



nº 41 • Revista de Auxiliares de Enfermería
Primer Trimestre 2005



**Una personalidad
desdoblada**

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



CURSO
ACADÉMICO
2004-2005



PROGRAMA DE FORMACIÓN

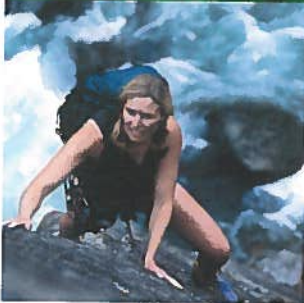


>> CURSOS

- Actualización del Auxiliar de Enfermería en el Equipo de Cuidados
- Actualización del Auxiliar de Enfermería/TCAE en el bloque quirúrgico I y II
- Actualización del Auxiliar de Enfermería en Hospitalización
- Anorexia y Bulimia
- Aparato digestivo. Patologías
- Atención a domicilio
- Atención al paciente minúsculo físico y psíquico I y II
- Atención de Enfermería ante el maltrato
- Atención Primaria
- 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 con Alzheimer y otras demencias
- Cuidados al paciente laringectomizado
- Cuidados al paciente trasplantado
- Cuidados en cardiología
- Cuidados en la unidad de hemodiálisis
- Cuidados en urgencias pediátricas I y II
- Cuidados en salud mental y psiquiatría I y II
- Cuidados en U.C.I. Pediátrica
- Cuidados intensivos
- Cuidados materno-infantiles
- 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
- 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
- Primeros Auxilios
- Reanimación cardiopulmonar
- Riesgos laborales en el medio sanitario
- Salud reproductiva
- Sociología de la salud
- Úlceras por presión
- Urgencias hospitalarias



Sumario



04 TRASTORNO BIPOLAR. Muchas depresiones mal diagnosticadas enmascaran episodios maníacos del tipo bipolar. **08 SÍNDROME DE PIERNAS INQUIETAS.** Un 10% de la población española está afectada por un trastorno que es una de las principales causas de insomnio. **37 FOBIAS.** Los miedos irracionales se proyectan sobre las situaciones y objetos más diversos. **42 FITOTERAPIA.** Las plantas utilizadas de forma adecuada potencian sus efectos curativos sobre algunas enfermedades. **46 MAL DE ALTURA.** Las estancias a más de 3.000 metros de altura pueden desencadenar graves problemas respiratorios.



CONSEJO EDITORIAL DE NOSOCOMIO

DIRECTORA Dolores Martínez Márquez. **REDACCIÓN** Montse García, Cristina Botello, Javier Villoslada. **COMITÉ CIENTÍFICO** Pilar Gutiérrez, José Ángel Peña, Agustina Sánchez. **COLABORADORES** BERBÉS ASOCIADOS, PLANNER MEDIA, PULEVA. **EDITA** FAE (Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería), Fuencarral nº 77, 6º izq. 28004 Madrid. Tels.: 91 521 52 24/95. Fax: 91 521 53 83. E-mail: administracion@fundacionfae.org. **REDACCIÓN, ADMINISTRACIÓN Y SERVICIOS COMERCIALES** Tomás López, 3, 2º 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 CAÍDA DEL PELO, los dolores menstruales, las infecciones respiratorias, diferentes heridas, infecciones urinarias, dispepsias digestivas, etc., son sólo algunas de las afecciones que encuentran en el romero, el tomillo, el eucalipto o las yemas de pino, entre otros, un aliado para su tratamiento.

A pesar de la existencia de estudios científicos que constatan los mecanismos de actuación y las propiedades terapéuticas de muchas plantas medicinales, la falta de una formación adecuada entre los profesionales, la práctica inexistencia de apoyos públicos para la investigación y la escasa difusión de los estudios existentes ha generado, en muchas ocasiones, desconfianza en la población.

Sin embargo, la comunidad científica lleva tiempo alertando sobre la falta de eficacia de los antibióticos provocada, en parte, por el uso indiscriminado que se ha hecho de éstos en muchas ocasiones. Puede, pues, que sea el momento de dirigir de nuevo la vista hacia los remedios que la naturaleza nos ha brindado desde siempre.

Aunque es evidente que no todo lo natural es bueno y que la eficacia de estas sustancias ha de ser debidamente demostrada y constatada científicamente, en algunas circunstancias la prevención ante ciertos trastornos o la eliminación de los mismos antes de que provoquen mayores consecuencias está en la tierra y no en la pipeta del laboratorio.

Buzón de sugerencias

FELICIDADES FAE

Agustín Solana

CANTABRIA

Soy un Auxiliar de Enfermería de Cantabria y quiero aprovechar este espacio para mandar mi más sincera felicitación a FAE, que el pasado año celebró su décimo aniversario.

Tal y como se recoge en el reportaje "Una década prodigiosa para FAE", publicado en el pasado número de *Nosocomio*, hay que aplaudir la labor que se está llevando a cabo para dotar a los Auxiliares de Enfermería de unos conocimientos actualizados que permitan un mayor desarrollo profesional y, por qué no, también personal. Asimismo, desde FAE se nos brinda la oportunidad de participar en diferentes actividades que permiten al colectivo mostrar nuestras aptitudes y valores.

A MODO DE EJEMPLO

Carla Sebastián

MADRID

Cuando por la noche llega de trabajar, deja todo para cuidarnos, ella, que lleva todo el día cuidando a los demás. Y, a pesar de lo cansada que pueda estar, siempre tiene una palabra comprensiva y una frase para preguntarnos cómo nos va. A veces se enfada porque el día no ha sido demasiado bueno, pero enseguida se le olvida y vuelve a estar como siempre, como la conocemos. Ella es Auxiliar de Enfermería. Un trabajo que puede a veces no ser agradecido, pero que para mí es el más importante que puede haber.

SEPARATA

Carmen Huertas

PAMPLONA

Habitualmente leo los trabajos que aparecen en la sección Separata de esta publicación, ya que están realizados por compañeros de profesión.

Por ello, desde estas páginas quiero aplaudir su esfuerzo y la labor de investigación que realizan para ofrecernos a través de sus trabajos un apunte de las tareas que realizan los Auxiliares de Enfermería en las diferentes unidades hospitalarias, constatando con ello la importancia de nuestro trabajo.

Quiero felicitar a *Nosocomio* por la incursión de una sección en su revista en la que los Auxiliares de Enfermería pueden plasmar sus conocimientos y demostrar así su valía profesional.

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:
administracion@fundacionfae.org



Una personalidad

Las alteraciones extremas del estado de ánimo, aquellas que oscilan entre estados altos (maníacos) y bajos (deprimidos), evidencian la existencia de un trastorno bipolar. Dos iniciativas en los últimos meses, la presentación de la Fundación Mundo Bipolar y la creación de la primera red para el estudio de este trastorno, han situado a esta compleja enfermedad mental en primer plano de la actualidad.

TEXTO Javier Villoslada

» La enfermedad

Un cambio de humor que se prolonga en el tiempo de forma excesiva puede ser el primer síntoma de un trastorno del tipo bipolar. Esta enfermedad mental, también conocida como trastorno maniaco-depresivo, afecta a dos de cada cien personas y, una vez que se manifiesta, el riesgo de padecer recaídas permanece vigente durante toda la vida.

La pérdida de contacto con la realidad que puede provocar termina desembocando en trastornos más graves como psicosis o incluso intentos de suicidio, episodios lo suficientemente graves como para

desdoblada

concienciarse sobre una enfermedad que, según recientes cálculos, unos 600.000 españoles sufrirán en algún momento de su existencia.

El trastorno bipolar, que tiene una afectación similar en los dos sexos, aparece normalmente durante la adolescencia o los primeros años de la edad adulta y se da por ciclos de duración muy variable, pudiendo abarcar días, meses o incluso años, y siendo las fases maníacas más cortas que las depresivas.

