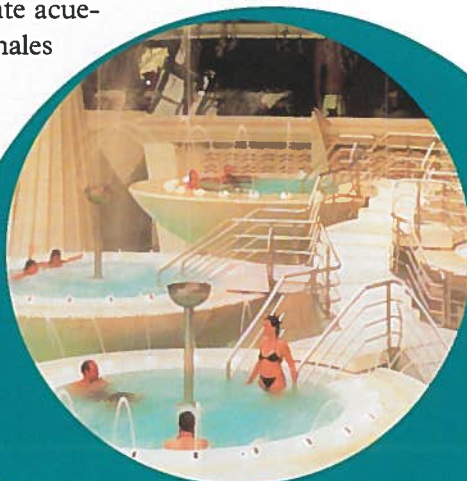
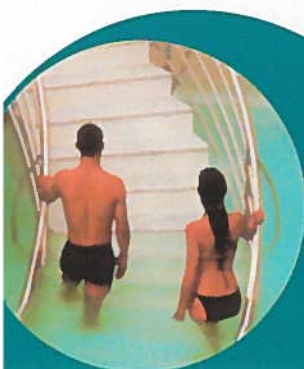
LAS RUINAS MÁS ANTIGUAS dedicadas a baños termales datan del año 2000 a.C. y se encuentran en la localidad india de Mohenjo Daro. También se encontraron instalaciones similares en la isla de Creta, el palacio de Cnosos (1700 y 1400 a.C.) y en Egipto (1350 a.C.). Al principio, las termas eran dependencias de gimnasios y desde fines del siglo V a.C. se construyeron complejas instalaciones independientes con baños de vapor y piscinas mixtas de agua caliente, templada y fría.

En cuanto a las termas romanas más antiguas aún conservadas se encuentran en Pompeya (siglo II a.C.). El agua era traída mediante acueductos desde fuentes termales

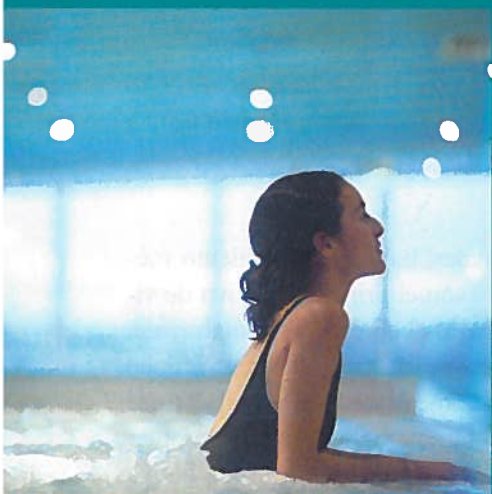
alejadas. Se calentaba el interior de las estancias por medio de conductos de agua caliente bajo los suelos.

La cultura termal romana es la que más nos acerca a los balnearios de la actualidad, ya que entendía el baño como una actividad social, de carácter lúdico y terapéutico. En este sentido, en las termas públicas tenían lugar —además del baño— actividades tan diversas como el deporte, los tratamientos estéticos, el juego o los negocios. Los romanos conocían los beneficios del agua y la empleaban para combatir enfermedades y cultivar el bienestar y la belleza personal. Las curas

termales, bajo reconocimiento médico, son el principal motivo de visita a los balnearios. Actualmente, los balnearios son un lugar idóneo donde mejorar no sólo la salud física sino también el estrés y los problemas derivados de una vida activa y ajetreada. La oferta de los balnearios se ha completado en los últimos años con diferentes tipos de actividades turísticas y de ocio, agrupando de esta manera a gente de diferentes edades.



Actualmente, los balnearios son un lugar idóneo donde mejorar no sólo la salud física sino también el estrés y los problemas derivados de una vida activa y ajetreada

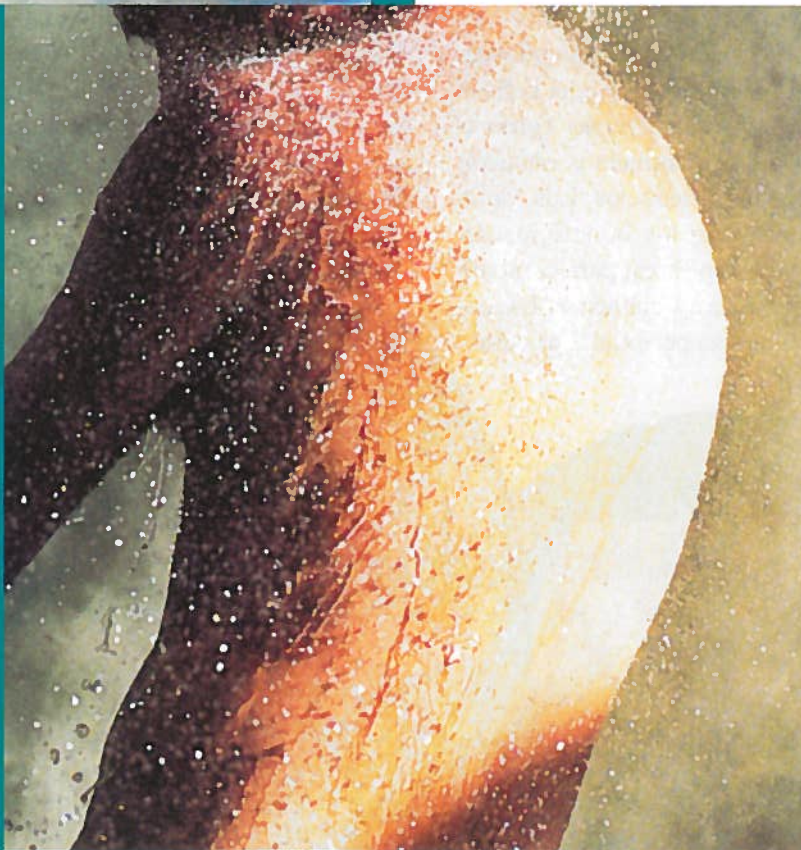


La actividad terapéutica del agua termal permite conjugar el descanso y el relax con la tonificación y la puesta a punto. Las curas termales son preventivas y curativas, al tiempo que contribuyen a la readaptación del paciente. Si a la ubicación de los balnearios, en zonas de gran vegetación y aire puro, unimos la tranquilidad física y psíquica, la alimentación racional, y la liberación del alcohol, tabaco y medicamentos que propician, nos encontramos en un lugar ideal para recuperar la forma física y cierto grado de equilibrio mental.

Un balneario o estación termal es aquella instalación que dispone de aguas minero-medicinales declaradas de utilidad pública, de servicios médicos y de instalaciones adecuadas para llevar a cabo los tratamientos que se prescriben. Si una estación termal carece de estos rasgos no puede ser considerada como tal.

Se calcula que en España hay unos 2.000 manantiales naturales que proveen los diferentes balnearios de diferentes aguas minero-medicinales para su posterior uso terapéutico. En España hay más de 120 balnearios en los que 670.000 clientes se sometieron a algún tratamiento durante el año 2001. Sin embargo, esta cifra es aún mayor si tenemos en cuenta los clientes que acudieron a estos centros pero no recibieron tratamiento termal.

A pesar de la riqueza de aguas mineromedicinales, tanto por la variedad como por la cantidad con que cuenta España, aún no estamos al nivel de nuestros vecinos europeos. El número anual de agüistas en Italia sobrepasa los dos millones, mientras que Alemania alcanza los once millones de usuarios anuales. La razón principal es que en dichos países y en otros como Francia o Portugal, la Seguridad Social corre con los gastos de las curas termales. En nuestro país, el programa de termalismo social, que comenzó en 1989, está organizado y financiado por el Ministerio



de Trabajo y Asuntos Sociales a través del Instituto de Migraciones y Servicios Sociales, que concierne con establecimientos termales la reserva de plaza en balnearios para la estancia y tratamientos de los pensionistas, usuarios del programa.

Las aguas minero-medicinales están indicadas para terapias relacionadas con el aparato digestivo, aparato respiratorio, riñón y vías urinarias, traumatología y reuma, sistema circulatorio, ginecología, sistema nervioso, dermatología. Asimismo, existen contraindicaciones generales en casos de infecciones en fase activa, cardiopatías descompensadas, insuficiencias hepáticas o renales graves, tumores malignos, hipertensión grave, tuberculosis y laringes, dermatopatías húmedas.

La peculiaridad de las aguas termales estriba en que nacen en el subsuelo y están cargadas de diversos elementos que les confieren sus particularidades. En este sentido, podemos distinguir varios tipos y propiedades terapéuticas de cada una de ellas:

- *Sódicas*: estimulantes.
- *Sulfuradas*: presentan su acción beneficiosa sobre la piel, el aparato respiratorio y locomotor.
- *Ferroginosas*: favorecen la regeneración de la sangre, mejoran los casos de anemia, actúan sobre las enfermedades de la piel y pueden colaborar con los regímenes adelgazantes.
- *Radioactivas*: efectos sedantes y analgésicos para combatir el estrés, la ansiedad y las depresiones.
- *Sulfatadas*: laxantes y diuréticas.
- *Bicarbonatadas*: problemas del aparato digestivo.
- *Carbónicas*: estimulan el apetito y favorecen el buen funcionamiento del aparato circulatorio.

Las afecciones crónicas del aparato respiratorio, locomotor y digestivo son las más beneficiadas por los efectos del termalismo. Junto a estos tratamientos típicos, existen otros cada vez más solicitados: curas de adelgazamiento, belleza, celulitis o "rejuvenecimiento". Hay una gran variedad de técnicas de administración de las aguas minero-medicinales: bebida, duchas,

lodos, masajes... Cada balneario utiliza unas u otras dependiendo del carácter del agua y de las instalaciones con que cuenta. Para lograr los beneficios deseados, las dolencias deben ser tratadas dos veces al año, en sesiones de 15 días. Sin embargo, hay casos como los tratamientos anti-estrés, muy de moda entre la gente joven, que se pueden realizar durante un fin de semana.

El principal criterio de calidad a la hora de valorar un balneario son sus aguas minero-medicinales. Otros aspectos que ayudarán a calibrar la calidad de un balneario son la higiene y limpieza del mismo y sus instalaciones, el servicio médico en aspectos relacionados con la atención que dispensan, lo exhaustivo del control médico y la indicación detallada de sus tratamientos.

La elección de un balneario debe estar condicionada sobre todo por la relación entre la patología a tratar y las propiedades de las aguas de cada balneario, y no en función de la proximidad, las ofertas de las agencias de viaje o la comodidad del hotel y sus servicios.

Otros centros para el agua

- *Centros de talasoterapia*: la materia prima es el agua del mar utilizada en tratamientos de hidroterapia con técnicas similares a las de los balnearios. Asimismo, aplican algas, sales, lodos marinos, etc.

La finalidad de los centros de talasoterapia es parecida a la de los balnearios, la diferencia estriba en que su herramienta de trabajo es el agua de mar en vez del agua termal. La talasoterapia reporta beneficios en afecciones reumáticas, estrés y cansancio, enfermedades de la piel y respiratorias, y trastornos gastrointestinales, entre otras dolencias. Asimismo, trata con las secuelas postraumáticas que dejan algunos accidentes. Estos centros emplean diversas técnicas de manera

conjunta, por lo que además de las aplicaciones de agua de mar, aprovechan las virtudes curativas del sol (helioterapia), el aire (aeroterapia) y el viento (anemoterapia).

Las curas que se complementan con masajes, gimnasia, reeducación funcional y control dietético.

- *Spa*: (*sals per aquam*) realizan hidroterapia —terapia con agua—mientras que en los balnearios se conjugan la hidrología médica (los efectos terapéuticos de las aguas minero-medicinales) con la hidroterapia. Los tratamientos de los spa carecen de las propiedades beneficiosas de los de aguas minero-medicinales.



Menos humos

Eliminar la promoción injustificada y pernicioso del tabaco a través del mundo del cine y de la moda: éste es el reto que la Organización Mundial de la Salud se ha propuesto conseguir en pocos años. Un objetivo para el que ya ha comenzado la cuenta atrás con la aprobación del Convenio Marco para el Control del Tabaco el pasado mes de mayo.



LAS CIFRAS Y ESTADÍSTICAS que periódicamente se hacen públicas sobre los efectos y consecuencias del tabaco en la salud pública son escalofriantes. Reducir su consumo debe ser uno de los objetivos fundamentales que se marque todo Estado en su política sanitaria, con la necesidad consiguiente de establecer

para el **cine** y la **moda**

TEXTO Javier Villoslada

restricciones a todo tipo de publicidad, patrocinio y promoción del tabaco.

Con ello se intenta prevenir que nuevos fumadores se sumen a las listas oficiosas de adictos a la nicotina, poniendo especial énfasis en que los más jóvenes adquieran patrones de comportamiento libres de humo. Para conseguir este propósito, la OMS ha puesto su punto de mira en la presentación del tabaco de forma atractiva a través de dos sectores que proyectan una gran influencia sobre este



Datos para la reflexión

- Con la prevalencia actual, el tabaco se convertirá pronto en la principal causa de muerte, por delante de enfermedades como el SIDA o la tuberculosis y de los accidentes de tráfico.
- Una persona muere cada 8 segundos en el mundo por causa directa del consumo de tabaco.
- El tabaquismo es la principal causa de enfermedad y de muerte evitable en España, cobrándose 56.000 vidas cada año por causa directa o enfermedad relacionada.
- España es el país de la Unión Europea con mayor índice de tabaquismo, ya que el 34,4% de la población mayor de 16 años es fumadora habitual.
- Entre 80.000 y 100.000 jóvenes, con una media de edad de 13 años, se hacen adictos a fumar cada día.
- Los adolescentes no fumadores que ven a sus estrellas favoritas fumar con asiduidad tienen una posibilidad 16 veces mayor de adquirir actitudes positivas hacia el tabaco en el futuro e iniciarse en ese hábito.

» Celuloide y pasarelas sin humo

Bajo el lema "Cine sin tabaco. Moda sin tabaco" se busca el compromiso de ambas industrias para que eviten ser vehículo de transmisión de un producto que atenta contra la salud.

La campaña se fundamenta en que las empresas tabacaleras tienen en la industria del cine y de la moda dos aliados con un potencial inmenso a la hora de divulgar mensajes promocionales y captar nuevos consumidores, de lo que se han valido durante años mediante diversas manifestaciones: anuncios de cigarrillos en revistas especializadas en moda y cine, actores y actrices que aparecen fumando en películas, presentación de colecciones de moda patrocinadas por una marca de tabaco, directores que muestran los paquetes de cigarrillos o anuncios en las escenas...

De esta forma se alimenta un mito: fumar tiene encanto. El hecho de que aparezca una estrella de cine o una modelo cotizada fumando, adquiere unas connotaciones que el cigarrillo no podría aportar

por sí solo: éxito, lujo, *glamour*, dinero, rebeldía... todos ellos valores que relajan la visión negativa del tabaco y aumentan las posibilidades de iniciarse en su consumo, especialmente a los más jóvenes, predispuestos a imitar en todo lo que esté a su alcance a los que consideran sus ídolos.

En la industria cinematográfica la aparición de cigarrillos, paquetes de tabaco o personajes fumando en los planos de las películas no es casual, sino una evidencia de la estrecha relación entre la industria cinematográfica y las tabaqueras.

De hecho, existen documentos que demuestran la vinculación entre las productoras cinematográficas y las empresas productoras de tabaco; las segundas consiguen promoción para sus productos en un mercado de dimensiones muy considerables y las primeras reciben contraprestaciones de todo tipo que les permiten que el proyecto filmico prospere.

Estas colaboraciones se han ido perfeccionando además a través de empresas de marketing que deciden las escenas en las que el tabaco lleva consigo mayor impacto publicitario,

sector de la población: la moda y el cine.