Los síntomas varían según el tipo de episodio en el que se esté inmerso. Cuando éste es maníaco, el paciente presenta un ánimo expansivo, aunque con tendencia a la irritación, en el que aumenta la





La fundación

La Fundación Mundo Bipolar nace con el objetivo de ayudar a las personas con trastorno bipolar y depresión bipolar, así como a sus familiares y amigos. La iniciativa ha surgido gracias a la página www.bipolarweb.com, primer portal de habla hispana sobre esta cuestión, en el que desde hace tres años los afectados y su entorno comparten experiencias y luchan contra la estigmatización de quienes sufren este mal.

“La inmensa mayoría de las personas recién diagnosticadas desconocen todo lo relacionado con esta enfermedad y se sienten totalmente diferentes al resto”, afirma Juan García de Diego, presidente de Mundo Bipolar. Por ello, la autoayuda a través de Internet crea un sentimiento de empatía que ayuda a conocer mejor esta enfermedad y saber cómo manejarla.

Los afectados pueden, a través de esta dirección de Internet, compartir sus experiencias en los distintos apartados que están contemplados: un foro, un chat y un rincón literario, entre otros. Además se difunde información sobre los últimos estudios y publicaciones y se responde a las dudas que los usuarios plantean sobre este problema.

“El paciente debe aprender a reducir el estrés y llevar una vida estable que incluya el mantenimiento del sueño, llevar una actividad regular y no abusar del alcohol ni de otras drogas”, asegura Juan García.

Esta fundación ha puesto además en marcha otra dirección en Internet, www.mundobipolar.org, para que pacientes y familiares amplíen sus conocimientos sobre este trastorno.

velocidad mental, lo que se traduce en verborrea e hiperactividad. El afectado se siente plétórico, seguro de sí mismo y carece de autocritica e inhibiciones. Además, acarrea trastornos de sueño y alimenticios.

En el caso de los episodios depresivos el ánimo se vuelve triste, se pierde la confianza en uno mismo y sobreviene un enlentecimiento mental que afecta al pensamiento y la memoria. El paciente es propenso a la sensación dolorosa y manifiesta sentimientos de culpa que pueden desembocar en el suicidio. Carentes de energía, los problemas se vuelven insalvables y tiene dificultad para tomar cualquier decisión.

» El diagnóstico erróneo

Desde que el paciente padece el primer episodio de trastorno del humor hasta que se le hace un diagnóstico correcto de trastorno bipolar se estima que transcurre una media de diez años. Este excesivo tiempo se debe a que muchos pacientes son al principio diagnosticados de depresión unipolar. Por

ello, una mayor eficacia en el tratamiento ha sido identificada como una de las grandes necesidades médicas por cubrir relacionadas con este problema.

» Repercusiones

La incidencia del trastorno bipolar en la vida de las personas que lo padecen es muy negativa. Quien lo empieza a sufrir en la veintena puede perder hasta 9 años de vida, 12 de buena salud y 14 de actividad laboral. Además, ocupa el sexto lugar entre las enfermedades más incapacitantes y eleva el riesgo de suicidio hasta el 25%, por no obviar las conexiones directas que tiene con otros problemas como el consumo y dependencia de sustancias tóxicas.

» Tipología

Se distinguen tres tipos de trastorno bipolar según la gravedad de los síntomas:

- **Tipo I:** se caracteriza por uno o más episodios maníacos o mixtos, depresiones que pueden durar varias semanas o meses alternadas con síntomas intensos de manía.
- **Tipo II:** el paciente sufre exclusivamente episodios hipomaniacos y depresivos (no mixtos ni maníacos completos).
- **Ciclotimia:** es la forma leve, en la que hay cambios en el estado de ánimo pero sin la suficiente gravedad como para etiquetarlos de episodios hipomaniacos o depresivos.

» Tratamiento

El trastorno bipolar es modificable farmacológicamente, pudiéndose lograr en muchos casos un control completo del mismo. Eso sí, como se trata de una enfermedad altamente recurrente y crónica, lo más común es la actuación preventiva de forma indefinida.

El tratamiento puede ser de fase aguda si está dirigido a resolver un episodio agudo, de continuación cuando intenta consolidar los resultados del tratamiento de la fase aguda y de mantenimiento o preventivo cuando está dirigido a prevenir futuros episodios.

La aplicación del tratamiento tiene una triple vertiente: farmacológica, educativa y psicoterápica. En el primer caso, se prescriben antidepresivos y estabilizadores del humor (litio, valproato o lamotrigina). Otros fármacos como los ansiolíticos son utilizados como complemento para combatir determinados síntomas que pueden aparecer, como la agitación, el insomnio o la ansiedad.

La red de ayuda

En el primer trimestre de 2005 ha visto la luz la primera red para el estudio del trastorno bipolar en España, bajo la denominación *Rebipma*. El objetivo de este dispositivo puesto en marcha en la Comunidad de Madrid es la consecución de mejores diagnósticos y tratamientos del trastorno bipolar y lograr una mayor concienciación sobre esta enfermedad.

Forman parte de la misma 15 psiquiatras de diferentes hospitales madrileños, que centrarán sus esfuerzos en afrontar desde el primer momento los riesgos que conlleva este trastorno y así mejorar la calidad de vida de quienes lo padecen. También se potenciarán los estudios clínicos y farmacológicos de la enfermedad y se investigarán los problemas derivados relativos a aspectos cognitivos, neurofisiológicos y genéticos.

“Madrid ha sido la primera red constituida por 15 psiquiatras, pero estamos abiertos a la incorporación de más profesionales. El objetivo es que el resto de comunidades autónomas también formen redes paralelas para conseguir una mayor colaboración que permita mejorar la comunicación y asesoramiento de la patología”, avanzó el día de la presentación de *Rebipma* el Dr. Jesús Valle, del servicio de Psiquiatría del Hospital de la Princesa de Madrid y uno de los facultativos que gestionan esta iniciativa.

Bipolares y creación artística



Los trastornos del humor y las consecuencias extremas de éste, como por ejemplo el suicidio, han tenido una especial presencia entre los creadores (escritores, músicos, pintores...) a lo largo de la Historia. Desde la antigüedad las enfermedades mentales se han vinculado a las creaciones artísticas. Hay autores que incluso han realizado estudios sobre el nexo entre el trastorno bipolar y la creatividad, analizando a artistas famosos como Van Gogh o Lord Byron. Para ello se apoyan en las características de la fase maníaca

(aumento de la velocidad de pensamiento, lucidez y sensibilidad a los colores, además de ser una fase de euforia y desinhibición).

Además de los dos mencionados, otros ilustres creadores a los que se relaciona con el trastorno bipolar en sus vidas han sido: entre los pintores, Miguel Ángel, Paul Gauguin y Jackson Pollock; entre los escritores, Charles Baudelaire, Víctor Hugo, Virginia Woolf o Ernest Hemingway; y entre los músicos, Gustav Mahler, Sergei Rachmaninoff, Charlie Parker o Kurt Cobain.

Síndrome



de **piernas** **inquieta**s

Después del insomnio, la apnea y las crisis epilépticas, el Síndrome de Piernas Inquietas (SPI) es el cuarto trastorno más común del sueño a partir de los 30-35 años, provocando una quinta parte de los casos de desvelo. Estamos ante una patología frecuente, pero poco conocida, que afecta a un 10% de la población española.

TEXTO Cristina Botello

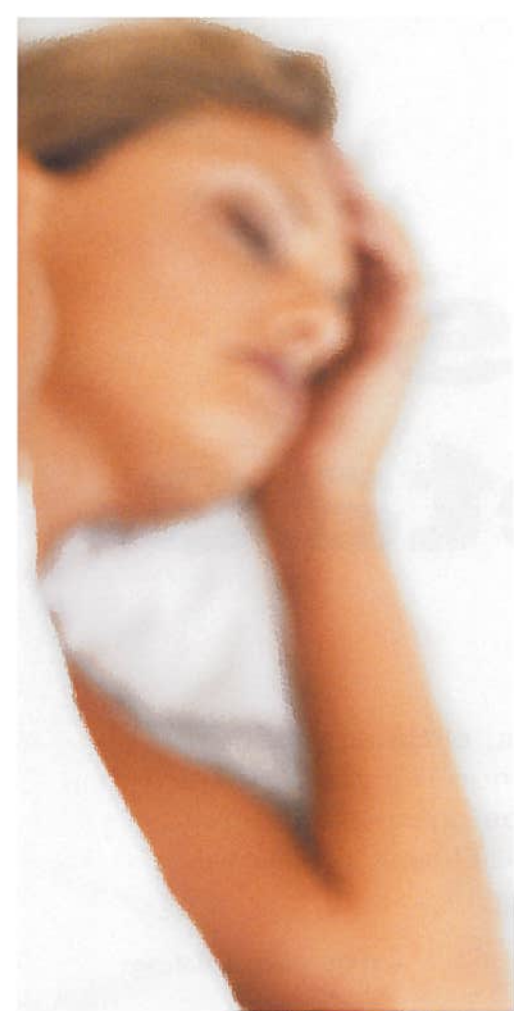
SÍNDROME DE PIERNAS INQUIETAS.

Con esta denominación puramente descriptiva se conoce hoy en día a una enfermedad caracterizada por sensaciones desagradables, molestas e, incluso, en ocasiones, dolorosas —hormigueos, pinchazos, golpeteo, quemazón, escalofríos, picores, adormecimiento o pesadez—, localizadas en las piernas (normalmente entre la rodilla y el tobillo), que lleva a quien las sufre a una necesidad irresistible de moverlas con el fin de aliviar el malestar; un alivio que puede ser completo o parcial y que comienza inmediatamente o poco después del inicio de dicho movimiento y dura mientras la actividad motora continúa.

Estas sensaciones, que normalmente se producen en ambos lados del cuerpo, variando su severidad y duración dependiendo del paciente, suelen aparecer o empeorar

cuando el individuo que las sufre está en reposo, especialmente en posición tumbada. Así, las sacudidas, cuya frecuencia se sitúa entre los 20 y los 30 segundos, causan despertares parciales que interrumpen el sueño (aproximadamente un 80% de las personas con este trastorno experimentan movimientos periódicos de las extremidades durante el descanso).

“El único alivio que encontramos los que padecemos este síndrome es el de mover las piernas, provocando así alteraciones del sueño que normalmente derivan en insomnio. Tenemos la necesidad de mover las piernas y en muchos casos la necesidad de andar, aun cuando nuestro cuerpo nos esté pidiendo descansar para recuperar toda esa energía que hemos gastado durante la jornada”, explica Arturo Avilés, presidente de la Asociación de Pacientes con



En España hasta un 10% de la población padece Síndrome de Piernas Inquietas, de los cuales un 80% está mal diagnosticado.

Síndrome de Piernas Inquietas (AESPI).

Esta actividad continua durante la noche priva al paciente de un descanso óptimo, lo que repercute en un mayor cansancio durante el día que afecta tanto física como mentalmente a todos los ámbitos de la vida.

» Etiología

Los estudios epidemiológicos y neurofisiológicos realizados en los últimos años describen el SPI como un trastorno neurológico del movimiento ocasionado por el déficit de una sustancia denominada dopamina (un neurotransmisor que lleva mensajes cerebrales a las piernas y que permite los movimientos corporales).

En este sentido, aunque el motivo último no se conoce, la anemia y la carencia de hierro aparecen actualmente como las causas principales de este déficit, ya que el hierro es fundamental para regular la producción de dopamina y, por tanto, para que el sistema dopaminérgico pueda actuar correctamente.

Ya en 1672 el SPI fue descrito por el médico inglés Thomas Willis. Sin embargo, hoy en día continúan las investigaciones para determinar su génesis. Los especialistas creen que puede tener raíces diferentes con algunos elementos en común.

En la actualidad, la apuesta más fuerte encuentra en la genética el origen de esta patología. Una hipótesis que viene avalada por la existencia de un mayor grado de concordancia en gemelos univitelinos y por la descripción de un patrón de transmisión genética autonómica.

Atendiendo a los factores de riesgo, estaríamos ante una enfermedad

que aparece indistintamente en hombres y mujeres, pero con una incidencia superior en las féminas, afectando a dos mujeres por cada hombre. En cuanto a la edad, aunque puede presentarse en cualquier etapa de la vida, el mayor riesgo se sitúa entre los 40 y 50 años. Así, el porcentaje de población afectada mayor de 65 años oscila entre el 15 y el 20%, mientras que entre los 18 y los 65 años esta cantidad desciende, situándose entre un 5 y un 10%.

» Las consecuencias de un mal diagnóstico

A pesar de los avances que se han producido en el conocimiento sobre el cuadro y el tratamiento de esta patología, aún existe un elevado porcentaje de pacientes mal diagnosticados y, por tanto, sometidos a tratamientos erróneos.

Recientemente se ha llevado a cabo en cinco países europeos y EEUU el Estudio de Epidemiología, Síntomas y Tratamiento (REST) sobre el SPI. Los resultados obtenidos constatan la frecuencia con la que se realiza un mal diagnóstico: de entre todos los pacientes que participaron, sólo el 8,3% fueron correctamente diagnosticados, y en torno a un 65% de los casos los síntomas descritos fueron atribuidos incorrectamente a problemas circulatorios, enfermedades reumáticas, nerviosismo, estrés o depresión. En España hasta un 10% de la población padece este síndrome, de los cuales un 80% está mal diagnosticado.

La falta de concienciación y el desconocimiento que existe sobre esta enfermedad, tanto entre la población general, que encuentra dificultades a la hora de describir los síntomas, como entre los médicos

de atención primaria, son el principal obstáculo para realizar un diagnóstico correcto. Por ello, desde AESPI se busca “una gran divulgación para que desde la base, que es la atención primaria, se diagnostique adecuadamente al paciente”, afirma Arturo Avilés, presidente de la asociación.

» Diagnóstico clínico

Habitualmente, en los primeros momentos de la enfermedad los síntomas son de carácter leve y se presentan de manera episódica, pudiendo haber remisiones, aunque éstas raramente son permanentes. En esta primera fase, el diagnóstico se debe llevar a cabo en una consulta de atención primaria. Con el tiempo, los síntomas aumentan su severidad y frecuencia, hasta presentarse prácticamente a diario, convirtiendo la enfermedad en crónica. Así, a medida que avanza la patología, es recomendable que se visite, al menos en una ocasión, al especialista (neurólogo o una Unidad del Sueño) para que realice las pruebas pertinentes y pueda poner al paciente el tratamiento más adecuado para él.

Normalmente un examen físico exhaustivo, que permita descartar otras patologías, y un estudio del sueño nocturno son suficientes para detectar esta enfermedad. En los casos en los que la presencia de SPI está poco clara, se realiza el rol del polisomnograma, una prueba que registra las ondas cerebrales, el ritmo cardíaco y la respiración del paciente durante toda una noche, de tal manera que se consigue determinar la presencia y evaluar la severidad de movimientos involuntarios de las extremidades presentes en el sueño.

» Tratamiento

Durante mucho tiempo, el SPI ha sido considerado una enfermedad con escasa respuesta al tratamiento. Sin embargo, en los últimos años se ha producido un gran avance en este sentido, hasta el punto de haberse convertido en una enfermedad de buen pronóstico gracias a la utilización de sustancias dopaminérgicas.