Esta cuestión ha sido además el eje central del día mundial sin tabaco de este año, celebrado como en cada edición el 31 de mayo. El Ministerio de Sanidad hizo pública con motivo de esta fecha una nota en la que quería hacer llegar a toda la población española ("especialmente a los adolescentes y a las mujeres") los riesgos que conlleva el consumo de tabaco, instando a no dejarse influir por las modas que conllevan la adquisición de este hábito tan dañino.

En consecuencia, España es además uno de los 192 países firmantes el pasado 21 de mayo del Convenio Marco para el Control del Tabaco, cuyo objetivo es reducir la mortalidad y morbilidad asociadas al tabaquismo e imponer restricciones a su promoción publicitaria.



Actores y actrices que aparecen fumando en películas...
es una forma de alimentar un mito: fumar tiene encanto

para lo cual han desarrollado estrategias comerciales en las que persiguen la aceptación social del tabaco y la promoción de sus distintas marcas. Así, se ha podido constatar cómo en las películas aparece un consumo de tabaco más elevado del que corresponde al mundo real, distorsionando la realidad social y aumentando la percepción entre la población de que el hábito de fumar es normal y generalizado.

Algo similar ocurre dentro del mundo de la moda. En este caso, las tabacaleras crean incluso sus propias marcas de ropa y complementos o patrocinan eventos como desfiles, presentación de colecciones... aprovechando además la imagen de los modelos de alta

costura, ya que disfrutan de un reconocimiento semejante al de las estrellas de cine.

En el caso de las mujeres, la asociación de los cigarrillos a la imagen de delgadez y figura perfecta de las modelos consigue el mensaje de que fumar puede ayudar a parecerse a ellas, revistiendo a la imagen del cigarrillo de valores intangibles como la diversión, la seducción, sentirse atractivas...

Todo ello repercute, finalmente, en niños y jóvenes, el sector de población más afectado por esta estrategia. Los niños y adolescentes en edades comprendidas entre los 8 y los 13 años ven una media de dos a tres películas por semana, en ocasiones la misma película

en repetidas ocasiones, multiplicando su impacto. Además, el contexto en el que aparecen las imágenes suele coincidir con valores que anhelan, lo que favorece el desarrollo de actitudes favorables al consumo de tabaco: los que no han fumado nunca se sienten atraídos a hacerlo y los que han comenzado a fumar afianzan su hábito.

Son sobradas, por tanto, las razones que deben llevar a las productoras de cine y la industria de la moda a asumir su responsabilidad social, sobre todo ante el sector más maleable de la población, y decidir si quieren contribuir a la propagación de un hábito que roba años de vida a tantas personas.

Industria del cine y tabaquismo



Las directrices que la OMS quiere que la industria del cine cumpla para terminar con la difusión del tabaquismo a través de las películas son las siguientes:

- Certificados de que la película no ha obtenido ningún tipo de financiación procedente de la industria del tabaco: se insta a incluir en los créditos de la película un certificado en el que los productores aseguren que nadie ha recibido nada de valor (dinero, cigarrillos gratuitos, publicidad gratuita, préstamos sin intereses u otras ventajas) a cambio de usar o mostrar tabaco en la película.
- Fuertes advertencias previas: si finalmente hay presencia de tabaco, los estudios y salas de cine deberían difundir un mensaje publicitario contundente antes de la exhibición de la película, sea cual sea la edad del público a la que va destinada.
- Dejar de identificar marcas de tabaco: no debe haber identificación alguna de marca de tabaco ni de imagen de marca de un producto de tabaco en las escenas, aunque sea en segundo plano.
- Clasificar las películas con presencia de cigarrillos en la categoría para adultos: todo uso del tabaco o la presentación de un anuncio publicitario o de una imagen favorable al tabaco debería implicar que una película fuera considerada no recomendada para menores.

¿Cómo disfrutar del **SOL** sin riesgos?



Con el verano llegan las prisas por conseguir el ansiado bronceado de la piel. Sin embargo, una actitud irresponsable ante los rayos solares puede tener consecuencias nefastas que, antes o después, terminarán por pasar factura. Así, para disfrutar de los días de sol, y muy especialmente durante los meses de verano, tanto si se va a la playa o a la piscina como si se sale a pasear, es importante hacerlo con la protección adecuada.

TEXTO Cristina Botello

LA PIGMENTACIÓN O BRONCEADO de la piel es la respuesta defensiva de ésta ante una agresión por radiación solar. Sin embargo, la pigmentación varía de unos a otros, dependiendo de la cantidad de melanina (pigmento protector de la dermis) de cada piel. Por ello, y para evitar riesgos, es necesario usar los protectores más adecuados para cada tipo de piel.

En este sentido, a largo plazo, los peligros de la exposición solar sin una protección adecuada se basan en la acción acumulativa de esta radiación

sobre la piel. Así, si se ha tomado el sol indiscriminadamente durante los años de juventud, se tendrá un alto riesgo de cáncer cutáneo aunque a partir de la edad madura se haya tenido más cuidado.

Las consecuencias negativas de tomar el sol de forma irresponsable son:

- Envejecimiento acelerado de la piel.
- Aumento de las alergias solares.
- Incremento de la tendencia a tener la piel sensible y delicada con su consecuente pérdida de elasticidad.

- Quemaduras solares.
- Riesgo creciente a desarrollar cáncer de piel.
- Peligro de sufrir daños oculares como cataratas o maculopatía (alteración de la retina que puede resultar en pérdida de la vista).
- En caso de estar tomando medicamentos es importante tener en cuenta las reacciones que éstos pueden tener con la exposición al sol (manchas, irritaciones...).

Asimismo, hay determinados tipos de alimentos (mariscos o ciertos tipos de frutas exóticas) que pueden hacer reacción si tras ingerirlos se mantiene un contacto directo y duradero con los rayos solares.

» Niños, los más perjudicados

En el caso de los niños hay que incrementar las medidas preventivas ya que el efecto lesivo inmediato sobre la piel puede originar lo

que se conoce como golpe de calor (también puede afectar a adultos): aparición de un enrojecimiento en todas las zonas de la piel expuestas al sol, con formación incluso de quemaduras que pueden afectar al estado general con fiebre, náuseas, vómitos, dolor de cabeza, escalofríos, etc.

En este sentido, las quemaduras ocasionadas durante la infancia se consideran el factor de riesgo más peligroso ya que predisponen en la edad adulta a padecer cáncer de piel. Así, hay estudios que han demostrado que la utilización de protectores solares durante la infancia puede llegar a disminuir en un 70% el riesgo de desarrollar cáncer cutáneo.

Hasta los 12 años la piel está incapacitada para cumplir con todas sus labores de autoprotección. Por ello, la aplicación de un factor de protección solar alto, de bloqueo total, en las horas en las que el sol

tiene más fuerza, resulta especialmente importante.

» Consejos para proteger las pieles infantiles

- No exponer la piel de los bebés al sol (esperar al menos a que los niños tengan tres años).
- Tener a los niños protegidos bajo la sombra. Imprescindible las camisetas y los sombreros o gorras.
- Aplicar cremas con índices de protección altos (si es posible del tipo pantalla total) y con filtros físicos ya que son menos susceptibles de crear intolerancias que los químicos.
- Aplicar la crema al menos media hora antes de la exposición y hacerlo de forma abundante. Una vez en casa, ponerle crema hidratante.
- Alejarse del sol entre las 12 y las 17 horas.
- Darles agua fresca en poca cantidad, pero a menudo.

Los beneficios del sol

Sin embargo, no todo son riesgos. La influencia de la luz solar aporta numerosos beneficios para nuestra salud:

- Mantiene la circulación y el metabolismo en plena actividad.
- Refuerza el metabolismo del cuerpo, desempeñando un papel decisivo en la absorción del calcio por los huesos porque sin el calciferol (vitamina D), que se forma en la piel con la exposición a la luz ultravioleta, el cuerpo no puede desarrollar calcio.
- Tiene efectos positivos sobre el sistema endocrino, los sistemas biológicos y la capacidad del cerebro para el manejo de la información.
- La importancia del sol en la formación de melanina, hormona reguladora de la necesidad para dormir, hace que estemos más activos, emprendedores y necesitemos menos horas de sueño.
- Efectos beneficiosos para el corazón y ciertas enfermedades mentales.
- Previene las fracturas en las personas mayores y el raquitismo en los niños ya que aumenta los niveles de vitamina D en la sangre.
- Se utiliza como medio para tratar ciertas patologías de la piel como la psoriasis.





Precauciones

- Evitar exponerse al sol entre las 12 y las 17 horas.
- Aplicar el protector adecuado para cada piel media hora antes de tomar el sol. De este modo, el bloqueador penetrará en la piel y ésta quedará protegida desde el primer momento. Igualmente, debemos aplicar el producto cada dos o tres horas una vez que estemos en la playa o piscina, tras cada baño y cuando se produzca un exceso de sudoración. No olvidar las zonas más delicadas como ojos, labios, pecho, escote, pies, orejas y nuca.
- Aplicar crema hidratante tras las exposiciones al sol.
- La ropa da sólo una protección relativa, según los caracteres y el color del tejido, y una vez mojada pierde prácticamente su poder filtrante.
- Es recomendable el uso de gorros/as, así como de gafas protectoras de la radiación solar.
- A la sombra de toldos y sombrillas existe una radiación solar reflejada en la arena y el agua que puede ser dañina para la piel. Así, las sombrillas sólo ofrecen un 50% de protección contra las radiaciones.
- En el agua los rayos solares llegan a nuestra piel incluso a varios metros de profundidad.
- Asimismo, no debemos fiarnos de los días nublados o con niebla, ya que las radiaciones solares atraviesan las nubes y pueden producir quemaduras.
- Una piel bronceada no es sinónimo de protección ya que la melanina únicamente protege de los rayos UVB, pero nunca de los UVA.
- Las personas con la piel muy blanca han de usar un factor de protección alto y deben controlar el tiempo de exposición al sol. Se debe empezar siempre tomando el sol como máximo 20 minutos e ir aumentando progresivamente, pero sin disminuir de golpe la protección solar.
- Los bronceadores más adecuados para evitar quemaduras peligrosas para el futuro de nuestra piel son aquellos que garantizan una acción duradera por fijación en la capa córnea, son resistentes al agua y al sudor, tienen filtros UVB y UVA estables a la luz solar, vitamina E para reforzar las defensas naturales, no son tóxicos y no originan alergias.
- Es importante examinarse el cuerpo periódicamente para ver si hay lesiones en la piel o se registran cambios en lesiones anteriores, aparece alguna mancha o se modifica algún lunar. En caso de respuesta afirmativa se debe consultar con el médico.

Si a pesar de todas estas precauciones, se ha producido una sobreexposición al sol, es aconsejable administrar ácido acetilsalicílico, antiinflamatorios, baños fríos y rehidratación durante las primeras 24 horas; así como acudir al médico más cercano en caso necesario.

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.

Geriatría y Gerontología

JULIA FLORES GONZÁLEZ

Hospital Universitario de la Princesa (Madrid)

Primer Premio. VII Certamen Nacional de Investigación de FAE

INTRODUCCIÓN

Que el hombre tiene que envejecer y que, por último, ha de morir un día, constituye una de las realidades básicas e ineludibles de su vida. Todo el mundo lo sabe y, sin embargo, casi todos nos inclinamos a conceder a este conocimiento el menor espacio posible dentro de nuestro pensamiento. Pero, tanto si quiere aceptarlo como si no, inexorablemente se aproxima la vejez a todas las personas, cada día un poco más, y al hacerlo, en todos los casos, van aumentando las incomodidades y molestias hasta que hay un momento en que ni la persona más frívola puede eludir el hecho de que la vejez ha comenzado para ella.

Vivir mucho quiere decir contar con la vejez. No existe una larga vida dentro de la juventud.

La ciencia moderna no ha prolongado la vida del hombre: únicamente ha logrado que sea

mayor el número de personas que llegan a la vejez. Por lo tanto, y bajo mi punto de vista, este hecho merece nuestra atención y al igual procurarnos los cuidados más elementales cara a un futuro.

Para lograr estos fines existen la **Geriatría** y la **Gerontología**.

GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA

Definición

Rama de la medicina que se ocupa de las personas de edad avanzada, sanas o enfermas que precisan atenciones, cuidados clínicos, terapéuticos o rehabilitación y a la vez apoyo social.

Según esta definición puede deducirse que los geriatras no atienden a todos los ancianos, sino a ciertos grupos de personas de edad avanzada que presentan problemas, bien sean médicos, asistenciales o sociales.

La Geriatría no se define sólo por la edad del paciente que trata, sino más bien por las características de los cuidados que imparte a un grupo de pacientes enfermos, pacientes desatendidos o marginados por las distintas

ramas asistenciales de la medicina.

La asistencia geriátrica es complementaria del resto de las ramas médicas y no competitiva (medicina interna, endocrinología, etc.) ya que la actuación del geriatra comienza en la mayoría de los casos cuando ha concluido la labor de otros especialistas.

Unida a la Geriátrica está la Gerontología, que estudia la vejez y todos los fenómenos de envejecimiento en general. Se están haciendo interesantes estudios sobre las causas de la vejez, al objeto de combatirlas y encontrar el medio por el cual la población senil pueda seguir siendo útil a la comunidad.

FINES DE LA GERIATRÍA

- Organizar una asistencia prolongada y adecuada a la población senil que lo necesita.
- Movilizar todos los recursos de la sociedad y de la medicina.
- Desarrollar un sistema asistencial y de prevención hospitalaria y extra-hospitalaria que cubra todas las necesidades que puedan crear la pérdida de independencia física, psíquica o social.

Los estudios y prácticas de la medicina geriátrica comprenden:

- Envejecimiento como fenómeno biológico.
- Las enfermedades más comunes de la vejez y su patología asociada.
- Actividad geriátrica preventiva y estudios epidemiológicos.
- Selección de técnicas de diagnóstico y terapéuticas aplicables a pacientes de edad avanzada.

- Conocimiento de las técnicas de animación social, rehabilitación, terapia ocupacional y recreativa, etc.
- Aprendizaje de nuevos métodos en la enfermería geriátrica.

CONCEPTO DE VEJEZ

La vejez es un proceso biológico lento que implica una involución cronológica que muchos autores encuadran en dos etapas correlativas: la presenescencia o edad presenil, a partir de los 50 años, y la verdadera senescencia a partir de los 65 años. En todos los casos, provoca una serie de cambios o alteraciones morfológicas, psicológicas y sociales del individuo. En el envejecimiento es importante considerar dos aspectos:

- a) Que la involución física no siempre va relacionada con el envejecimiento psicológico, ya que éste depende de la actitud que el individuo adopte frente su decadencia natural.
- b) Que en la mayoría de los casos, el envejecimiento se asocia a la posibilidad de enfermar y a la muerte.

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES GERIÁTRICOS

La OMS utiliza los términos:

- *Tercera edad*: Se aplica a personas jubiladas generalmente activas y válidas todavía, sin dependencias importantes aunque con algún déficit funcional.

- *Cuarta edad*: Comprende a personas de muy avanzada edad con deterioros importantes que precisan una ayuda constante familiar, social y principalmente una asistencia geriátrica diaria.

Los motivos de consulta más frecuentes en personas de la 3ª edad son: molestias precordiales, hipertensión, insuficiencia vasculo-cerebral, osteoporosis, ansiedad, fallos de memoria, pérdida de vista y oído, colesterol, etc.