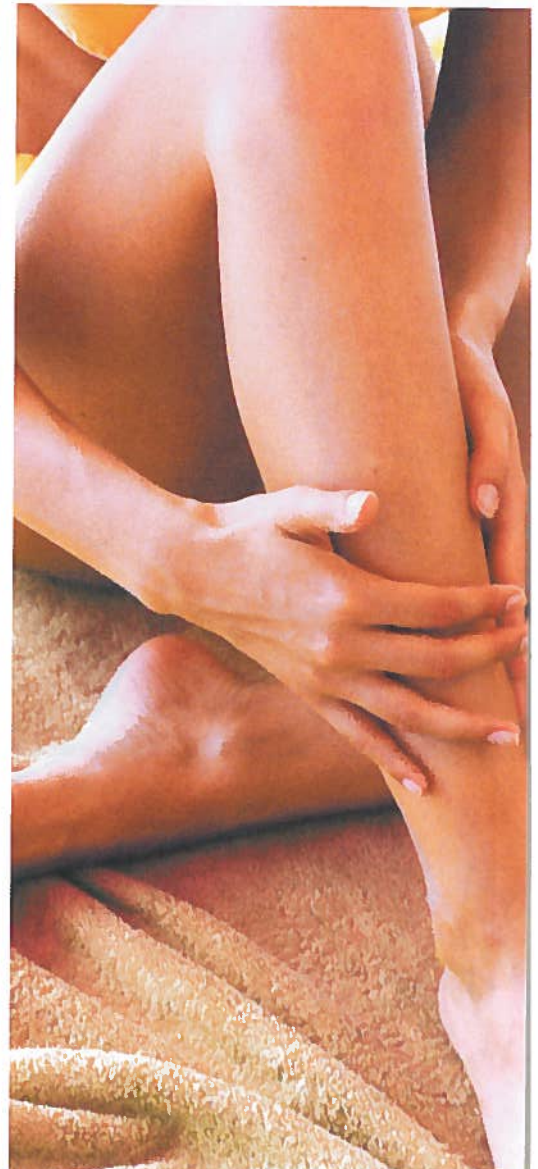
Normalmente, en los casos en los que los indicios son causados por afecciones subyacentes como una deficiencia de hierro o vitaminas, un suplemento vitamínico (vitamina B) y mineral (hierro, magnesio, potasio y calcio) puede ser suficiente para aliviar los síntomas.

En los casos más leves, normalmente los indicios desaparecen realizando cambios en el estilo de vida: una dieta saludable y equilibrada, una correcta higiene del sueño y realizar actividades auto-dirigidas como caminar, ejercicios de estiramiento, tomar baños fríos o calientes o aplicar masajes suaves a la extremidad afectada. Asimismo, es recomendable evitar los productos que contengan cafeína (café, té y refrescos), el tabaco, el alcohol, el sedentarismo y ciertos medicamentos de efecto bloqueador dopaminérgico.

Cuando las manifestaciones progresan y el alivio es insuficiente con estos métodos, resulta necesario el uso de medicamentos. Tradicionalmente se han empleado —y se emplean— sedantes, analgésicos y anticonvulsivantes para aliviar las molestias.

Sin embargo, los agentes dopaminérgicos (agonistas receptores de dopamina) constituyen actualmente el tratamiento de primera elección para este síndrome, ya

En los últimos años el SPI se ha convertido en una enfermedad de buen pronóstico gracias al uso de sustancias dopaminérgicas.



Formas de SPI según su origen

- **SPI primario o familiar.** Se denomina así al SPI que se adquiere de forma hereditaria. El 66% de los pacientes con SPI está en esta categoría. Para aquellas personas que tienen un familiar de primer grado con la enfermedad, el riesgo de desarrollarla es de 1,5 a 2 veces superior. Actualmente se está trabajando en la búsqueda del gen o genes que pueden ser responsables de esta forma de SPI.
- **SPI secundario.** Cuando aparece como resultado de otra enfermedad que, cuando está presente, empeora el SPI subyacente. La anemia, el bajo nivel de hierro en sangre, el número de embarazos o la existencia de enfermedades crónicas como la neuropatía periférica, la diabetes, artritis reumatoide o insuficiencia renal, entre otras, están asociadas con los síntomas del SPI. En este caso, el progreso de la enfermedad es más rápido.
- **SPI idiopático.** Cuando la causa no es conocida. En esta forma de SPI el aumento de los síntomas será más lento.

que permiten controlar el trastorno y aumentar los periodos y la calidad del sueño y con ello mejorar la calidad de vida de los pacientes. Actualmente, aunque está pendiente de obtener la aprobación de la indicación para SPI por las autoridades reguladoras, se está utilizando una sustancia para el tratamiento de esta enfermedad ante la que responden bien entre un 60 y un 80% de los pacientes.

En este sentido, y teniendo en cuenta el porcentaje de personas afectadas, desde AESPI se busca “que se admita nuestra enfermedad como un trastorno común con el derecho a ser tratado por especialistas y que se realicen investigaciones sobre fármacos que, de

alguna manera, puedan paliar este síndrome”, manifiesta el presidente de la asociación, Arturo Avilés.

El SPI ha pasado de ser una enfermedad de difícil tratamiento a ser un cuadro cada vez mejor entendido y con solución para la inmensa mayoría de los pacientes. Los esfuerzos se deben concentrar ahora en difundir la existencia de la enfermedad para conseguir un mayor conocimiento de la misma tanto entre la población general como en la atención primaria, ya que de ello depende la emisión de un diagnóstico y un tratamiento correctos, que permitan mejorar altamente la calidad de vida de los pacientes con Síndrome de Piernas Inquietas.

XVI

Congreso Nacional de Auxiliares de Enfermería

Los próximos 8, 9 y 10 de junio de 2005, la ciudad de Valencia acogerá bajo el lema "Pubertad, fertilidad y climaterio de la mujer. Educación, prevención y cuidados", el XVI Congreso Nacional de Auxiliares de Enfermería.

EN ESTA OCASIÓN el programa científico contará con profesionales de reconocido prestigio como el Dr. Alonso Pellicer, director del Instituto Valenciano de Infertilidad, cuya ponencia, "Etapas en la vida de la mujer: pubertad, fertilidad y climaterio", inaugura el Congreso, Dña. Yolanda Carrión Verdés, ginecóloga del Servicio de Ginecología del Hospital de Vinaroz de Valencia, quien explicará en qué consisten las "Barreras anticonceptivas en la edad fértil de la mujer", y el psicólogo Edgar Bresó Esteve, también profesor docente de la Universidad de Castellón, cuya ponencia versa sobre el "Profesional de enfermería. Adaptación a los cambios en el ciclo vital", entre otros.

» Actividades lúdicas

Una demostración de doma de caballos, un paseo en barca por el Parque Natural de la Albufera, reconocido por su riqueza natural tanto en el ámbito nacional como internacional, o



una excursión al complejo Científico Cultural de la Ciudad de las Artes y las Ciencias, situado en el antiguo cauce del río Turia, y compuesto por cinco edificios de gran importancia arquitectónica: L'Emisferic, Museo de las Ciencias Príncipe Felipe, L'Oceanografic, L'Umbracle y el Palacio de las Artes, conforman parte de las actividades culturales que complementan el Programa Científico.

Los congresistas que quieran aprovechar su tiempo libre podrán beneficiarse de varios conciertos establecidos por SAE con la Generalitat Valenciana. Así, los interesados en visitar algunos de los edificios que forman parte de la Ciudad de las Artes y las Ciencias, pueden adquirir un paquete que incluye la entrada a L'Emisferic, Museo de las Ciencias Príncipe Felipe y L'Oceanografic, por un precio de 20 euros por persona, válido para los días 10 y 11 de junio. Aquellos que prefieran asistir al teatro podrán disfrutar de un 50% de descuento en los teatros de la red de la Generalitat Valenciana.

Las diferentes ponencias, pósters y comunicaciones que componen el programa científico, así como las distintas actividades encuadradas en el marco lúdico, prometen una edición del decimosexto Congreso Nacional de Auxiliares de Enfermería tan interesante, formativa y culturalmente, como sus ediciones precedentes.



XVI

Pubertad, Educación,

Valencia
8, 9 y 10 de junio de 2005
Kinépolis Paterna
Carretera Antigua de
Burjassot a Liria, s/n

DECLARADO DE INTERÉS SANITARIO

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

PRE-PROGRAMA CIENTÍFICO

Miércoles, 8 de junio de 2005

- 09.00 h.** Entrega de documentación
10.00 h. Acto inaugural
10.30 h. Ponencia "Etapas en la vida de la mujer: pubertad, fertilidad y climaterio"
Dr. D. Alonso Pellicer. *Director del Instituto Valenciano de Infertilidad. Galardón de Medicina Clínica Premio Jaime I*
11.00 h. Comunicación
11.15 h. Café
11.45 h. Ponencia "Disfunción sexual femenina"
Dr. D. Santiago Palacios. *Instituto Palacios de Salud y Medicina de la Mujer (Madrid)*
12.15 h. Comunicación
12.30 h. Ponencia "La transformación adolescente"
D. Francisco Julián Barriga. *Psicoanalista (Cáceres)*
13.00 h. Comunicación
13.15 h. Ponencia "Enfermedades de transmisión sexual en la adolescencia"
Dr. D. José Ángel Peña Bayo. *Médico de los Servicios de Inspección Sanitaria de la Consejería de Sanidad y Consumo de Madrid*
13.45 h. Comunicación
14.00 h. Coloquio
14.30 h. Comida

SAE
SINDICATO DE AUXILIARES DE ENFERMERIA

F.A.E.
FUNDACION PARA LA FORMACION
Y AVANCE DE LA ENFERMERIA

BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN

Afiliado SÍ NO

Nombre: _____ Apellidos: _____ NIF: _____

Dirección: _____ CP: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ Teléfono: _____

Fax: _____ E-mail: _____

Presenta comunicación: SÍ NO

Presenta póster: SÍ NO

CUOTA DE INSCRIPCIÓN (IVA incluido)

Afiliados a SAE: 253 €

No afiliados: 289 € (La cuota incluye programa científico, excursiones y cena de clausura)

Acompañantes: 150 € (La cuota de acompañante incluye excursiones y cena de clausura)

Fecha límite de inscripciones: 20 de mayo de 2005. A partir de esta fecha la cuota se incrementará en 19 €

Total inscripción: _____ €

Forma de pago: Transferencia bancaria a favor de "Viajes El Corte Inglés, S.A.". Indicando la referencia "Congreso FAE" al Banco Santander Central Hispano-Oficina Corporativa. C/C Nº 0049-1500-06-2510011350

Tarjeta de crédito: VISA AMEX MASTER CARD EL CORTE INGLÉS

Titular: _____

Nº tarjeta: _____ Fecha de caducidad: _____

Autoriza el cargo a mi tarjeta de crédito en los importes reseñados.

Firma: _____ Fecha: _____

CONGRESO NACIONAL DE AUXILIARES DE ENFERMERÍA

fertilidad y climaterio de la mujer prevención y cuidados

Jueves, 9 de junio de 2005

- 09.30 h.** Ponencia "Problemática del embarazo en la adolescencia"
Dr. D. Antonio González Santana. *Ginecóloga del Servicio de Ginecología del H. de Sagunto*
D^a. Rosario Genovés. *Trabajadora Social del Departamento de Maternidad e Infantil del H. U. de la Fe (Valencia)*
- 10.00 h.** Comunicación
- 10.15 h.** Ponencia "Barreras anticonceptivas en la edad fértil de la mujer"
D^a. Yolanda Carrión Verdés. *Ginecóloga del Servicio de Ginecología del Hospital de Vinaroz (Valencia)*
- 10.45 h.** Comunicación
- 11.00 h.** Coloquio
- 11.15 h.** Café
- 11.45 h.** Ponencia "Oclusión tubárica mediante microinjertos Essure"
Dr. D. Miguel Ángel Martín. *Ginecólogo del Servicio de Ginecología del C.H. San Pedro de Alcántara (Cáceres)*
- 12.15 h.** Comunicación
- 12.30 h.** Ponencia "Reproducción asistida"
Dra. D^a Cristina Valdor. *Ginecóloga del Servicio de Ginecología del H.U. Marqués de Valdecilla. Santander (Cantabria)*
- 13.00 h.** Comunicación
- 13.15 h.** Ponencia "Partos, su evolución en el siglo XXI"
D^a. Encarna Plá Sanz. *Matrona del Servicio de Partos del H.U. La Fe (Valencia)*
- 13.45 h.** Comunicación
- 14.00 h.** Comida

Viernes, 10 de junio de 2005

- 09.00 h.** Ponencia "Aspectos clínicos de la menopausia"
D^a. Agustina Sánchez Fernández. *Diplomada en Enfermería del H.C. de la Defensa "Gómez Ulla" (Madrid)*
- 09.30 h.** Comunicación
- 09.45 h.** Ponencia "Profesional de enfermería. Adaptación a los cambios en el Ciclo Vital"
D. Edgar Breso Esteve. *Psicólogo. Profesor docente de la Universidad de Castellón*
- 10.15 h.** Comunicación
- 10.30 h.** Ponencia "Vivir la menopausia con relajación"
D^a. Cristina Martínez Brotons. *Psicóloga (Valencia)*
D^a. Marian Manrique Martínez. *Enfermera del C.S. Getafe (Madrid)*
- 11.00 h.** Comunicación
- 11.15 h.** Café
- 11.45 h.** Ponencia "Incontinencia urinaria en la mujer. Medidas de fisioterapia"
D. Juan Cercas López. *Fisioterapeuta del C.H. San Pedro de Alcántara (Cáceres)*
- 12.15 h.** Coloquio
- 12.25 h.** Ponencia "La importancia de los oligoelementos en las tres etapas evolutivas de la mujer"
Dr. D. Antonio Marco Chover. *Médico Homeópata (Valencia)*
- 12.50 h.** Comunicación
- 13.05 h.** Acto de clausura
- 14.00 h.** Comida libre
- 21.00 h.** Cena de clausura y entrega de premios

BOLETÍN DE RESERVA DE HOTEL

Precio en régimen de alojamiento y desayuno por habitación y noche. IVA incluido.

HOTELES

FIESTA HOTEL FERIA****(parking gratuito)

DUI

85,60 €

DOBLE

96,30 €

SUITE

155,15 €

NH CENTER****

94,57 €

105,08 €

(2 habitaciones dobles,

NH JARDINES DEL TURIA***

63,05 €

73,56 €

2 baños y salón)

EXPO HOTEL***

79,17 €

89,32 €

Seleccionar por orden de preferencia 1) _____ 2) _____

Nº habitaciones _____ Fecha de entrada ___/___/___ / Fecha de salida ___/___/___ / Nº de noches _____

Precio habitación ___ x ___ noches

Total alojamiento _____ €

PROGRAMA LÚDICO

Asisto excursión día 9 SÍ NO

Asisto cena de clausura SÍ NO

No se admitirá boletín alguno que no esté debidamente cumplimentado y que no vaya acompañado del pago correspondiente.

Los datos personales incluidos en este documento son de carácter confidencial. De acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, el titular de estos datos podrá ejercer su derecho de acceso, rectificación y cancelación solicitándolo por escrito a "Viajes El Corte Inglés, S.A."; Servicios Centrales-Dpto. de Organización y Métodos; Avda. Cantabria, 51; 28042 Madrid.

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.

El almacén dentro de la Unidad de Hemodiálisis

M^a DOLORES ROGADO MIGUEL

Centro de Hemodiálisis "Las Encinas". Ciudad Rodrigo (Salamanca)

TERESA DEL RÍO GIL

*Centro de Hemodiálisis "Los Pinos". Medina del Campo (Valladolid)
 Fundación Renal Íñigo Álvarez de Toledo*

El almacén es un lugar muy importante e imprescindible dentro de una unidad de Hemodiálisis. En dicho lugar vamos a tener almacenado todo el material que se necesita diariamente para llevar a cabo el tratamiento de hemodiálisis de nuestros pacientes, y todo aquello que será necesario en algún momento futuro. El diseño del almacén es algo crucial para facilitar el orden y funcionamiento dentro de él; es importante que sea espacioso y que permita la disposición ordenada del material.

En cuanto a su localización, debe estar situado en una zona apartada de la sala de Hemodiálisis, pero no muy lejana, ya que en el almacén es donde se encuentra el material necesario para cada sesión de Hemodiálisis. Debe estar aislado del resto de las habitaciones a través de una puerta.

El material debe estar ordenado de tal forma que a simple vista se pueda encontrar lo que se busca, y, por supuesto, que alguien que no está familiarizado con esa parte de la Unidad pueda reconocer con facilidad y coger el material necesario.

Igual de trascendental es el control del material del almacén, que hace referencia al consumo y a las futuras previsiones, sin olvidar el *stock* de seguridad.

DISEÑO ÓPTIMO

El almacén debe estar proyectado para ofrecer la mayor utilidad posible, con estanterías, compartimentos, etc.; y permitir el funcionamiento dentro de él, es decir, realizar actividades relacionadas con dicho lugar, como inventariar.