La 4ª edad se caracteriza por frecuentes alteraciones en la marcha, desorientación temporoespacial y una multipatología crónica, la cual permite distinguir varios tipos de pacientes geriátricos:

- *Anciano inválido locomotor*: osteoporosis avanzada, artrosis grave, deformaciones artríticas en extremidades superiores e inferiores, patología vasculo-periférica y vasculo-cerebral.
- *Anciano encéfalo-malácico*: esclerosis cerebral, secuelas de ictus pasados, graves alteraciones emocionales, deterioro de la memoria, reflejos lentos, trastornos urológicos e incontinencias.
- *Anciano tumoral o paraneoplásico*: deprimido, anoréxico, malhumorado, inactivo, solitario.
- *Anciano cardio-respiratorio*: insuficiencia cardíaca y respiratoria.
- *Anciano prostático o nefroesclerótico*: con problemas de disuria, nicturia y polaquiuria.
- *Anciano hepatobiliar o crónico de molestias digestivas*: cólicos, problemas intestinales y alimentarios.

ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES

Enfermedades mentales

- a) Delirios y estados confusio-
nales.
- b) Trastornos afectivos.
- c) Demencia senil.
- d) Parafrenia tardía.

A) Delirios y estados confusionales

En el paciente anciano pueden ser la expresión o el síntoma de una enfermedad física de reciente aparición.

En los delirios pueden producirse alucinaciones; estos estados suelen tener carácter temporal. Las causas orgánicas de estas alteraciones suelen ser con frecuencia: accidentes cerebrovasculares e infartos de miocardio, causas iatrogénicas (algunos medicamentos y anestésicos).

En el estado confusional los pacientes sufren una situación en la que se encuentran aturridos y desorientados.

B) Trastornos afectivos

La depresión es el trastorno más frecuente. En algunas ocasiones es posible definir la causa como una enfermedad: problemas familiares, soledad. Pero otras es imposible delimitar su origen.

C) Demencia senil

Es un síntoma caracterizado por una pérdida progresiva de facultades mentales que conduce en último término a un profundo trastorno de la personalidad. No todo anciano diagnosticado de "demencia" es un paciente incurable. Hay demencias que no tienen un tratamiento médico verdaderamente eficaz, tal es el caso de la *demencia senil* o *enfermedad*

de Alzheimer, que consiste en un deterioro de las estructuras cerebrales. La causa aún se desconoce a pesar de los esfuerzos realizados para identificar el factor o factores que intervienen en la génesis de la enfermedad de Alzheimer.

- Factores genéticos.
- Factores proteicos: acumulación de proteínas anormales en el cerebro.
- Factores infecciosos: virus lentos.
- Factores neurotóxicos: la exposición a factores tóxicos ambientales (aluminio, metales pesados, disolventes orgánicos) y analgésicos (ferracetina) han sido considerados como factores de riesgo en las enfermedades de Alzheimer. El más extensamente estudiado ha sido el aluminio cuya concentración cerebral en estos pacientes es mayor que en los sujetos controles.
- Factores cerebro-vasculares y neurometabólicos.
- Factores neuroinmunes.
- Factor colinérgico.

La sintomatología clínica

- a) *Periodo inicial*: pérdida de memoria, incapacidad de asimilar nueva información, apatía, dificultad en el lenguaje.
- b) *Fase de demencia clara* o "*confusional*": su duración oscila entre 2-10 años. Se incrementa la sintomatología anterior, se dan diversos fenómenos en el lenguaje (ecolalia, palilalia, logoclonia).

- *Ecolalia*: repite palabras o frases dirigidas al paciente.
- *Palilalia*: repetición de frases o palabras que dice el propio paciente.
- *Logoclonia*: repetición de la última sílaba de una palabra.

c) *Fase terminal*: su duración está entre los 8-12 años. El paciente experimenta un deterioro importante no sólo psíquico sino alteraciones motoras tipo rigidez generalizada, postura de flexión, crisis, epilépticas, etc. En esta fase, el paciente pierde peso y el control de sus esfínteres, siendo una persona dependiente de los cuidados más elementales.

d) *Parafrenia tardía*: Es una psicosis parecida a la esquizofrenia, en la que el anciano desarrolla una serie de delirios paranoides, mientras mantiene un estado mental lúcido y una forma física aceptable.

Enfermedades metabólicas

Una de las enfermedades más frecuentes en las personas mayores es la diabetes.

En los ancianos lo más común es que aparezca la diabetes de tipo 2.

Los síntomas pueden ser muy variados. Son clásicos la poliuria, polidipsia y polifagia, que se deben a la hiperglucemia, pero no es raro que se manifieste como una descompensación metabólica en el curso de alguna enfermedad, o que se inicie con la aparición de una complicación tardía.

Hay muchas enfermedades asociadas a la diabetes, por lo cual el anciano diabético tiene más propensión a otras afecciones, como las infecciosas, vasculares y neurológicas, así como cualquier tipo de coma de origen endocrino, renal hepático, cerebral.

Al tratarse de una enfermedad crónica incurable, con múltiples complicaciones, es necesario modificar los hábitos de vida, causa difícil en los ancianos que

no viven solos, ya que las situaciones sociofamiliares pueden volverse tensas y, por otro lado, al anciano que vive solo en muchos casos esta enfermedad se le hace costosa, ya que debe llevar una alimentación especial, una medicación que comporta una serie de particularidades en cuanto a su manejo y, en el mejor de los casos, influyen aspectos culturales, capacidad de aprendizaje, soporte sociofamiliar, equilibrio psíquico y emocional, estilo de vida, edad y esperanza de vida.

Otras enfermedades metabólicas en el anciano son la obesidad y la gota úrica.

Enfermedades cardiovasculares

Su incidencia está entre el 25%-30% y llegan a suponer entre el 40%-50% de las causas de mortalidad del anciano.

Esta enfermedad tiene mucho que ver con tres factores:

- La debilidad muscular, pues disminuye la fuerza de contractilidad del miocardio para impulsar el volumen sanguíneo, siendo el cerebro el órgano más sensible al déficit sanguíneo.
- Falta de elasticidad en las paredes vasculares, sobre todo son las arterias las que se endurecen.
- El depósito de ateroma que crean las obstrucciones vasculares impidiendo el libre flujo de sangre a su través.

Enfermedades respiratorias

La debilidad muscular y la calcificación costal afectan a la distensibilidad de la pared torácica, alterando la capacidad inspiratoria,

ineficacia de la tos y atrofia del epitelio bronquial, lo que conlleva complicaciones respiratorias mecánicas e infecciones, destacando la enfermedad obstructiva crónica de EPOC.

Enfermedades de los huesos y articulaciones

Son muchas las enfermedades de los huesos y articulaciones que pueden hacer del anciano un inválido locomotor: la osteoporosis avanzada, artrosis grave, deformaciones artríticas en las extremidades tanto inferiores como superiores, etc.

Enfermedades genitourinarias

El envejecimiento representa una disminución en el número de neuronas y del tono muscular favoreciendo las incontinencias, micción frecuente en las mujeres, infecciones urinarias, etc.

Por ello es muy importante, sobre todo cuando el anciano está encamado, mantener limpia y seca la zona, pues la humedad y la presión son factores de riesgo para producir escaras.

Destacar el prolapso uterino en las mujeres y en los hombres la hipertrofia de próstata.

Finalmente las insuficiencias renales, suponen un problema en cuanto a la incapacidad del riñón para eliminar los medicamentos que toma el anciano, provocando intoxicaciones medicamentosas.

Enfermedades gastrointestinales

El anciano tiene una marcada tendencia al estreñimiento y dificultades en la absorción de hierro

y calcio. La presencia de gastritis atrófica también produce un déficit en la capacidad de absorción de la vitamina B₁₂ y de ácido fólico, manifestándose con trastornos en la sensibilidad (hormigueo en las extremidades inferiores, inestabilidad postural, etc.) y avanzando dicho déficit, deterioro de la capacidad mental, descoordinación de movimientos, problemas articulares y memoria. Fácilmente el anciano presenta hiposalivación e hiposecreción de jugo gástrico y pancreático.

Enfermedades de la piel

La piel se vuelve seca, es más propensa a irritaciones, lesiones y heridas.

Úlceras por decúbito

Definición

Es una lesión isquémica producida por una presión ejercida de forma permanente y continua sobre una zona: presión=isquemia+tiempo=úlceras.

Factores de producción

1. Presión o cizalla.
2. Factores intrínsecos y extrínsecos.
 - a) Factores intrínsecos.
 - Estados nutricionales.
 - Inmovilidad o disminución en los movimientos.
 - Incontinencia.
 - b) Factores extrínsecos
 - Tratamientos con quimioterapia y corticoides.
 - Férulas, vendas, catéteres, tubos, sondas..., etc.

Localización

Dependiendo del lugar donde se ejerce la presión se pueden localizar en:

Decúbito supino	Talones, sacro, espina dorsal, costillas, escápulas, codos, región occipital
Decúbito lateral	Maléolos, trocánteres, cóndilos, costillas, orejas, acromion
Decúbito prono	Dedos de los pies, rodillas, genitales masculinos, manos, pelvis, mejilla, oreja
En desestación	Isquión y coxis
Por sondajes	Alas de la nariz, meato urinario

TIPOS DE ÚLCERA	
Fase de preúlcera	En esta fase se observa la piel enrojecida.
Fase de úlcera de I grado	Hay compromiso circulatorio que afecta a epidermis y dermis con pérdida de continuidad cutánea.
Fase de úlcera de II grado	Afecta a las capas dérmicas más profundas y se extiende hasta el tejido celular subcutáneo.
Fase de úlcera de III grado	Hay necrosis celular, con extensión de la lesión hasta el tejido muscular de la zona afectada.
Fase de úlcera de IV grado	Úlcera necrótica que se extiende a fascia, hueso y afecta a las articulaciones.

Tipos de úlceras

Para la prevención de úlceras por decúbito:

- a) Evitar presión, fricción o ci-zalla.
- c) Cuidar la piel: mantenerla seca e hidratada.
- c) Cambios posturales.
- d) Buena alimentación: rica en proteínas y vitaminas.
- e) Ropas de la cama sin pliegues ni arrugas.
- f) Utilizar colchones antiescara.
- g) Si tuviera sonda nasogástrica "SNG", utilizar una fijación que suponga la menor presión posible.
- h) Con sonda vesical: minucioso lavado de genitales y fijación al muslo para evitar tracción cambiando dos veces al día el punto de fijación.
- i) Con tubos endotraqueales: limpieza de boca con solución antiséptica, recubrir el tubo en el punto de apoyo con espumas adhesivas, variar el punto de sujeción diariamente.

En el caso de que aparezcan, valorarlas por su grado y aspecto, y aplicar el tratamiento oportuno.

PROBLEMAS FÍSICOS DEL ANCIANO "PÉRDIDA DE FACULTADES"

- a) *Ateraciones visuales* tipo presbicia o vista cansada que fácilmente desemboca en cataratas.
- b) *Sensación constante de frío*, porque los sistemas de regulación para mantener la temperatura corporal constante se pierden.
- c) *Ateraciones auditivas*, presbiacusia (oído torpe) y deterioro del equilibrio con inestabilidad.
- d) *Sobre los trastornos de alimentación*
 - Porque la dentadura en malas condiciones les dificulta la ingesta y masticación de los alimentos que

junto a la inapetencia pueden provocarles cuadros de desnutrición y pérdida de peso. A partir de los 60 años, estos problemas se suman a las alteraciones biológicas que sufre el sistema gastrointestinal.

- Los factores socioeconómicos: vivir solo, baja pensión económica, etc., les impide una alimentación adecuada en calidad y cantidad.
- Finalmente, son determinadas alteraciones mentales como la depresión, ansiedad, etc., las que provocan trastornos alimenticios tipo anorexia, obesidad, deshidratación.

e) *Alteraciones en el ritmo del sueño.* Se convierte en corto y menos estructurado, las cabezadas durante el día y el insomnio por la noche. El insomnio es frecuente en ancianos que padecen algún trastorno mental porque sienten ansiedad y miedo. También pueden producir insomnio algunos medicamentos, debido a desequilibrios metabólicos. El hipersomnio



o dormir en exceso se produce cuando el anciano sufre insuficiencia cardiaca congestiva, toxicidad medicamentosa, etc.

f) *Sobre las habilidades psicomotrices.* El anciano presenta una descoordinación de los movimientos voluntarios, lentitud de reflejos, temblor en las manos.

g) *Capacidad intelectual.* Se observa un descenso importante en la capacidad intelectual ya sea por enfermedades, como por los efectos negativos de diferentes circunstancias que cronológicamente se asocian a su vejez (viudez, problemas económicos, etc.). El pensamiento del anciano es concreto, su aprendizaje lento, disminuye la capacidad de atención y memoria.

h) *Actividad sexual.* La actividad sexual del individuo no sólo se mantiene, sino que se va transformando a lo largo de la vida.

La conducta sexual se prolonga durante la tercera edad y sólo desaparece con la muerte.

Los factores que pueden influir en la sexualidad del anciano son:

- Psicológicos.
- Socioculturales.

Responsables de que exista una sexualidad geriátrica con características propias, diferentes, pero reales.

La noción de sexualidad no se reduce sólo a la actividad genital, sino que abarca toda actividad humana con un principio o final sexual.

Es la expresión de lo que se vive entre dos personas, desde las palabras, gestos, actos sexuales, hasta cualquier forma de transmitir sentimientos.

Se van a producir cambios involuntarios en los órganos genitales, pero esto no significa que no sean aptos para el placer y el orgasmo.

Cambios que aparecen en la mujer en cuanto al comportamiento sexual:

- Hay un fenómeno que caracteriza esta etapa que es la menopausia.
- Muchas mujeres experimentan la menopausia sin ningún síntoma visible.
- La obesidad altera el aspecto externo en algunos casos.
- Disminuye la lubricación vaginal y su aparición es más lenta.
- El deseo sexual se mantiene, aunque las reacciones sean más lentas.

- El clítoris pierde sensibilidad.
- Las mamas aparecen más caídas y atróficas.
- Ni la libido, ni la capacidad orgásmica, tienen por qué decrecer si la salud es buena.

Comportamiento sexual en el varón durante la vejez:

- Disminución de espermatozoides.
- La erección puede tardar más tiempo en llegar a producirse.
- Disminuye la firmeza en la erección.
- La duración del orgasmo es más breve y el periodo de recuperación más largo, pero normalmente el deseo y el placer permanecen.
- Disminuye la intensidad de la eyaculación.
- Disminuye el volumen de esperma.
- El tamaño de los testículos también disminuye.
- Todos estos procesos influyen en el comportamiento sexual, pero de ningún modo anularán el deseo sexual.

PROBLEMAS ASISTENCIALES DEL ANCIANO

A) Prevención

- Prevenir la enfermedad: vacunas, reconocimientos médicos periódicos, etc.
- Si aparece ésta, tratar de evitar la incapacidad: con una rehabilitación adecuada a cada caso.
- Si aparece la incapacidad, conseguir la autosuficiencia: los

servicios sociales deben dedicar esfuerzos en este punto con subvenciones y medios para lograr la plena integración del anciano en la sociedad.

B) Servicios sociales

Cuidados en residencias y hospitales

Los hospitales son conceptuados como fuente de curación y tratamiento pero bajo una perspectiva provisional, cosa que no ocurre en la mayoría de los casos cuando se habla de un anciano, ya que por motivos relacionados con la salud su estancia en el hospital aumenta, como aumenta el deseo de permanecer por parte de éste el máximo tiempo posible ingresado ya que ve cubiertas todas sus necesidades, y perdiendo así el miedo a la soledad o al conflicto familiar.

El profesional de salud, consciente de esta problemática y en vistas a no restringir la cama hospitalaria para otros pacientes, aúna sus esfuerzos para que una vez dado el alta clínica al anciano, se le proporcionen otras fórmulas de atención.

Otros niveles de asistencia

- Los centros de día como los hogares y clubes que aportan al anciano un motivo para compartir sus aficiones, comunicarse con sus semejantes, realizar actividades que les sean gratificantes como jugar a las cartas, ver la televisión, conversar, etc.
- Los centros residenciales que acogen al anciano proporcionándole una vivienda equipada con instalaciones adecuadas para ellos.