Por tanto, su diseño será cuadrado o rectangular, lo que permitirá que éste sea más espacioso. El espacio es muy importante, ya que se deben almacenar grandes cantidades de material y, a la vez, cajas muy voluminosas.

Todo este material se corresponde con lo que se utiliza diariamente para cada sesión de hemodiálisis, material utilizado eventualmente y el *stock* de seguridad, es decir, el material correspondiente a las necesidades de un mes, aunque dependiendo de la ubicación geográfica del Centro de Hemodiálisis puede ser para quince o cuarenta y cinco días.

El diseño del almacén debe evitar paredes y muros que roben espacio y dificulten la movilidad dentro de dicho lugar. A ser posible, ningún material quedará colocado en el suelo. Es recomendable

que todas las cajas o paquetes permanezcan a 20 cm del suelo para evitar la humedad y otros tipos de riesgos. [1, Cheng y colaboradores, 1999]

El techo y el suelo deben estar contruidos por material impermeable y liso, que no se rompan con facilidad (los materiales permeables y que tienden a romperse favorecen el crecimiento de microorganismos como los hongos y bacterias). Si las paredes están pintadas (no recomendable) tienen que tener un acabado brillante, resistente a la suciedad y a la humedad. Hay que prestar especial cuidado con las juntas del piso, ya que pueden almacenar agua y suciedad. [1, Cheng y colaboradores, 1999]

El almacén tiene que estar separado por una puerta que debe permanecer cerrada el mayor tiempo posible, para evitar la contaminación del aire con la unidad de Hemodiálisis y viceversa.

LOCALIZACIÓN DEL ALMACÉN DENTRO DE UNA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS

El almacén debe estar localizado dentro de la Unidad en una zona apartada de la Sala de Hemodiálisis, comunicada con ésta por medio de un pasillo u otra habitación. El almacén y la sala nunca deben estar contiguas, ya que esto facilitaría la contaminación. [1, Cheng y colaboradores, 1999]

Del mismo modo, es conveniente que no esté muy alejado de la sala de Hemodiálisis por un lógico motivo: es el lugar donde se encuentra almacenado todo el material que a diario se precisa para realizar las sesiones de

hemodiálisis. Su próxima localización facilita el trabajo diario al personal sanitario.

DISPOSICIÓN DEL MATERIAL EN EL ALMACÉN

La base de un almacén útil es la organización correcta del mismo. Hay varias formas que nos ayudarán a la hora de ordenar el almacén, elegiremos la que nos proporcione fácil uso, cómodo acceso y trabajo organizado.

La clave está en ordenar el almacén de tal forma que al entrar por la puerta esté todo a la vista, sin muros ni paredes que puedan vedar la visión.

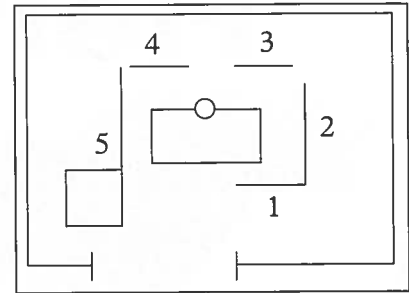
Para conseguir que el material permanezca ordenado es imprescindible el uso de estanterías, armarios y compartimentos. En éstos, se puede colocar mejor el material, y se facilita tanto el control del material existente como la caducidad del mismo, anteponiendo el material con más próxima fecha de caducidad.

Todo debe estar colocado en orden de preferencia, es decir, el material más utilizado debe estar más cerca de la entrada, por ejemplo, lo necesario para cada sesión de hemodiálisis; y el material que se usa eventualmente alejado de la entrada.

Con lo cual una forma de organizar el material a partir de la puerta de entrada y en sentido contrario a las agujas del reloj sería:

1. Sueros: fisiológicos, glucosados,...
2. Material necesario para el monitor de hemodiálisis: líneas arterio-venosas, dializadores, equipos de goteo, aguja de fistula de diferente numeración, heparina...

3. Material de cura: gasas, jeringas y agujas de diferente calibre, esparadrapos, guantes estériles y no estériles...
4. Otro material: material de laboratorio.
5. Ácidos y bicarbonatos para el monitor de hemodiálisis.



Además el almacén puede disponer de otros elementos como frigorífico para la medicación, mesa de trabajo, esterilizador, centrífuga, etc.

A la hora de colocar el material en las estanterías debemos sacarlo de las cajas, por ejemplo, sacar los sueros, dializadores y ponerlos en la balda más adecuada para la utilización del personal sanitario, e ir reponiendo de las cajas (situadas arriba o abajo: dependiendo del peso y la fragilidad de éstas).

Las cajas nunca deberán estar en contacto con el suelo por la posible humedad y contaminación.

Los ácidos usados para el monitor de Hemodiálisis difícilmente podrán ser colocados en estanterías, por lo cual una forma recomendable es la de apilamientos cruzados.

Otro punto importante es la rotulación de todo el material; es un sistema cómodo de efectuar y previsor para el futuro. De este modo, a simple vista, entre diez bultos aparentemente iguales, gracias a la rotulación, se podrá identificar un bulto concreto. Estos rótulos además servirán de guía si se desconoce el material o no se está familiarizado con la

ubicación de determinado material. Por ello, además de rotular las cajas es imprescindible identificar el material en las estanterías.

La organización del almacén es fundamental a la hora de realizar los pedidos, ya que a simple vista y con ayuda de otros datos pueden hacerse previsiones futuras. Además facilita colocar el nuevo material que se recibe, pudiendo controlar el espacio, la colocación y la caducidad.

ACTIVIDADES DENTRO DEL ALMACÉN

Las actividades dentro del almacén son llevadas a cabo principalmente por el Auxiliar de Enfermería, aunque siempre cuenta con la colaboración del resto de Personal de Enfermería.

Las actividades primordiales son:

- **Control de stock y de consumo:** se debe tener un control exhaustivo del material disponible para abastecer la unidad de Hemodiálisis. Es necesario registrar:
 - El consumo.
 - Las existencias de material en el almacén.

Al menos, una vez al mes, se realiza una revisión de los materiales y productos almacenados, verificando su estado. Esta revisión queda reflejada mediante la realización del Control de Almacén (*formato F-PG-7.8-01*) [3, *Manual de la Calidad de FRIAT*, 2004]

Este formato o inventario se efectuará al finalizar cada período de un mes y en él debe figurar:

- La descripción del material: proveedor, artículo, código,...
- Cantidad (primer día del mes).

- Entradas.
- Salidas.
- Cantidad (último día del mes).
- Observaciones: posibles deficiencias en el material, irregularidades en los pedidos...

- **Realización del pedido:** una vez escaseen los materiales o bien al finalizar el mes se solicitará el pedido de material para reponer el consumo total del mes terminado y el previsto para el mes siguiente. Dentro de este apartado habría que incluir:

- Detección de la necesidad de compra.
- Selección del proveedor.
- Realización del pedido (*Formulario de Control de Pedidos Mensuales –F-PG-7.4-03*).
- Recepción e inspección del pedido. [2, *Manual de la Calidad de la FRIAT*, 2004].

- **Recepción y registro del material:** a la hora de recibir el material habrá que:

- Comprobar fehacientemente que el material solicitado es el mismo que el que consta en el albarán de entrega, tanto en la cantidad, calidad y otros requisitos técnicos.
- Vigilar que la actuación de los pedidos pendientes de entrega se ajustan a los plazos señalados.
- Registrar la recepción del material.

- **Acondicionamiento de material.** Una vez registrado el material:

- Se codifica y se registra su entrada en el inventario.
- Se notifica la entrada mediante la entrega de copias de albarán de entregas o sus facturas correspondientes.

El material podrá acondicionarse en compartimentos, bloques, apilamientos cruzados, estanterías, etc.

- **Distribución del material:** una vez registrado y colocado el material, éste puede ser distribuido a la sala de hemodiálisis o a otros espacios de la Unidad.

En el caso de que en alguna de las fases de manipulación y almacenamiento de productos se detecte algún daño, la persona que lo detecta identifica el producto como no conforme y se lo comunica al responsable de Enfermería, con el fin de segregarlo del resto y tomar las medidas necesarias para su devolución o eliminación.

La caducidad de los materiales y productos es controlada mensualmente, dejando constancia de ello mediante la realización del Control de Almacén (*Formato F-PG-7.8-01*) [3, *Manual de la Calidad de la FRIAT*, 2004]

Por último, hay que tener en cuenta que tanto la disposición como la localización del almacén debe ser proporcional al volumen de pacientes tratados en la Unidad de Hemodiálisis.

BIBLIOGRAFÍA

- Cheng, S.M.; Kingsbury, L.; Estridge, Ch.; Conly, J.M.** "Optimizing physical space design of Hemodialysis Units prevent nosocomial infections". *Dialysis & Transplantation*, 1999; 18 (10): 557-569.
- "Gestión de Compras y Subcontrataciones" y "Manipulación, almacenamiento y conservación" *Manual de la Calidad de la Fundación Renal Íñigo Álvarez de Toledo*. Madrid, 2004.



Valoración de la satisfacción del paciente en la sala gimnasio del servicio de rehabilitación del hospital Meixoeiro

M^a BEGOÑA CANCELAS MIGUÉLEZ; M^a ANTONIA FERNÁNDEZ LAMELAS;
ROSA ANTOLÍN RODRÍGUEZ; VÍCTOR DEL CAMPO PÉREZ
Hospital Meixoeiro

INTRODUCCIÓN

El sector sanitario está integrando en su gestión, de manera progresiva, existiendo distintas herramientas que facilitan a las organizaciones la consecución de objetivos de manera eficaz y eficiente, lo que en otros términos se designa como calidad.

El concepto de calidad no surge en el sector sanitario. Se trata de una idea incorporada en el mundo industrial, que aparece en los años treinta como procedimiento para detectar y corregir desviaciones en la producción. En el sector sanitario el interés por la calidad se inicia más tarde, encontrando referencias a partir de los años sesenta.

Los profesionales sanitarios, cada vez más cualificados y

especializados, siguen tendiendo a considerarse los únicos jueces de su práctica presentando resistencia a cualquier mecanismo de control externo. Los usuarios, aun sin sentirse capacitados para evaluar los aspectos intrínsecos del acto sanitario, son cada vez más conscientes de sus derechos y plantean con mayor exigencia las bondades perceptibles de la atención sanitaria.

Cualquier consideración sobre la calidad en un entorno tan cambiante como la sanidad ofrece cuando menos una reflexión sobre los tiempos en que el paciente acudía al centro sanitario y aceptaba lo que le ocurriera con resignación.

La relación clínica está cambiando; del paternalismo y la beneficencia, estamos pasando a

que el paciente haga valer su autonomía para decidir y responsabilizarse plenamente de su proyecto de vida. La relación clínica es más compleja, pero moralmente más completa.

En la actualidad, la evaluación de la satisfacción de los pacientes con los servicios médicos constituyen toda una exigencia (Grogan S., Conner M., Willits D., Norman P., 1995), en tanto los de satisfacción del paciente están siendo usados para juzgar la calidad de la atención incluso, en ciertas prácticas médicas, para determinar los reembolsos (Weingarten S,P, Green A., 1995).

La opinión del paciente añade un componente esencial en la valoración del servicio prestado. Donabedian (1996) considera que "la efectividad del cuidado...

en lograr y producir salud y satisfacción, definidas por los miembros individuales de una sociedad o subcultura particular, es el valor último de la calidad del cuidado. Si los pacientes están insatisfechos, el cuidado está lejos de ser el ideal, al margen de cuán alta pueda ser la calidad según el criterio clínico u otro ajeno al del propio consumidor.

Nuestro trabajo pretende conocer la satisfacción de los pacientes en la sala del gimnasio del servicio de rehabilitación y si ésta varía con la rotación del personal Auxiliar de Enfermería y con otras variables propuestas en la encuesta, que fue entregada personalmente a cada uno de los pacientes.

OBJETIVOS

Conocer el grado de satisfacción de los pacientes usuarios de tratamiento de fisioterapia en la sala gimnasio del servicio de rehabilitación, al objeto de determinar si éste varía en relación con el personal auxiliar en rotación y/o por la accesibilidad, ubicación, mobiliario, horarios y otros.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado un cuestionario de satisfacción que fue entregado a todos aquellos pacientes cuya capacidad y/o edad no impidiesen la posterior cumplimentación.

La encuesta fue entregada a los pacientes personalmente y se llevó a cabo durante un periodo de tres meses. La entrega se realizó al inicio del tratamiento, haciendo hincapié a los pacientes que debían cubrirla después de realizadas un mínimo de diez sesiones y que podían ser depositadas posteriormente en un buzón

habilitado para ese fin y situado en el vestíbulo de entrada al servicio de rehabilitación.

La encuesta tenía carácter anónimo y en ella se recogieron los siguientes datos:

- Sexo.
- Fecha en que cumplimenta la encuesta.
- Edad.
- N° de sesiones de tratamiento realizadas.
- Mes en que las realizó.

Se ha elaborado un cuestionario a través de un proceso estructurado de recogida de información para la cumplimentación de 26 preguntas, alguna de ellas de respuesta abierta y otras con escala de valoración, de acuerdo con el grado de satisfacción percibido por el paciente; de ellas dos fueron rechazadas por no estar suficientemente claras y no haber superado la prueba piloto; ambas estaban relacionadas con el trato recibido por parte del personal auxiliar y fisioterapeutas.

MÉTODO DE ANÁLISIS

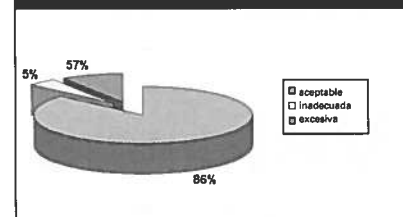
Para el análisis de las variables, se utilizó Excel como base de datos y para el estudio estadístico el programa Spss 10.

RESULTADOS

La encuesta fue aplicada a 113 pacientes, durante los meses de septiembre a noviembre de 2003, de las cuales se recogieron 49 y se rechazaron 6 por no contar con el número de sesiones de tratamiento exigido. De ellos, un 25% son mujeres, y un 75% hombres; con una media de edad de 56 años.

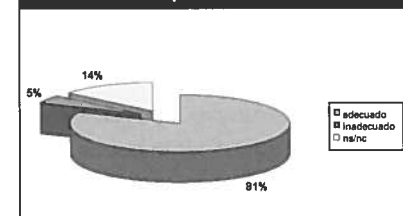
En relación al tiempo de espera producido, desde que el especialista en rehabilitación le pauta tratamiento de fisioterapia hasta el inicio del mismo un 86,4% manifiesta que existe una demora aceptable (*gráfico 1*).

Gráfico 1: Tiempo de espera rehabilitador-fisioterapia



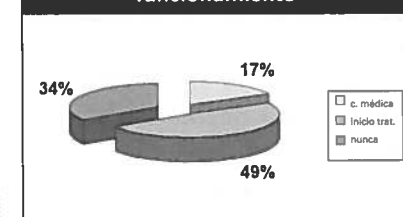
En relación al tiempo de espera producido desde el término del tratamiento de fisioterapia hasta la valoración del especialista en rehabilitación, un 81,4% lo valora como adecuado (*gráfico 2*).

Gráfico 2: Tiempo de espera fisioterapia-rehabilitador

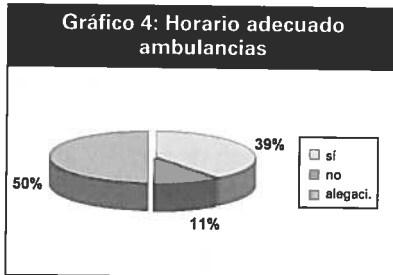


Respecto a la entrega del documento informativo de la normativa de funcionamiento del servicio de rehabilitación, un 34,1% afirma no haberla recibido (*gráfico 3*).