- Residencias de válidos cuando el anciano no necesita o necesita la mínima ayuda de otra persona para realizar las actividades de su vida diaria.
- Residencias mixtas son las compartidas por ancianos autónomos "válidos" y dependientes "asistidos" de unos cuidados.
- Atención domiciliaria es muy importante pues impide que el anciano se aleje de su vínculo familiar y social del que está acostumbrado, recibiendo la visita de profesionales que le atienden en sus necesidades.
- Viviendas asistidas son pisos o alojamientos equipados para alojar a personas necesitadas.
- Urgencias por telerradio que permiten la rápida asistencia del anciano cuando así lo requiera.

Terapia ocupacional y actividades de la vida diaria

La terapia ocupacional es cualquier actividad mental o física, médicamente prescrita y profesionalmente dirigida para ayudar al paciente a recuperarse de las consecuencias de su traumatismo o enfermedad.

Además de ocupar al individuo, le recrea y no sólo actúa sobre los sistemas lesionados, sino globalmente sobre todo el organismo.

Está indicada por el médico rehabilitador de acuerdo con el geriatra.

La ejecución corresponde al terapeuta ocupacional, que dispondrá de los medios adecuados.

Fines de la terapia ocupacional

Conseguir independencia y ocupar el tiempo libre del anciano.

CUANDO INTERVIENEN LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA (Aprendizaje de nuevos métodos en la enfermería geriátrica)

El anciano hospitalizado

Una gran profesionalidad y paciencia en grado muy elevado son precisas para mantener una eficaz asistencia de enfermería en un hospital geriátrico.

Podemos hallarnos frente a:

- a) Incapacidades más "frecuentes" en el anciano como ceguera y sordera.
- b) Un enfermo lúcido, orientado, colaborador con nosotros en cuanto a la exploración y anamnesis.
- c) Un disminuido que colabora poco por ser su atención débil y estar mermadas sus facultades físicas y psíquicas.

Como es lógico ante cada situación hay que proceder de forma diferente, por lo cual se debe prestar una gran atención para detectar cualquier síntoma o signo que nos sirva para saber qué actitud tomar (paternalista, autoritaria o participante).

Cuando el anciano está ingresado por un largo periodo de tiempo hay que tener igualmente una atención especial en lo que respecta a su higiene, alimentación, nutrición y movilización.

Valoración del paciente geriátrico

Se concede diferente puntuación a las variables y se procede

	Estado mental	Continencia	Movilidad	Nutrición	Circulación	Temperatura	Medicación	Actividad
4	Alerta	Contigente	Completa	Buena	Replección capilar inmediata	37°6-37°2°	Sin analgésicos tranquilizantes esteroides	Ambulatoria
3	Apático	Incontinencia urinaria (sin sonda)	Ligeramente limitada	Regular	Replección capilar tardía	37°2°-37°7°	Uno de los anteriores	Deambula con ayuda
2	Confuso	Incontinencia fecal	Muy limitada	Mala	Edema ligero	37°7°-38°3°	Dos de los anteriores	En silla de ruedas
1	Comatoso	Incontinencia mixta	Nula	Desnutrido	Edema	>38°3°	Todos los anteriores	Encamado

a sumarlas. Si el valor resultante es igual o inferior a 16 valoramos al paciente como alto riesgo.

Higiene del anciano

El mantenimiento de un buen aseo es la mejor muestra de una adecuada y correcta asistencia geriátrica.

No es fácil siempre conseguirlo, si el anciano no tiene hábitos higiénicos anteriores, y hacerlo cambiar de costumbre a este respecto lleva tiempo, y muchos esfuerzos del personal de enfermería.

La cuestión suele ser distinta según el anciano sea válido o relativamente dependiente, pues en ésta se puede adoptar una actitud más activa por parte del equipo asistencial, que puede incluir un aseo correcto entre sus normas asistenciales obligatorias.

En la conservación de un adecuado aseo personal se tropieza no sólo con obstáculos e impedimentos físicos, sino también con oscilaciones del estado de ánimo, pues cualquier tendencia depresiva o contrariedad repercuten en

su interés por cuidar su presentación, higiene íntima y vestuario.

Lo ideal es el baño diario y es preferible a la ducha, debe ser bueno y amplio, con elementos de seguridad para agarrarse al entrar y salir.

Cuando el anciano está encamado hay que procurar que la higiene llegue a ser tan completa como si pudiera bañarse normalmente, hay que poner especial cuidado a la hora de movilizarle para tal fin, ya que podríamos producirle algún tipo de lesión, así como evitar que el enfermo se enfríe. Los movimientos deben ser rápidos, suaves y precisos, la técnica a seguir es la siguiente:

1º) Se comienza el aseo en decúbito supino, realizando de esta manera la higiene de cara, cuello, brazos, manos, tórax (teniendo especial cuidado si es mujer, con los pliegues de las mamas), abdomen, piernas por su parte anterior y, por último, los genitales, habiendo cambiado anteriormente el agua.

2º) En decúbito lateral izquierdo o derecho se procede a la higiene de espalda, nalgas y la parte posterior de las piernas. Se aprovecha esta posición para retirar las sábanas sucias y reponerlas por otras limpias. De nuevo se hace girar al paciente sobre el lado contrario y se termina de estirar la ropa, procurando que ésta quede siempre libre de arrugas.

3º) La habitación debe conservar una temperatura ambiente aproximadamente de 25°C, evitando las corrientes de aire.

Hay que lograr siempre que las personas encamadas a las que hay que lavar tengan la mayor intimidad posible.

El baño se realiza por la mañana, antes del desayuno y tantas veces al día como sea preciso.

La piel del anciano, delgada, atrófica, y quebradiza, es delicada frente a un agua demasiado caliente o demasiado fría, así como a un baño prolongado. Debe utilizarse agua templada, usando jabones grasos o neutros con lanolina.

Después del baño, el secado debe ser correcto, sobre todo en aquellas zonas donde hay pliegues cutáneos.

La higiene de la boca y el afeitado se realiza después del aseo general.

Alimentación y nutrición del anciano

Conceptos generales

Hay muchas maneras de alimentarse, pero sólo una de nutrirse. Con frecuencia los términos alimentación y nutrición son usados como si fuesen sinónimos cuando, en realidad, describen dos procesos que, si bien se encuentran íntimamente ligados, son diferentes en muchos aspectos.

Alimentación: Es la manera de proporcionar a los seres vivos los materiales indispensables para el mantenimiento de sus funciones vitales.

Nutrición: Es el conjunto de procesos por los cuales dichos seres vivos reciben y utilizan esos materiales indispensables, y que han de cumplir tres fines básicos:

- 1º) Aportar la energía necesaria para que se mantenga la integridad y el perfecto funcionamiento de las estructuras corporales.
- 2º) Proporcionar los materiales necesarios para la formación de estas estructuras.
- 3º) Suministrar las sustancias necesarias para regular el metabolismo.

Mientras la alimentación es voluntaria, la nutrición por el contrario es involuntaria.

Cuando hablamos de alimentación y nutrición, en el anciano no se puede generalizar exactamente, sino que hay que hacerlo

de manera individual, porque depende del estado en cada caso. En el anciano el aporte calórico se disminuye, mientras el aporte energético se debe aumentar ligeramente.

Valoración del estado nutricional

Medidas antropométricas

Las medidas antropométricas más importantes son las siguientes: peso corporal, altura, peso óptimo, medición de pliegues cutáneos grasos (medio escapular, tricipital, etc.), perímetro muscular del brazo.

Parámetros bioquímicos

Índice creatinina/altura, valor de la masa muscular, proteínas (albúmina, transferrina, prealbúmina y proteína ligada al retino).

Estado inmunológico

Viene dado por el test cutáneo de inmunidad celular y el recuento de linfocitos.

Necesidades de energía en calorías en personas ancianas:

- Varón de 70 kg de 65-70 años: 2.400 kcal/día
- Mujer de 55 kg de 65-75 años: 1.800 kcal/día
- Varón de 70 kg de más de 75 años: 2.050 kcal/día
- Mujer de 55 kg de más de 75 años: 1.600 kcal/día

Cuidados básicos de la alimentación:

Procedimiento

- Registrar la dieta prescrita.
- Mantener en todo momento una correcta higiene en la manipulación de los alimentos.
- Colocar adecuadamente al anciano según su estado, procurando, siempre que sea posible, la posición de sentado.

- Preparar y revisar las bandejas.
- Guardar los horarios establecidos.
- Ayudar en la administración de la ingesta si fuera necesario.
- Vigilar el nivel de consciencia y el reflejo de deglución para evitar aspiraciones bronquiales.
- Procurar adecuar la administración de los alimentos al ritmo habitual del anciano.
- Mantenerle incorporado al menos 30' después de la ingesta.
- Proceder a la higiene bucal.
- Anotar en los registros de enfermería: la ingesta líquida y sólida, así como cualquier otra incidencia.

Nutrición enteral

Ante la negativa de muchos ancianos a comer, o bien como consecuencia de alguna patología, existe la posibilidad de tener que alimentar al anciano por medio de una sonda nasogástrica (sonda que se introduce desde la nariz hasta el estómago, para administrar los alimentos a través de ella).

Técnica

- Colocar al paciente en posición de Fowler (sentado, la posición de la cama se mantiene en un ángulo de 45°-60°).
- Antes de administrar el alimento, se introducen 30cc. de agua para comprobar que no está obstruida.
- Se elimina el aire.
- Comprobar que la luz esté abierta.
- El alimento se introduce con jeringa despacio y a intervalos cortos.
- Por último, una vez finalizada la introducción del alimento, la sonda se vuelve a lavar, con otros 30cc. de agua.

Posiciones corporales del anciano encamado

Cuando el anciano permanece en la cama largos periodos de tiempo o bien de una manera permanente, hay que tener en cuenta los cambios posturales para evitar de esta forma que lleguen a padecer las terribles escaras, de las que ya hemos hablado con anterioridad.

Para que estos cambios sean efectivos hay que llevarlos a cabo de una manera sistemática y continua, procurando que no transcurran más de tres horas, entre un cambio de postura y el siguiente.

Los diferentes cambios posturales son:

- *Decúbito dorsal o supino*: es una posición de "reposo" se utiliza también para examen de tórax, abdomen y de extremidades.
- *Decúbito ventral o prono*: esta posición con la cabeza ladeada se utiliza también como posición de seguridad en exámenes de espalda.
- *Decúbito lateral derecho e izquierdo*: son las posiciones más utilizadas en los cambios posturales para poder relajar la espalda cuando se ha mantenido durante tiempo el decúbito supino y para administración de enemas de limpieza.
- *Posición de Sims*: es una posición modificada de la prono, el cuerpo permanece en esta posición pero con una pierna y el brazo del mismo lado flexionados. Está indicada para permitir un buen drenaje, y para una mejor relajación muscular.
- *Posición de Fowler*: es la posición de sentado manteniendo un ángulo de 45°-60°. Se utiliza para una mejor ventilación pulmonar cuando hay problemas

respiratorios, para administrar alimentos, cuando hay hemorragias abdominales y para exploraciones (otorrinolaringología, etc.).

- *Posición de Morestin*: el cuerpo se mantiene en decúbito supino con la cama incorporada en un ángulo de 60°. Esta posición mejora el riego de las extremidades, utilizada para personas con hernia de hiato, etc.
- *Posición de Trendelenburg*: el cuerpo está en decúbito supino con las piernas elevadas en un ángulo de 45°. Esta posición mejora la circulación sanguínea, ayuda a drenar las secreciones bronquiales, shock, etc.

Anciano terminal, asistencia al moribundo, cuidados post-mortem

El anciano terminal es aquel que sufre una enfermedad sin posibilidad de curación o bien porque su resistencia motivada por la edad ya ha llegado a su último aliento, por tanto, incapaz de autocuidarse. El tratamiento es paliativo y su muerte se sabe próxima. Es un periodo de rapidez relativa, cargado de dolor, deterioro físico y angustia mental.

Actitud del personal de enfermería ante el anciano terminal: exitus

El concepto de la muerte y la manera de asumirla puede variar según la religión o la ideología que hayan dado sentido a la vida del individuo.

Hay que procurar que todos los derechos del individuo, derivados de esta concepción, sean respetados y que se le ayude en

el proceso de la muerte, de manera que pueda vivirla con la máxima dignidad, libertad y bienestar que sean posibles.

En caso de que el paciente esté consciente y desee estar a solas, o requiera cuidados personales, se le aislará.

Si desea asistencia religiosa se le proporcionará.

Se evitarán susurros y comentarios en presencia del paciente.

Se le darán las máximas atenciones y un entorno grato, así como se le facilitará la compañía de sus familiares.

La responsabilidad del personal cuidador en esta fase es conseguir "un mejor morir", ayudando a disminuir su terror, su angustia, aliviando su soledad, impartiendo calma, para conservar su dignidad en ese trascendental momento.

Se intentará quitar sufrimiento, sequedad de boca, dolores innecesarios, posturas incómodas, etc.

La habitación será silenciosa, aislada, bien ventilada.

La ropa limpia y la luz adecuada.

Las movilizaciones cuidadosas y precisas.

Signos de muerte próxima

- *Pérdida de tono muscular o atonía muscular*: El paciente no controla esfínteres, no es capaz de deglutir, favoreciendo la



acumulación de moco y causando el gorgoteo llamado "el estertor de la muerte".

- Desaparición de reflejos.
- Respiración dificultosa, que es lo que más inquieta a los familiares. El personal de enfermería posicionará al paciente en posición de Fowler, le administrará oxígeno y procederá al aspirado de secreciones.
- Cianosis por el enlentecimiento de la circulación sanguínea.
- Piel fría y viscosa.
- Pulso acelerado y débil.
- Visión borrosa, necesitando mayor iluminación. Midriasis.
- Hipotensión.
- Taquipnea.
- La audición es el último sentido que se pierde, por ello se le hablará en voz normal evitando el murmullo.
- Somnolencia, estupor y coma.

Signos de muerte

- Cese de la respiración.
- Cese de la actividad cardiaca.
- Desaparece el pulso.

- Pérdida sensitiva.
- Inmovilidad.
- Electroencefalograma plano.

Signos tardíos de muerte son: el enfriamiento del cadáver, la rigidez cadavérica o *rigor mortis*, lividez y putrefacción.

Cuidados post-mortem

El personal de enfermería debe realizar un trabajo rápido, de forma silenciosa, procurando que los demás ancianos no queden afectados por el *exitus*. Actuar respetuosamente en todo el procedimiento. Asimismo, se informará a la familia sobre los servicios, teléfonos, etc., y se colaborará en todo aquello que los familiares requieran y que esté a nuestro alcance.

CONCLUSIONES

1. No considerar al anciano como un enfermo.

2. Geriátría y Gerontología como dos ramas de medicina que se ocupan de las personas ancianas.

3. Fines de la Geriátría: asistencia adecuada y prolongada, movilización de todos los recursos de la sociedad y la medicina, desarrollo de un sistema asistencial y prevención hospitalaria y extra-hospitalaria.

4. Existencia de un grupo asistencial geriátrico para atender al anciano.

5. Desarrollo y promoción de la medicina geriátrica.

6. Tercera y cuarta edad como dos conceptos diferentes.

7. Patologías asociadas a la edad.

8. Problemas asistenciales del anciano: prevención, servicios sociales, asistencia y rehabilitación.

9. La importancia de la rehabilitación y la terapia ocupacional en el anciano.

10. Atención del anciano por el personal de enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

- Círculo de Lectores.** *El hombre su cuerpo y su espíritu*, 1972.
- Brocklehurst, J.C.:** *Evolución de las teorías del envejecimiento y asistencia al anciano*, 1975.
- Coni, Nicholas, Davisau, W. Yweabster, S.:** *Características de los pacientes geriátricos*. Edimburgo, 1977.
- Prensa Española, S.A.:** *Enfermedades más frecuentes en el anciano*, 1990.
- Martínez, L, Izaguirre, T.:** *Proyecto de estudio científico de investigación de las úlceras en la piel*, 1990.
- Bueno Alfro, F.:** *Factores etiopatogénicos de las úlceras por decúbito*, abril, 1990.
- Guillen Llera, F.:** "Problemas asistenciales del anciano". *Rev. Española Geriátrica*, 1975.
- Berthaux, P, Collin, B.:** "Terapia ocupacional y actividades de la vida diaria", L'experience de Charles Foix D'Ivry, Paris. *La Rev. de Geriatrie*, nº 7.
- Bertahux, P. y Aquino, J.P.:** "Control del paciente de edad por el personal de Enfermería". *Cahiers de L'Infirmiere*, Masson Volumen 4º. Cambiado en el ejercicio el título por... "Cuando intervienen los cuidados de Enfermería".
- Beltrán Baguena, M.:** *Alimentación y nutrición del anciano*, Ed. Científico Médica Barcelona, 1949.
- Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería.** Alimentación. Nutrición, Posiciones del anciano encamado, Actitud del personal de Enfermería ante el anciano terminal, 1995.
- Abraham, G. y Garrone, F.:** *De la muerte al anciano terminal*, París, 1980-1987.
- Fotografías Image Bank - Año 2000.

El Auxiliar de Enfermería y las escalas de valoración en una población psicogeriatrica (I)

MARIA ANTONIA GONZÁLEZ CHAVIANO

Residencia Asistida de Mayores

FELIPE TRIGO (BADAJOZ)

Mención especial del VII Certamen Nacional de Investigación de FAE

En estos tiempos que corren, la palabra calidad asistencial está en boca de todos, pero ¿en qué se basa la calidad en una profesión como la nuestra? Sin duda, en el intenso conocimiento de las personas a las que damos nuestros cuidados. Este conocimiento se basa, en la mayoría de las ocasiones, en el trato continuo y a largo plazo que se da al paciente. Si a esto le añadimos la característica inherente de pacientes ancianos internados en residencias geriátricas, este contacto se hace no a largo plazo, sino para el resto de la vida del anciano.

INTRODUCCIÓN

Nuestra experiencia, basada en un periplo de contratos de trabajo por diferentes residencias geriátricas, nos ha demostrado las deficiencias existentes en la valoración inicial del paciente (sobre todo en el campo de los Auxiliares de Enfermería). Ahora que estamos asentados de forma fija en uno de estos centros de trabajo, hemos decidido elaborar un plan de evaluación del anciano, pero nos hemos encontrado con una serie de dificultades al intentar aplicar las escalas de valoración que actualmente existen de forma estandarizadas. Por este motivo decidimos poner a prueba estas escalas de valoración sometiéndolas a uso en una población psicogeriatrica. Este proyecto es el resultado del trabajo de investigación que presentamos.

Como ya señalaba al principio de esta introducción, la calidad de nuestra profesión se basa en el conocimiento del anciano y para ello (en algunas ocasiones) utilizamos las escalas de valoración. ¿Pero qué es una escala de

valoración? Nosotros nos detendremos en las escalas de valoración funcional, y de ellas podemos decir que son o se pueden definir como unos procesos sistemáticos de recogida de información sobre distintas áreas de la vida de una persona (Berjano, 1999). Pero en Geriatria y en Gerontología aparecen una serie de definiciones que es interesante señalar. Así, en el caso tradicional, la definición dada por los autores sobre escalas de valoración funcional en geriatría sería el proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario destinado a cuantificar las capacidades y problemas médicos, psicológicos, funcionales y sociales del individuo anciano con la intención de elaborar un plan exhaustivo para el tratamiento y el seguimiento a largo plazo (Rubenstein, 1987).

En otra definición encontramos que la valoración geriátrica consiste en el proceso estructurado de valoración global, con frecuencia multidisciplinario, en el que se detectan, describen y aclaran los múltiples problemas físicos, funcionales, psicológicos y socioambientales que puede presentar una

persona mayor con problemas de dependencia (Pérez de Molino y Mora López, 1994).

El fin de la evaluación geriátrica sería el poner en claro las dificultades que presenta una persona para el desenvolvimiento de su vida, registrar los recursos de atención disponibles y poner en marcha un plan adecuado de atención y cuidados (Rodríguez, 1997).

Vistas estas definiciones podemos ir diciendo que la evaluación se va a basar en las tres vertientes básicas de salud: el bienestar físico, el bienestar psicológico y el bienestar social. Haciendo referencia a estos tres factores, (Montorio, 1994) señala la necesidad de evaluar al anciano en distintas fases:

1. Las referidas a las actividades de la vida diaria, es decir, al funcionamiento del anciano en la vida cotidiana.
2. La salud.
3. El funcionamiento afectivo, centrándose sobre todo en el trastorno de la depresión.
4. El funcionamiento cognitivo, con el funcionamiento de la memoria.





5. El funcionamiento social, dividiendo tal evaluación en dos fases, las redes de apoyo social y el bienestar psicológico.

En 1993, Kane y Kane realizan un estudio que hace referencia a la clasificación de instrumentos utilizados en la valoración funcional del anciano. Para estos autores, las categorías de medición más importantes serían las siguientes:

a) Mediciones de actividad física. Se incluiría aquella capacidad de realizar tareas de la vida diaria y autocuidados (bañarse y alimentarse) y la capacidad de realizar tareas instrumentales más complejas

(hacer la compra, cocinar). La medición de actividad física es quizás la medición más importante solicitada en la asistencia a largo plazo.

- b) Mediciones de funcionamiento mental. Éstas se dividen en mediciones de capacidades cognitivas o intelectuales y mediciones del estado de salud mental, en concreto el funcionamiento afectivo.
- c) Mediciones de funcionamiento social. Emplean una diversidad de términos tales como moral, satisfacción vital, felicidad y adaptación, para expresar el bienestar subjetivo. Otras actividades medidas son el apoyo social y familiar, así como los niveles de actividad y participación en las relaciones humanas.
- d) Mediciones multidimensionales. Éstas se usan para aclarar las escasas diferencias existentes entre las mediciones anteriores. Por ejemplo, las diferencias entre capacidades mentales, relaciones sociales adecuadas, y las capacidades físicas, están poco claras.

Nuestro trabajo de investigación va a ir encaminado precisamente a este último tipo de medición. A pesar de que Kane y Kane señalan la existencia de este tipo de escalas multidimensionales, nosotros pensamos que existe un déficit claro, que se acentúa cuando la población a la que hay que evaluar es psicogeriátrica.

Dejando de momento al lado nuestros objetivos de investigación, debemos preguntarnos para qué sirve una valoración geriátrica. Pues bien, algunos autores (Gil, Orduña y Hernando, 1993; Alarcón, 1996) señalan que la evaluación geriátrica nos va a ayudar a:

- Identificar áreas de incapacidad que requieren intervención médica diagnóstica, terapéutica y/o rehabilitadora para establecer la función.
- Establecer regímenes rehabilitadores individualizados.
- Valorar evolutivamente al paciente.
- Valorar la eficacia de las intervenciones.
- Establecer pronósticos.
- Establecer bases científicas de intervenciones médicas.
- Identificar la población anciana en riesgo.
- Indicar necesidades y tipos de cuidados. Planificar cuidados de salud.

Para Pérez y Moya (1994) los objetivos de la valoración serían:

- Mejorar la exactitud diagnóstica y la identificación de los problemas.
- Establecer unos objetivos y asegurar un plan de cuidados racional.
- Conocer la situación de la persona que permita predecir su evolución y observar cambios en el transcurso del tiempo.
- Asegurar una utilización apropiada de los servicios.
- Determinar un emplazamiento óptimo y evitar la institucionalización innecesaria.

Sin duda, es en los objetivos dados por Pérez y Moya donde la función del Auxiliar toma relevancia. Esta relevancia, por desgracia, queda relegada a un segundo plano en algunas ocasiones. Así Gregorio, Orduña y Hernando (1993) establecen tres niveles de evaluadores, señalando por niveles los distintos profesionales:

- *Primer nivel:* Médico, enfermera, trabajador social, terapeuta ocupacional y trabajador social.
- *Segundo nivel:* Dentista, logopeda, dietista, podólogo, otorrino, farmacólogo y psiquiatra.
- *Tercer nivel:* Otros especialistas cuyo recurso sea necesario.

Rodríguez (1997) indica que: “teniendo en cuenta la diversidad de aspectos y áreas que contiene la valoración gerontológica, sería conveniente que la evaluación se efectuara por un equipo interdisciplinar que, al menos, debiera estar formado por personal médico, personal de enfermería y trabajo social”. Es en esta definición donde el papel del Auxiliar toma algo de relevancia, ya que si nos fijamos en lo referido por Pérez y Moya, la pregunta sería para estos autores: ¿dónde se encuadra la actividad del personal que más íntimamente trabaja con el anciano? En nuestra opinión, debería ir incluido en el primer nivel.

2. OBJETIVOS

Dentro de los objetivos que queremos conseguir con este trabajo de investigación, podemos destacar los siguientes:

- Conocer las distintas escalas de valoración que existen para la evaluación del anciano.
- Conocer los aspectos que estudian dichas escalas de valoración dentro del ámbito físico, psicológico y social del anciano.
- Conocer la aplicación que tienen dichas escalas en una población psicogeriatrica.

- Conocer la dificultad que presentan dichas escalas de valoración a la hora de ser aplicadas por parte del personal Auxiliar de Enfermería.
- Conocer la ayuda que pueden prestar estas escalas a la hora de obtener un mejor conocimiento del anciano en un primer contacto con él.
- Conocer si dichas escalas son la base y/o el apoyo de un plan de cuidados de enfermería.
- Conocer si dichas escalas pueden formar parte del rol profesional del Auxiliar de Enfermería.
- Conocer si existe un verdadero equipo interdisciplinar a la hora de valorar al anciano, y si dentro de este equipo se reflejan las aportaciones realizadas por el personal auxiliar.
- Elaborar una escala de valoración que esté centrada en una población psicogeriatrica institucionalizada.
- Elaborar una escala de valoración del anciano para que sea realizada por el Auxiliar de Enfermería con el fin de conseguir una mayor autonomía en sus cuidados.

3. MATERIAL Y MÉTODO

El material que hemos usado para realizar este trabajo de investigación lo podemos dividir en dos apartados:

A. Escalas de valoración

En la bibliografía consultada hemos encontrado varias escalas de valoración.

B) Muestra de estudio

La muestra que hemos sometido a estudio ha sido a una población de 50 residentes de una unidad de psicogeriatrica. La elección de la muestra ha sido por muestreo aleatorio simple. La población total de la unidad es de 91 residentes. A todos ellos se les ha asignado un número y después se ha elegido un número al azar de los 91 existentes. El número que ha salido ha sido par, por lo que hemos seleccionado a todos los número pares. Y luego, otra vez, por muestreo aleatorio simple hemos seleccionado a cinco número impares.

La muestra obtenida presenta la heterogeneidad proporcionada por el tipo de selección realizada, lo cual hace que el sesgo se vea considerablemente reducido. Y, además, presenta la homogeneidad en las características del paciente que hacen posible aplicar el estudio sobre ella.

La edad media de la población a estudio es de 78 años. Un total de 30 mujeres y 20 hombres.

4. ANÁLISIS DE LA MUESTRA

Después de haber elegido la muestra de población y los índices de valoración, aplicamos dichos índices y los resultados obtenidos son los que a continuación se detallan.

A. Escalas de valoración funcional

1) **Resultados de la aplicación de la escala de Arnell (valoración de riesgo de úlcera por decúbito)**

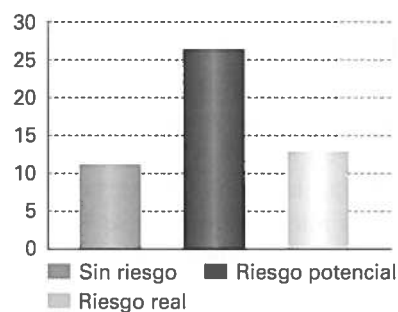
1. ESCALA DE VALORACIÓN DE RIESGO DE ÚLCERA POR DECÚBITO. ESCALA DE ARNELL

Variable	0	1	2	3
Estado mental	Despierto y orientado	Desorientado	Letárgico	Comatoso
Incontinencia (Se dobla la puntuación)	No	Ocasional, nocturno, o por estrés	Urinaria (solamente)	Urinaria e intestinal
Actividad (Se dobla la puntuación)	Se levanta de la cama sin problemas	Camina con ayuda	Se sienta con ayuda	Postrado en cama
Movilidad (Se dobla la puntuación)	Completa	Limitación ligera	Limitación importante (parapléjico)	Inmóvil (Tetrapléjico o comatoso)
Nutrición	Come satisfactoriamente	Ocasional rechazo a la comida	No suele tomar ninguna comida completa, deshidratado	No come
Aspecto de la piel	Buena	Área enrojecida	Pérdida de continuidad	Edema con fóvea
Sensibilidad cutánea	Presente	Disminuída	Ausente en extremidades	Ausente

(El riesgo de úlcera por decúbito aparece con puntuaciones iguales o mayores de 12)

En esta escala encontramos la dificultad de que el rango que se considera como riesgo de aparición de úlcera es muy bajo (cuando existe riesgo de úlcera la puntuación es igual o mayor de 12, y cuando tal riesgo no existe la puntuación es menor o igual a 12).

Nosotros hemos decidido dividir la escala en tres rangos para una mejor distribución de datos, en el que el primero (0-5 pts) no hay riesgo, en el segundo (6-12) riesgo potencial, y mayor de 12, riesgo real. La distribución de datos es la siguiente.



2. ÍNDICE DE BARTHEL

Comida		
	10	Independiente. Capaz de comer por sí solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.
	5	Necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla..., pero es capaz de comer sólo.
	0	Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona.
Lavado (baño)		
	5	Independiente. Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin que una persona supervise.
	0	Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión.
Vestido		
	10	Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda.
	5	Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable.
	0	Dependiente. Necesita ayuda para las mismas.
Arreglo		
	5	Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna, los complementos necesarios pueden ser provistos por alguna persona.
	0	Dependiente. Necesita alguna ayuda.
Deposición		
	10	Continente. No presenta episodios de incontinencia.
	5	Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios.
	0	Incontinente. Más de un episodio semanal.
Micción		
	10	Continente. No presenta episodios. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por sí solo (botella, sonda, orinal...).
	5	Accidente ocasional. Presenta un máximo de un episodio en 24 horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas o de otros dispositivos.
	0	Incontinente. Más de un episodio en 24 horas.
Ir al retrete		
	10	Independiente. Entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona.
	5	Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda; es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo.
	0	Dependiente. Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin ayuda mayor.
Transferencia (traslado cama/sillón)		
	15	Independiente. No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama.
	10	Mínima ayuda. Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física.
	5	Gran ayuda. Precisa ayuda de una persona fuerte o entrenada.
	0	Dependiente. Necesita una grúa o el alzamiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado.

2. ÍNDICE DE BARTHEL (cont.)

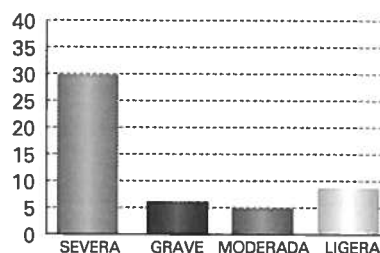
Deambulaci3n		
	15	Independiente. Puede andar 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda ni supervisi3n. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto un andador. Si utiliza una prótesis, puede ponérsela y quitársela solo.
	10	Necesita ayuda. Necesita supervisi3n o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador.
	5	Independiente en silla de ruedas. No requiere ayuda ni supervisi3n.
Subir y bajar escaleras		
	10	Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisi3n de otra persona.
	5	Necesita ayuda. Necesita ayuda o supervisi3n.
	0	Dependiente. Es incapaz de salvar escalones.
La incapacidad funcional se valora como	* Severa < 45 puntos * Grave 45-59 pto * Moderada: 60 - 80 puntos * Ligera: 80 - 100 puntos	
	Puntuaci3n total:	

2. Índice de Barthel

En la siguiente tabla se muestra los valores de incapacidad funcional que se dan en la poblaci3n a estudio. La clasificaci3n que Barthel hace es que la incapacidad es severa

cuando la puntuaci3n es menor de 45 puntos, grave de 45 a 59 puntos, moderada de 60 a 80 puntos y ligera cuando es de 81 a 100 puntos.

Los datos obtenidos son los siguientes:



3. ÍNDICE DE LAWTON DE ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA

Capacidad para usar el teléfono		
	1	Utiliza el teléfono por iniciativa propia y sin ayuda.
	1	Marca números bien conocidos.
	1	Contesta al teléfono pero no marca.
	0	No usa el teléfono en absoluto.
Ir de compras		
	1	Realiza todas las compras necesarias sin ayuda.
	0	Compra pequeñas cosas.
	0	Necesita compańa para realizar cualquier compra.
	0	Es incapaz de ir de compras.
Preparaci3n de la comida		
	1	Planea, prepara y sirve sin ayuda las comidas adecuadas.
	0	Prepara las comidas si le proporcionan los ingredientes.
	0	Prepara la comida, pero no mantiene una dieta adecuada.
	0	Necesita que se le prepare la comida.
Lavado de la ropa		
	1	Lo realiza sin ayuda.
	1	Lava o aclara algunas prendas.
	0	Necesita que otro se ocupe de todo el lavado.

3. ÍNDICE DE LAWTON DE ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (cont.)

Cuidar de la casa		
1	Cuida la casa sin ayuda o ésta es ocasional.	
1	Realiza tareas domésticas ligeras.	
1	Realiza tareas domésticas pero no mantiene un nivel de limpieza aceptable.	
0	Necesita ayuda en todas las tareas de la casa.	
0	No participa en ninguna tarea doméstica.	
Medio de transporte		
1	Viaja de forma independiente.	
1	No usa transporte público, salvo taxis.	
1	Viaja en transporte público si le acompaña otra persona.	
0	Viaja en taxi o automóvil solamente con la ayuda de otros.	
0	No viaja en absoluto.	
Responsabilidad sobre la medicación		
1	No precisa ayuda para tomar correctamente la medicación.	
0	Necesita que le sean preparadas las dosis o las pastillas con antelación.	
0	No es capaz de responsabilizarse de su propia medicación.	
Capacidad para utilizar dinero		
1	No precisa ayuda para manejar dinero ni llevar cuentas.	
1	Necesita ayuda para ir al banco, para grandes gastos...	
0	Incapaz de manejar dinero.	

3. Índice de las actividades instrumentales de Lawton

El índice de las actividades instrumentales de Lawton no puede ser utilizada en esta población psicogeriatrica. La utilización de la misma nos lleva a obtener unos resultados siempre de 0, dado que es un tabla creada para los ancianos que viven en sus propios domicilios.

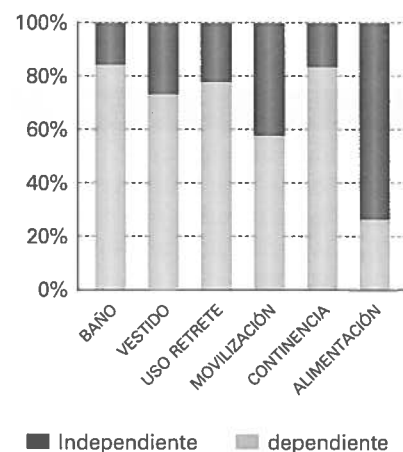
4. Índice de Katz de actividades de la vida diaria

En la tabla anterior se muestran los resultados obtenidos en la

aplicación de la tabla del índice de Katz. Dichos valores expresados de forma numérica son los siguientes:

- *Uso del baño*: Dependiente 44 personas (P), Independiente 6 P
- *Vestido*: Dependiente 35 P, Independiente 15 P
- *Uso del retrete*: Dependiente 39 P, Independiente 11
- *Movilización*: Dependiente 28 P, Independiente 22
- *Continencia*: Dependiente 43 P, Independiente 7 P

- *Alimentación*: Dependiente 14 P, Independiente 36 P.



4. ÍNDICE DE KATZ DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

Baño/lavado	
Independiente	Necesita ayuda sólo para lavarse una parte del cuerpo o lo hace solo
Dependiente	Requiere ayuda al menos para lavarse más partes del cuerpo o para entrar y salir de la bañera

4. ÍNDICE DE KATZ DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (cont.)

Vestido	
Independiente	Se viste sin ayuda (incluye coger las cosas del armario). Excluye el atado de los cordones de los zapatos.
Dependiente	No se viste solo o lo hace de forma incompleta.
Uso del retrete	
Independiente	No precisa ningún tipo de ayuda para entrar y salir del cuarto de aseo. Usa el retrete, se limpia y se viste adecuadamente. Puede usar un orinal por la noche.
Dependiente	Precisa ayuda para llegar hasta el retrete y para utilizarlo adecuadamente. Incluye el uso del orinal y de la cuña.
Movilización (cama/sillón)	
Independiente	No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama (puede utilizar ayudas mecánicas, como un bastón).
Dependiente	Requiere alguna ayuda para una u otra acción.
Continencia	
Independiente	Control completo de la micción y de la defecación.
Dependiente	Incontinencia total o parcial. Incluye el control total de los esfínteres mediante enemas, sonda o el empleo reglado de orinal y/o cuña.
Alimentación	
Independiente	Lleva la comida del plato a la boca sin ayuda.
Dependiente	Es ayudado a llevar la comida del plato a la boca. Incluye no comer y alimentación parenteral o a través de una sonda.

Debe recogerse lo que el paciente hace realmente, no lo que es capaz de hacer.

Clasificación:

A. Independiente en todas las actividades.

B. Independiente en todas las actividades, salvo en una.

C. Independiente en todas las actividades, salvo en el baño y otra más.

D. Independiente en todas las actividades, salvo en el baño, el vestido y otra más.

E. Independiente en todas las actividades, salvo en el baño, el vestido, el uso del retrete y otra más.

F. Independiente en todas las actividades, salvo en el baño, el vestido, el uso del retrete, en la transferencia y otra más.

G. Dependiente en todas las actividades.

5. ESCALA DE INCAPACIDAD FÍSICA DEL HOSPITAL DE LA CRUZ ROJA

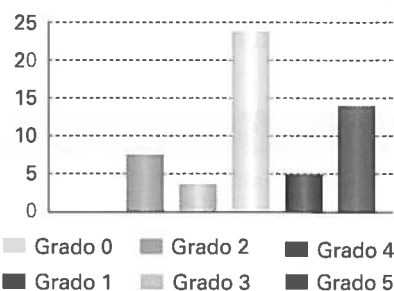
- 0. Totalmente normal
- 1. Realiza las actividades de la vida diaria. Deambula con alguna dificultad
- 2. Alguna dificultad para realizar los actos de la vida diaria. Deambula con ayuda de un bastón o similar
- 3. Grave dificultad para realizar los actos de la vida diaria. Deambula con dificultad ayudado por una persona. Incontinencia ocasional
- 4. Necesita ayuda para casi todas las actividades de la vida diaria. Deambula con extrema dificultad ayudado por dos personas. Incontinente habitual
- 5. Inmovilidad en cama o sillón. Dependiente total. Necesita cuidados continuados de enfermería

5. Escala de incapacidad física del Hospital de la Cruz Roja

Esta escala va de grado 0 a un grado 5. El grado 0 incluye a aquellos residentes que no presentan ningún tipo de incapacidad física, mientras que el

grado 5 representa la inmovilidad en cama o sillón. Para el resto de grados nos remitimos a la escala expuesta anteriormente.

Los resultados de aplicar dicha escala son los siguientes:





La quiropráctica exige la regulación de la profesión

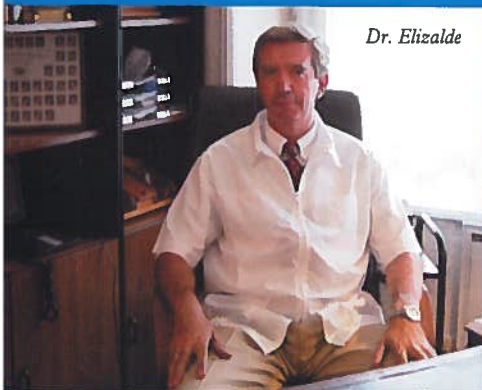
La quiropráctica es tan antigua como los Rayos X. El primer ajuste espinal fue realizado en 1895 y el reconocimiento de la profesión en Estados Unidos llegó en 1913. Sin embargo, los doctores quiroprácticos españoles, más de un centenar integrados en la Asociación Española de Quiropráctica, y que se han visto obligados a formarse en universidades extranjeras, exigen la regulación de la profesión y el reconocimiento de un título conseguido tras 5.500 horas de estudio en los siete años en los que se imparten las asignaturas en universidades americanas y europeas.

TEXTO Montse García

LA QUIROPRÁCTICA es la profesión sanitaria que se ocupa del diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las alteraciones biomecánicas de la columna vertebral y de cómo éstas afectan al sistema nervioso, así como la consecuencia que tienen en la salud.

El sistema maestro del cuerpo humano es el sistema nervioso (la

médula espinal va embutida en la columna vertebral y de ahí emanan los nervios que salen por cada uno de los agujeros vertebrales que van a cada una de las partes del cuerpo), por lo que cualquier alteración de cualquier nervio puede estar produciendo un trastorno en la salud. El quiropráctico interviene si esta alteración es subsidiaria de



Dr. Elizalde

La quiropráctica se basa en la premisa de que la buena salud depende de un sistema nervioso que funcione correctamente

corrección mediante ajustes vertebrales específicos.

La quiropráctica corrige por medios manipulativos muy exactos y específicos estos desequilibrios del cuerpo humano. Los doctores quiroprácticos llaman subluxaciones a los defectos biomecánicos estructurales que provocan cambios neurológicos adversos. Suelen ser la causa de dolores localizados o radiados por los nervios y pueden producir adormecimientos, insensibilidades, calambres, pérdidas de fuerza en un miembro o pueden generar mal funcionamiento en algún órgano interno suplido por esa raíz nerviosa.

A su corrección por medios manipulativos le llaman ajustes por la especificidad y la precisión con que son realizados. El ajuste se hace generalmente con las manos en una mesa de diseño especial y usando varias técnicas especializadas. “Aunque, según reconoce el doctor Elizalde, doctor quiropráctico y ex presidente de la Asociación Española de Quiropráctica (AEQ), existen más de 100 técnicas de ajuste vertebral manual y cada quiropráctico utiliza dos o tres porque no pueden aplicarse todas”.

Las dolencias que puede atender el doctor en quiropráctica son tan variadas y vastas como el propio sistema nervioso. El doctor en quiropráctica está preparado para el diagnóstico general del cuerpo humano, por lo que si hay un problema relacionado con otra especialidad médica deriva al paciente a ésta. La interrelación profesional más frecuente es con neurocirujanos, traumatólogos y reumatólogos.

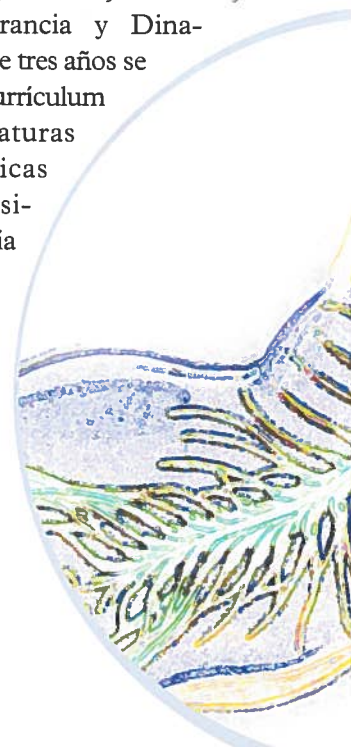
Las ventajas de un tratamiento quiropráctico están avaladas por los estudios e investigaciones de distintas universidades, y algunos trabajos realizados en Australia, Canadá

y Dinamarca sobre la relación coste-eficacia demuestran que la quiropráctica reduce el número de días de baja, el paciente soluciona antes sus problemas e incluso se evitan medidas más invasivas como la cirugía.

En algunos países como Francia los tratamientos quiroprácticos son costeados al cincuenta por ciento por el Estado y el usuario. Para el doctor Elizalde “todo el mundo tiene derecho a una atención quiropráctica, y la falta de recursos no debería ser un impedimento para acceder a ella. Desde la AEQ se están planteando distintas alternativas y colaboraciones de diversa índole con la Seguridad Social, de forma que pueda extenderse el tratamiento”.

» Regulación quiropráctica

La quiropráctica es una profesión sanitaria totalmente regulada a través de los consejos de regulación de la educación quiropráctica tanto en Europa como en Estados Unidos que regulan las universidades que pueden o no dar el título. En la actualidad, es posible completar los estudios en quiropráctica en Estados Unidos, Canadá, Australia, Inglaterra, Francia y Dinamarca. Durante tres años se completa el currículum de las asignaturas prequiroprácticas (ciencias básicas, psicología



y ciencias humanísticas) y durante los cuatro o cinco años restantes (dependiendo de la universidad) se completan las asignaturas quiroprácticas: anatomía, fisiología y asignaturas de diagnóstico, radiología... Se estudia en profundidad el sistema nervioso y, a diferencia de la medicina, se estudia muy poca cirugía y farmacología. Además, es posible completar los estudios de postgrado y especializarse en radiología, neurología, pediatría...

En España se pueden realizar los tres primeros años de pre-quiropática en la Sant Louis University, pero para conseguir el título de doctor es necesario desplazarse al extranjero. Por eso, una de las reivindicaciones básicas de la Asociación Española de Quiropráctica es conseguir la creación de la facultad de quiropráctica en España. El doctor Elizalde, ex presidente de la AEQ, reconoce que "tras 17 años de negociaciones cada vez es más real esta situación. Se han mantenido contactos con los Ministerios de Educación y de Sanidad, con los grupos parlamentarios y con el Consejo de Universidades reivindicando que la Universidad española acoja los estudios de quiropráctica".

Las conversaciones mantenidas tanto con el Ministerio de Educación como con el de Sanidad se desarrollan en un clima de

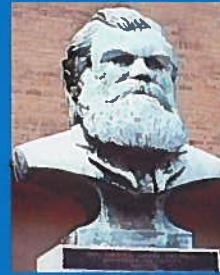
cordialidad y entendimiento que posteriormente no tienen su traducción en ninguna medida concreta que materialice estas reivindicaciones. No existe una oposición frontal a las peticiones de la AEQ pero tampoco se lleva a cabo ninguna medida respecto a sus peticiones. No obstante, el doctor Elizalde se muestra esperanzado en el futuro y cree que en un breve plazo de tiempo se hará realidad esta reivindicación.

» AEQ

La Asociación Española de Quiropráctica (AEQ) se inscribe en los Ministerios de Interior y de Sanidad y Consumo en 1986 y desde entonces comienza a reivindicar la regularización de la profesión. Más de un centenar de doctores quiroprácticos integran esta entidad que únicamente admite a doctores que cumplan con los requisitos de los consejos reguladores internacionales. Nadie que no posea el título otorgado por una universidad reconocida por estos consejos reguladores puede formar parte de la AEQ.

Esta exigencia supone una autorregulación de la profesión y una garantía para el paciente en una profesión en la que existe mucho intrusismo. La falta de la regulación legal que están exigiendo permite que, en ocasiones, algunas personas realicen unos cursos y ofrezcan sus servicios como quiroprácticos sin las garantías mínimas que exigen en la AEQ.

La Asociación Española de Quiropráctica es miembro de pleno derecho de la Unión Europea Quiropráctica, que exige los mínimos para que una universidad pueda otorgar el título de doctor en quiropráctica.



El primer ajuste espinal fue realizado en 1895 por Daniel David Palmer en Davenport, Iowa. D. D. Palmer ayudó a un hombre que había estado sordo durante diecisiete años. El hombre dijo que él podía recordar un ruido que vino de su cuello después de que algo golpeará su cabeza. Después de que D. D. Palmer realizara una manipulación el hombre podía oír. Por esta razón, D. D. Palmer es conocido como el fundador de la quiropráctica. También fundó en 1897 el Palmer College of Chiropractic, donde empezó a enseñar las técnicas quiroprácticas

VII Certamen



Investigación de

FAE reconoció en su certamen anual la faceta investigadora de los Auxiliares de Enfermería.

LA FUNDACIÓN para la Formación y Avance de la Enfermería hizo entrega el día 14 de mayo de los premios correspondientes a la séptima edición del Certamen Nacional de Investigación, que se otorgan con periodicidad anual. Con los galardones entregados en este evento se premia y reconoce el trabajo de investigación que diariamente desarrollan en sus respectivos puestos de trabajo los Auxiliares de Enfermería dentro de la sanidad española y, además, se fomenta el espíritu de investigación entre los profesionales de la enfermería básica. Se trata, además, del único certamen de estas características dirigido a la enfermería básica en nuestro país.

En esta ocasión, la entrega de premios tuvo lugar en el salón de actos del Hospital de la Princesa de Madrid, donde trabaja la Auxiliar de Enfermería reconocida con el primer premio. El acto estuvo presidido por las siguientes personalidades: Leticia Moral Iglesias, directora general del Imsalud; Jorge Gómez Zamora, gerente del Hospital de la Princesa; José Antonio López García, director de Enfermería; Roberto Barahona, técnico de Marketing de Puleva, empresa que patrocina este certamen, y Dolores Martínez, presidenta de FAE.

Fue la directora general del Imsalud quien entregó el primer premio, valorado en 1.202 euros, a Julia Flores González, Auxiliar de

de

2



3



1 De izquierda a derecha, Roberto Barahona, técnico de marketing de Puleva; Jorge Gómez Zamora, gerente del Hospital de la Princesa; Leticia Moral Iglesias, directora general del Imsalud; Dolores Martínez, presidenta de FAE y José Antonio López García, director de Enfermería.

2 Momento en que recoge el premio Julia Flores.

3 De izquierda a derecha, Ana Isabel González (accésit), Julia Flores (primer premio) y Antonia González (mención especial).

Enfermería en el Hospital Universitario de la Princesa de Madrid, por su trabajo titulado “Geriatría y gerontología”.

Por su parte, el gerente del centro hospitalario fue el encargado de entregar el accésit al trabajo de Ana Isabel González, Auxiliar de Enfermería del Hospital Comarcal de Arriendas, Fundación Grande Covián de Asturias, que lleva por título “Parapléjicos y tetrapléjicos. Todo un reto”.

Finalmente, FAE concedió una mención especial al trabajo “El Auxiliar de Enfermería y las escalas de valoración en una población psicogeriatrica”, cuya autora, María Antonia González Chaviano, Auxiliar de Enfermería

en la Residencia Asistida de Mayores Felipe Trigo de Villanueva de la Serena (Badajoz), recibió este reconocimiento de manos de la presidenta de FAE.

» Geriatría y gerontología, primer premio

Los problemas propios asociados al envejecimiento y su estudio científico son los ejes centrales del trabajo galardonado con el primer premio. Del mismo, se pueden extraer como principales conclusiones

que debe desterrarse la idea de considerar a toda persona anciana como enferma, y que los fines de la atención a nuestros mayores deben consistir en proporcionarles una asistencia adecuada y prolongada, movilizandole para ello todos los recursos de la sociedad y de la medicina que resulten necesarios, y desarrollando un sistema asistencial y de prevención hospitalaria y extra-hospitalaria de calidad.

Asimismo, resultaría imprescindible la existencia de un grupo asistencial geriátrico para atender al

La ganadora del primer premio del Certamen de FAE rodeada de sus compañeras del Hospital de la Princesa.



anciano y sus problemas asistenciales, que la autora de este trabajo centra en ámbitos como la prevención, servicios sociales, asistencia y rehabilitación.

En cuanto a los hospitales, conceptuados como fuente de curación y tratamiento, no lo son tanto cuando se trata de personas ancianas, ya que, por motivos relacionados con su salud, su estancia en el hospital aumenta a la par que su deseo de permanecer el máximo tiempo posible ingresados, porque así ven cubiertas todas sus necesidades y no tienen que enfrentarse al panorama de soledad o conflicto familiar que marca su vida diaria. El profesional de salud, consciente de este problema y en vistas a no restringir la cama hospitalaria para otros pacientes, aún sus esfuerzos para que una vez dado el alta clínica al anciano se le proporcionen otras fórmulas de atención.

Julia Flores ahonda, por último, en su trabajo sobre la atención que los ancianos reciben en los centros hospitalarios en aspectos como la higiene y la alimentación, así como las actitudes que los profesionales sanitarios deben mostrar en relación con esta población.

» Accésit y mención especial

El lesionado medular como paciente debe aprender a vivir con su parálisis y tomar conciencia de su lesión, para progresar desde ese instante en su curación y rehabilitación. Ésta es una de las principales enseñanzas que transmite el trabajo reconocido con el accésit,

“Parapléjicos y tetrapléjicos. Todo un reto”. Plantea, igualmente un objetivo práctico de autocuidado al lesionado medular, a sus familiares y cuidadores, así como a profesionales que se encuentran con este tipo de pacientes, puesto que la calidad de vida presente y futura del lesionado medular depende, en gran medida, de la atención que se le brinde.

La autora, Ana Isabel González, realizó para este estudio un exhaustivo análisis de las diversas situaciones que afectan a los lesionados medulares y el reto que supone tanto para ellos como para los profesionales sanitarios recuperar, en la medida de lo posible, las actividades que se realizaban con anterioridad a la lesión.

En cuanto a la mención especial “El Auxiliar de Enfermería y las escalas de valoración en una población psicogerítrica”, la calidad asistencial de los Auxiliares de Enfermería en geriatría se basa en el conocimiento de las personas a las que cuidan. Por su categoría profesional, los Auxiliares de Enfermería son los profesionales que más tiempo pasan con el anciano; este trabajo continuo les permite adquirir un gran conocimiento del paciente

anciano y, por tanto, ofrecer una mayor calidad asistencial.

Las herramientas usadas para dicho conocimiento, junto con el trato directo con el anciano, son las escalas de evaluación geriátrica. En este sentido, el índice de Lawton de actividades instrumentales de la vida diaria, la escala de comunicación de Holden o la escala de incapacidad física del hospital de la Cruz Roja, son sólo algunas de las muchas escalas de evaluación existentes.

Entre las conclusiones que se extraen del trabajo galardonado con la mención especial hay que destacar la importancia que estas escalas tienen a la hora de conocer al anciano, teniendo siempre en cuenta que su aplicación corre el riesgo de despersonalizar. Igualmente, otro de los objetivos del trabajo se ve cumplido: las escalas pueden ser aplicadas por los propios Auxiliares de Enfermería, ya que no se requiere ninguna especialización para ello.

Un año más, el certamen anual de FAE dio muestra del alto nivel de los trabajos presentados a este evento y premió la faceta investigadora y divulgativa de los Auxiliares de Enfermería como representantes de la enfermería básica.

Dormir sobre seguro

La firmeza del colchón a examen

Pasamos un tercio de nuestras vidas durmiendo, razón suficiente para no descuidar ninguno de los factores que influyen en nuestra salud durante esas horas de sueño. Éste es el caso del colchón al que cada noche confiamos nuestro descanso.

PARA ABORDAR uno de los condicionantes que más influye en nuestro descanso y su relación directa con la salud, la Fundación Kovacs consiguió reunir a una serie de prestigiosos expertos en problemas de la espalda, entre los que se encontraban rehabilitadores, traumatólogos, neurocirujanos y metodólogos.

El objetivo de la investigación estaba claramente delimitado: evaluar el efecto de la firmeza del colchón en las dolencias de la espalda, constituyendo así el primer estudio científico riguroso elaborado en el mundo para abordar esta cuestión.



Como destaca el Dr. Víctor Abaira, jefe de la unidad de Bioestadística Clínica del Hospital Ramón y Cajal, los resultados recabados en el estudio demuestran que el simple hecho de cambiar el colchón mejoró el dolor de espalda

El estudio parte de dos premisas: constatar que realmente el colchón influye en la salud de la espalda y recabar datos cuantificables que verificaran o desmintieran la creencia de que el colchón es mejor cuanto más duro resulta, premisa muy arraigada entre la población.

» Un estudio a doble ciego

Para comenzar con la investigación, se seleccionó una muestra de 313 personas que presentaban una dolencia concreta: lumbalgia inespecífica crónica. Estos individuos fueron asignados aleatoriamente a dos grupos: los del primero recibieron un colchón muy firme (2,3 puntos de la escala del Comité Europeo de Estandarización, que va de más duro a más blando, de 1 a 10) y los del segundo, un colchón de firmeza media (5,6 puntos de la escala). Además, la base de apoyo de los colchones fue revisada y sustituida por un soporte firme en aquellos casos en los que

sólo cubría un 50% de la superficie del colchón.

Una vez sentadas las bases del estudio, se inició el seguimiento de estas personas durante tres meses, a través de un estudio a doble ciego: los individuos que componían la muestra no sabían cuál de los dos colchones tenían asignado y los estadísticos que analizaron los resultados desconocían este mismo detalle.

Como destaca el Dr. Víctor Abaira, jefe de la unidad de Bioestadística Clínica del Hospital Ramón y Cajal, los resultados recabados en el estudio demuestran que el simple hecho de cambiar el colchón mejoró el dolor de espalda y permitió que entre el 30 y el 40 por ciento de los pacientes de ambos grupos abandonara la medicación que estaban tomando. Además, la evolución de esta dolencia para mejor fue más destacada en el grupo que recibió un colchón de firmeza intermedia. Se deduce de esta forma que las características de dureza del colchón influyen (y mucho) en la salud de la espalda. Sólo con cambiarlo, el impacto es mayor que con cualquier otro tratamiento específico.



» Una premisa sin fundamento científico

Con esto queda desmontada una creencia muy extendida sobre las supuestas ventajas de un colchón muy duro, teoría no rebatida con datos científicos hasta que la realización de este trabajo de investigación ha demostrado su falsedad.

Los orígenes de esta concepción errónea radican probablemente en una deformación de los consejos médicos de “dormir en cama dura”, que deben entenderse dentro del contexto de principios del siglo pasado, cuando los colchones de lana se deformaban mucho por el centro, al apoyarse sobre somieres compuestos sólo por muelles y sin estructuras metálicas que no constituían suficiente apoyo. Por ello, los facultativos recomendaban “cama dura” refiriéndose a la conveniencia de colocar una tabla sobre el somier para evitar la deformación del colchón. Este consejo fue simplificado hasta el extremo, llegando a darse por sentado que “la cama, cuanto más dura, mejor”.

Además, esta falsa premisa se ha visto relanzada por ciertos mensajes publicitarios que han enfatizado los supuestos beneficios de un colchón duro, pese a carecer de base científica, generando un efecto perjudicial entre los pacientes con dolencias de espalda. No hay que olvidar la enorme influencia de la publicidad, por lo que debe exigirse veracidad a este tipo de informaciones, ya que mensajes muy repetidos y sin rigor conllevan, como en este caso, consecuencias fatales para la salud pública.

En conclusión, como señala el mentor de esta investigación, el Dr. Francisco Manuel Kovacs, los resultados obtenidos revelan que, en comparación con un colchón muy firme, un colchón de firmeza media mejora el dolor y el grado de incapacidad en los pacientes con lumbalgia inespecífica. Además, también ha quedado demostrado que las recomendaciones sobre la vida diaria tienen un efecto relevante sobre la salud, por lo que deberían ser evaluadas con métodos tan rigurosos como los que se utilizan habitualmente en investigación médica, algo que resulta factible como se ha demostrado con la realización de este estudio.

Queda desmontada una creencia muy extendida sobre las supuestas ventajas de un colchón muy duro, teoría no rebatida con datos científicos hasta que la realización de este trabajo de investigación ha demostrado su falsedad

La investigación fue realizada con Puleva Omega-3, ácido oleico, vitaminas B6, E y ácido fólico

'Clinical nutrition'



publica una investigación que demuestra efectos positivos en la reducción del colesterol y la

La ingesta diaria de leche desnatada enriquecida con ácidos grasos omega-3 (EPA y DHA) y oleico, vitaminas B6, E y ácido fólico, reduce el colesterol total, el colesterol LDL, y la homocisteína, factores de riesgo de la enfermedad cardiovascular. Ésta es una de las principales conclusiones obtenidas tras la realización de un estudio clínico en adultos sanos de edades comprendidas entre 25-45 años, que acaba de publicar la prestigiosa publicación científica Clinical Nutrition, y que ha sido realizado por un equipo de investigadores de Puleva Biotech.

enriquecida con ácidos grasos omega-3 (EPA y DHA),



de la leche enriquecida con omega-3 homocisteína en plasma

EN LA EDICIÓN del mes de abril, y bajo el título 'n-3 fatty acids plus oleic acid and vitamin supplemented milk consumption reduces total and LDL cholesterol, homocysteine and levels of endothelial adhesion molecules in healthy humans', la revista científica *Clinical Nutrition* acaba de publicar las principales conclusiones alcanzadas por un grupo de investigadores de Puleva Biotech, cuyo objetivo ha sido estudiar los efectos de la leche enriquecida con omega-3, ácido oleico y vitaminas E, B6 y ácido fólico sobre

los factores de riesgo de la enfermedad cardiovascular.

Para ello, científicos de Biotech llevaron a cabo una investigación en la que colaboraron treinta voluntarios normolipídicos, 15 hombres y 15 mujeres, con un rango de edad entre 20-45 años, y residentes en España.

De forma previa a la puesta en marcha de la investigación, se comprobó que un mes antes del estudio ninguno de los participantes estaba tomando medicaciones que pudieran influir en el metabolismo lipídico,

y que no sufrían ningún problema crónico o metabólico. Para el correcto desarrollo del estudio, se instó a los voluntarios a no cambiar su actividad física y su dieta habitual, a excepción de evitar comer pescado desde el comienzo hasta el final del estudio.

» Ingesta de dos tipos de leche y análisis de sus efectos

La investigación que publica *Clinical Nutrition* consistió en que los participantes en el estudio bebieran

Composición de la leche semidesnatada y de la leche enriquecida con omega-3

	Leche semidesnatada	Leche enriquecida con omega-3
Energía (Kcal KJ/100 ml)	46,5-195,5	52-218
Proteínas (g/100 ml)	3,1	3,5
Carbohidratos (g/100 ml)	4,7	5,2
Grasa (g/100 ml)	1,9	1,9
Calcio (mg/100 ml)	120	132
Vitamina A (ug/100 ml)	120	120
Vitamina D (ug/100 ml)	0,75	0,75
Vitamina E (ug/100 ml)	ND	1,50
Vitamina B6 (ug/100 ml)	ND	0,30
Vitamina B12 (ug/100 ml)	0,38	0,38
Ácido Fólico (ug/100 ml)	ND	30

ND: No Detectado

500 mililitros al día de leche semidesnatada enriquecida en vitaminas A y D desde el comienzo del estudio y durante cuatro semanas, a partir de las cuales se sustituyó la ingesta de leche semidesnatada por 500 mililitros al día de leche enriquecida con omega-3 (EPA y DHA), ácido oleico, vitaminas A, D, E, B6 y ácido fólico, durante ocho semanas.

Con el objeto de poder elaborar conclusiones indicativas al término de la investigación, durante el transcurso de la misma se tomaron muestras de sangre a los participantes al comienzo del estudio, y en las semanas 4, 8 y 12.

Las cantidades de ácido oleico, de EPA y DHA presentes en los 500 ml. de la leche enriquecida con omega-3 que diariamente ingirieron los participantes en el estudio durante ocho semanas fueron de 5,12, 0,13, y 0,2 g respectivamente. Por su parte, la leche semidesnatada suministrada durante las cuatro primeras semanas de la investigación contenía 1,82 g de ácido oleico por 500 ml de leche, y no presentaba niveles detectables de EPA y DHA.

La publicación *Clinical Nutrition* relata cómo los responsables de la investigación realizaron un detallado análisis de la composición de la

leche empleada en el estudio. De esta manera se observó que la leche enriquecida con omega-3 contenía una cantidad de ácidos grasos poliinsaturados ocho veces superior a la presente en la leche semidesnatada y más de dos veces las cantidades de ácidos grasos monoinsaturados, mientras los niveles de ácidos grasos saturados detectados en la leche enriquecida con omega-3 fueron tres veces menores en comparación con la leche semidesnatada utilizada en el estudio.

» La leche enriquecida con omega-3 incrementa los niveles de EPA y DHA en el plasma

Durante el primer mes de la investigación, se observó una disminución moderada en los niveles en plasma de EPA y DHA, motivada probablemente por la suplementación de leche semidesnatada en la dieta de los participantes de manera exclusiva durante las cuatro primeras semanas del estudio, junto con la exclusión de la dieta de pescado.

Sin embargo, en las posteriores ocho semanas de suplementación (ya con leche enriquecida

La investigación se basó en la ingesta de distintos tipos de leche y el posterior análisis de sus efectos

La leche enriquecida con omega-3 contenía tres veces menos ácidos grasos saturados que la leche semidesnatada y 8 veces más de ácidos grasos poliinsaturados

La ingesta continuada de leche enriquecida con omega-3 produjo un aumento de los niveles de EPA y DHA del 33 y 30%, respectivamente



con omega-3) no sólo se restauraron los niveles iniciales en plasma de EPA y DHA, sino que éstos se incrementaron en un 33 y 30%, respectivamente.

Tras la ingesta de leche enriquecida con omega-3 durante 8 semanas, el colesterol total se redujo en un 6% y en un 16% el colesterol LDL.

Los resultados de la investigación mostraron un escaso incremento del colesterol total y del LDL o colesterol 'malo' tras las cuatro semanas de consumo de leche semidesnatada, si bien se observó una disminución en los niveles de colesterol HDL o colesterol 'bueno'. Probablemente, esto fue causado por el efecto de la grasa saturada contenida en este tipo de leche.

Por el contrario, tras las ocho semanas de consumo de leche enriquecida con omega-3 se observó una reducción del 6% del colesterol total y del 16% del colesterol LDL (comparado con los porcentajes anteriores al comienzo del estudio), factores de riesgo que como es bien conocido afectan negativamente a nuestra salud cardiovascular. Incluso la reducción fue mayor (19%), cuando se

comparó con los porcentajes obtenidos en la semana cuarta. A este respecto, la investigación muestra cómo la disminución observada del colesterol LDL en las semanas octava y duodécima fue lineal con respecto a la semana cuarta, lo que sugiere que dicha disminución podía haber sido aún más pronunciada si el estudio hubiese continuado durante un periodo de tiempo más largo. El consumo de leche enriquecida con omega-3 también produjo un ligero incremento lineal del colesterol HDL en las semanas octava y duodécima, más acentuado cuando se comparó con la semana cuarta.

La investigación de Puleva Biotech que publica *Clinical Nutrition* estudió igualmente la oxidabilidad del plasma y del colesterol LDL, que se vieron afectados favorablemente, además de la influencia de la ingesta de leche enriquecida en los niveles plasmáticos de moléculas de adhesión (VCAM-1, ICAM-1), observándose una reducción significativa.

Los resultados mostraron también cómo la ingesta durante ocho semanas de leche enriquecida con omega-3 produce notables efectos en el ácido fólico, las vitaminas B12 y B6 y la homocisteína del

plasma. Así, se observó un incremento de ácido fólico de un 75 y 91% en los niveles de plasma en las semanas 8 y 12 respectivamente. En cuanto a las concentraciones de vitamina B12 y B6 del plasma, éstas fueron incrementadas en la semana 12 comparadas con aquellas observadas antes de comenzar el estudio, en la semana cuarta y en la semana octava. En consecuencia, se produjo una reducción de la homocisteína (factor de riesgo cardiovascular), en los niveles de plasma del 13%.

Los resultados de esta nueva investigación llevada a cabo por Puleva Biotech confirman igualmente las conclusiones de numerosos estudios tanto nacionales como internacionales, que relacionan la ingesta de ácidos grasos poliinsaturados omega-3 (EPA Y DHA) con efectos positivos en la aterosclerosis, problemas cardiovasculares e inflamatorios, investigaciones recogidas recientemente en el Libro Blanco de los Omega 3, un completo manual que aborda de forma científica los efectos beneficiosos para la salud de los ácidos grasos poliinsaturados omega-3, y que reúne la bibliografía nacional e internacional más relevante en la materia.

Se observó una reducción en los niveles plasmáticos del colesterol total (6%) y colesterol LDL (16%), y un significativo incremento en la concentración de ácido fólico en plasma que condujo a una reducción del 13% de homocisteína.

El estudio sugiere una relación entre el tiempo de consumo de Puleva Omega-3 y los efectos positivos en la salud.



A close-up photograph of two toothbrushes in a glass of water. The toothbrush in the foreground is a dark-colored electric toothbrush with a white head and a black handle. The toothbrush in the background is a standard manual toothbrush with a white head and a dark handle. The water in the glass is clear, and the background is softly blurred.

» La importancia de una correcta higiene bucodental

Control de la placa e higiene bucodental es el título del libro de ponencias del Primer Workshop Ibérico organizado el pasado mes de noviembre por la Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración (SEPA) y la Sociedad Portuguesa de Periodoncia.

Entre las conclusiones que arroja la investigación, cabe destacar la importancia que tienen las prácticas de higiene oral mecánicas (cepillos y sedas dentales), acompañadas o no por agentes químicos (pastas y enjuagues), como las herramientas más eficaces en la prevención primaria y secundaria de infecciones bucodentales.

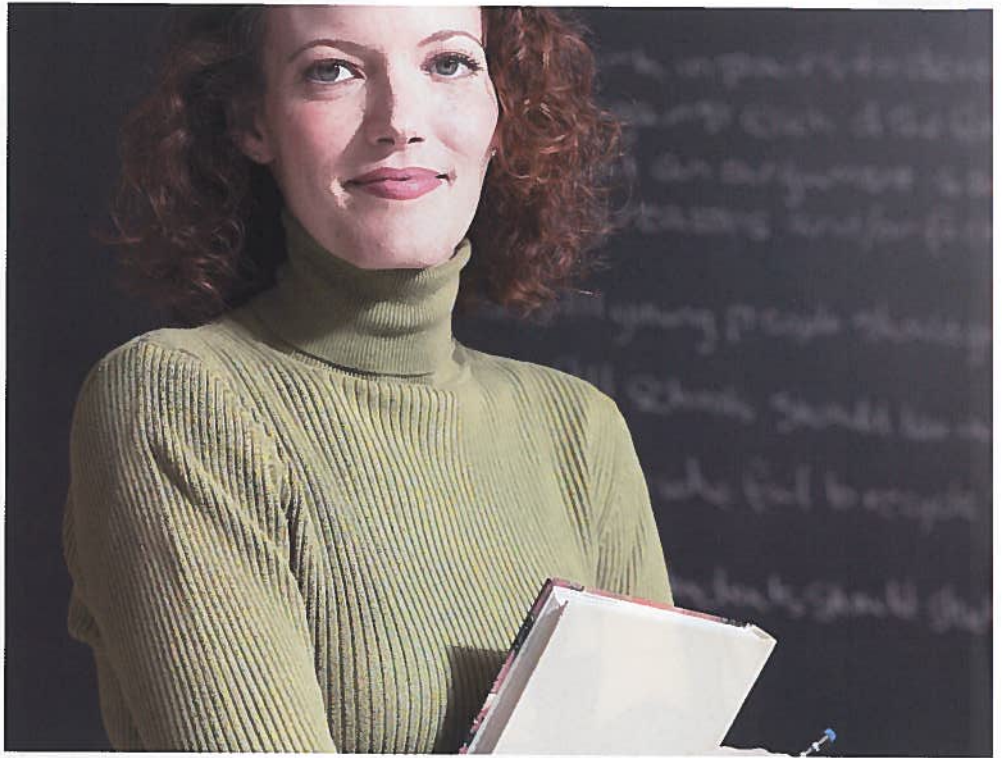
Según lo expuesto por los participantes en este Primer Workshop Ibérico, se puede afirmar que la evolución general en la salud bucodental de los españoles es positiva; sin embargo, no nos debemos olvidar que cerca de un 96% de la población adulta de nuestro país padece enfermedad periodontal (gingivitis o periodontitis). Otro aspecto destacable es que aproximadamente un 80% de los españoles se cepilla los dientes una vez al día, un porcentaje bastante elevado, pero aún insuficiente; por el contrario, sólo un 5% usa habitualmente seda dental.

En este sentido, el libro de ponencias, además de presentar la importancia que tiene el control de la placa e higiene bucodental para la prevención de enfermedades bucales, recoge diversas recomendaciones de expertos en las que se mira al futuro, sugiriendo a las autoridades sanitarias acciones educativas de salud pública que potencien las medidas preventivas en lo que se refiere a patologías y mantenimiento de hábitos higiénicos saludables entre la población española.

Mundo Médico

del Mundo Médico

» La salud de la mujer dentro de quince años



¿Cómo evolucionarán los aspectos demográficos relacionados con la salud de la mujer? ¿Hacia dónde deben ir dirigidas las políticas sanitarias en la atención a la mujer? ¿Cómo será el papel de las mujeres en el sistema sanitario en un futuro? Éstas son sólo algunas de las cuestiones planteadas por el Estudio Delphi *Sexo, género y salud*, promovido y dirigido por la Fundación Salud, Innovación y Sociedad.

Se trata de la primera consulta Delphi a través de la cual se pretende ofrecer un conocimiento de los pronósticos, valoraciones de futuro y expectativas sobre el comportamiento en los próximos 15 años de una serie de factores en transformación (causas de mortalidad y morbilidad, enfermedades, calidad de vida, factores económicos y sociales influyentes en la salud) que en el futuro serán determinantes en la evolución de las condiciones de salud de la mujer.

Así, el estudio pretende dar una visión global de la situación sociosanitaria de la mujer a través de cinco grandes bloques de preguntas: aspectos demográficos que tienen que ver con la mujer y su salud, la evolución de las desigualdades entre hombres y mujeres y las políticas que se van a seguir para disminuirlas, la asistencia sanitaria relacionada tanto con aspectos de salud específicos de la mujer como con desigualdades sociales, la futura integración entre servicios sociales y sanitarios, y el papel que juegan las mujeres en el cambio del sistema sanitario.

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

La Orden de Malta



El nacimiento de la Orden de Malta se remonta al año 1050, cuando un grupo de mercaderes obtuvieron el permiso del califa de Egipto para construir en Jerusalén una iglesia, un convento y un hospital en el que asistir a los peregrinos. La Orden de San Juan, como se conocía en sus inicios, se hizo independiente, gracias a una bula, en el s. XII bajo la dirección del Beato Gerardo, transformándose así el hospital en orden exenta de la Iglesia.

La tarea asistencial la llevaban a cabo un grupo de caballeros que profesaban los tres votos monásticos de pobreza, castidad y obediencia, y que habían contraído el compromiso de combatir contra el infiel. Con el paso del tiempo, se adoptó la cruz octagonal blanca como símbolo de la orden.

En 1310 y tras la pérdida de Tierra Santa, la orden se instaló en Rodas, creando una fuerza naval para

contribuir a la defensa de la cristiandad en numerosas batallas, como las cruzadas en Siria y Egipto.

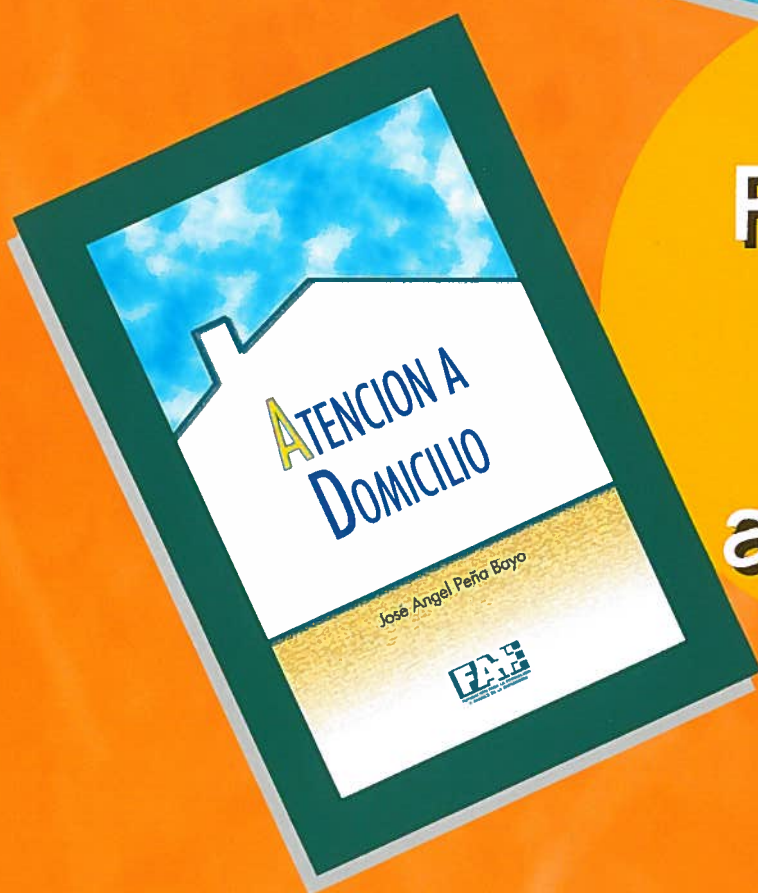
En 1523 los caballeros tuvieron que rendirse tras duras batallas, abandonando la isla de Rodas con honores militares. Así, la orden quedó sin territorio durante varios años hasta que en 1530 Carlos V les cedió las plazas e islas de Malta, Gozo y Trípoli, esta última se perdió enseguida, sin embargo, los caballeros logran permanecer en el archipiélago maltés hasta 1798, cuando son dispersados por los planes imperialistas de Napoleón.

No todos los caballeros acogidos a la bandera de Malta estaban movidos por fuertes ideales que conllevaban una arriesgada actividad bélica contra los infieles, sino que muchos lo hacían por el prestigio y el reconocimiento social que otorgaba el pertenecer a la orden.

Dotados de nobleza y competencias en el campo técnico y militar, los caballeros eran apreciados también por sus dotes diplomáticas y, en suma, por el bagaje acumulado en los años de su residencia en Malta, del saber típico de la civilización aristocrática de la Europa católica.

Con el declinar del Imperio Otomano en el siglo XVIII, la orden se irá transformando en un grupo de caballeros que ya no se distinguían por guerrear contra el infiel, sino por ostentar la nobleza generosa y ser portadores de una civilización que había sido común a la Europa católica de la modernidad.

En 1834 la orden se estableció en Roma, y desde entonces la misión original de asistencia hospitalaria ha sido su actividad principal, intensificada durante el último siglo gracias a las actividades de los grandes prioratos y de asociaciones nacionales presentes en diversos países del mundo.



**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