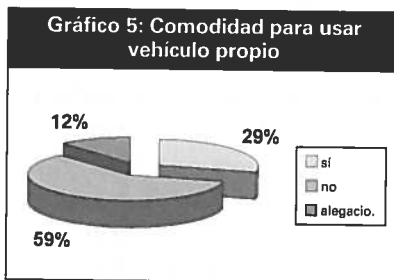
Gráfico 3: Entrega documento funcionamiento



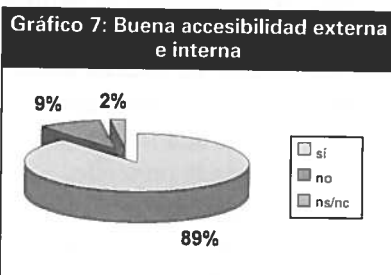
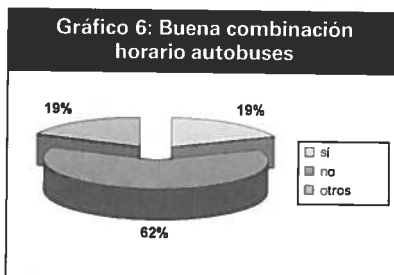
En relación al servicio de ambulancias, un 39,3% afirma que éste se adecua a la hora de inicio y finalización del tratamiento (gráfico 4).



En cuanto a la comodidad de utilizar coche propio para venir al tratamiento, un 59,5% afirma que no lo utiliza (gráfico 5).

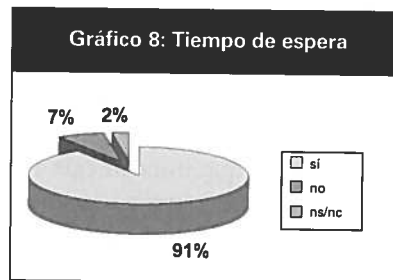


Respecto a si existe una buena combinación de autobuses ajustado al horario de su tratamiento, un 62,8% dice que no (gráfico 6).

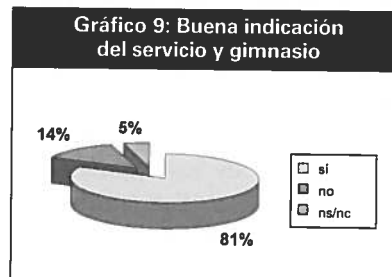


Un 88,6% de los pacientes cree que existe una buena accesibilidad interna y externa al servicio de rehabilitación (gráfico 7).

Un 90,5% de los pacientes afirma tener que esperar mucho tiempo durante la sesión de tratamiento a que el fisioterapeuta le movilice finalizados los ejercicios (gráfico 8).



Un 81,8% de los pacientes cree que está bien indicada la ubicación del servicio de rehabilitación y las entradas a la sala del gimnasio (gráfico 9).



Respecto de la ampliación del horario sobre el actual de 8,00 a 15,00 horas para realizar rehabilitación, a un 78,9% de los pacientes les gustaría poder elegir la hora de tratamiento y no la que le asigna el servicio de rehabilitación (gráfico 10).



Respecto a una escala de uno a cinco, el grado de acondicionamiento en la sala gimnasio del servicio de rehabilitación es señalado por los pacientes con una media de:

- Iluminación 4,0
- Ventilación 3,4
- Calefacción 3,6
- Aire acondicionado 3,1
- Mobiliario auxiliar 3,1
- Mobiliario ortopédico 3,4

Respecto a las siguientes cuestiones se obtiene la siguiente media:

- Limpieza de mobiliario auxiliar y ortésico 4,1
- Adecuación del mobiliario auxiliar y ortésico 3,6
- Mantenimiento del mobiliario auxiliar y ortésico 3,3
- Adecuación del espacio 3,8

Respecto de las siguientes cuestiones, sobre la atención que recibe por parte del fisioterapeuta se obtiene una media de:

- Se presenta al llegar 4,3
- Le indica y supervisa qué ejercicios va a realizar .. 4,4
- Le corrige mientras realiza los ejercicios. 4,0
- Le explica la utilidad de los ejercicios 4,1
- Le informa de su evolución durante las sesiones de tratamiento. 3,8
- Le recuerda con antelación la revisión con el médico rehabilitador. 4,3

Respecto a si le corrige la altura y enseña a caminar con los bastones ortopédicos, un 56,7% de los pacientes dice que sí.

Respecto a si en alguna ocasión dejó de realizar algún ejercicio por falta o inadecuación de material, un 83,3% afirma que no.

Si realiza simultáneamente otro tratamiento de fisioterapia en alguna otra sala del servicio de rehabilitación (electroterapia, magnetoterapia ocupacional, hidroterapia, etc.), un 51,7% cree que existe una buena coordinación horaria entre ambos.

En el caso anterior, sólo un 14,3% de pacientes opina que acceder a las distintas salas de tratamiento por un pasillo de acceso general al resto del hospital está mal.

Respecto a la atención que recibe por parte del personal auxiliar, la media obtenida en una escala puntuable de 1 a 5 en las siguientes cuestiones, ha sido la que se especifica a continuación:

- Le recibe al llegar al gimnasio. 4,0
- Le tranquiliza ante el tratamiento a seguir 3,7
- Le proporciona el material necesario para su tratamiento 4,2
- Le proporciona ayuda necesaria para subir y bajar de la camilla 4,3
- Le coloca y retira la media de compresión o prótesis según su caso 3,9
- Le proporciona la ayuda necesaria para vestirse o calzarse 4,0

Un 80% de los pacientes afirma que si lo requiere su tratamiento se le aplica hielo o calor; asimismo, un 3,4% de los pacientes afirma que en alguna ocasión, debido al transporte en ambulancia, ha prescindido de la aplicación del hielo.

Un 80,6% de los pacientes afirma que si lo requiere su tratamiento se le coloca sistema de pesos para realizarlo.

Un 75,6% de los pacientes cree que se guarda la intimidad suficiente

durante el tiempo de tratamiento; asimismo un 64,3% considera imprescindible adecuar alguna cabina individual para tratamientos específicos.

Para concluir, un 45,2% de los pacientes está satisfecho respecto al funcionamiento en general del servicio de rehabilitación, y un 33,3% muy satisfecho.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Hay autores que indican que las características personales que más influyen en la satisfacción de los pacientes son la edad y el nivel de estudios; cabe aquí mencionar el área de influencia que abarca nuestro hospital, mayoritariamente del rural gallego; sin olvidar que la media de edad participante en la encuesta era de 56 años, lo que entendemos que está directamente relacionado con ese alto grado de satisfacción.

Asimismo debemos manifestar que uno de los objetivos de este trabajo era el de contrastar si el paciente percibía o no diferencia alguna con respecto a la rotación del personal Auxiliar de Enfermería, y no existe evidencia de ello.

La percepción del tiempo de espera desde que el especialista en rehabilitación pauta el tratamiento hasta el inicio del mismo es visto en un 86,4% como una demora aceptable, ello es debido a que los pacientes en tratamiento son aquellos considerados como urgentes o preferentes.

El 17,1% de pacientes que admite haber recibido la normativa de funcionamiento del servicio de rehabilitación en la consulta médica, advierte de la confusión con otro documento y, por ende,

la no comprensión de la pregunta; pues este tipo de documento sólo se entrega al inicio del tratamiento.

Respecto al servicio de ambulancias, un 50% realizó alegaciones, de entre las cuales seis reflejaban ser no usuarios de dicho transporte, dos se quejaban de que no le ofertaron el servicio; otros reflejaron demoras y alegaron largos recorridos, y sólo uno dijo que debía considerarse el horario para las personas que trabajan; asimismo hay que destacar que a un 59,5% de pacientes no les resulta cómodo usar coche propio; algo que creemos está directamente relacionado, en primer lugar, con la dispersión de la población que atendemos y la restricción de pacientes beneficiarios del servicio de ambulancias que autoriza la inspección médica; en segundo lugar, la escasez de servicio de transporte público; y en tercer lugar, y no por ello menos importante, por la falta de aparcamientos y de acceso al servicio, lo que en un 11,9% queda reflejado en el apartado de alegaciones.

Nos parece importante destacar que el 90,5% de pacientes estiman que tienen que esperar mucho tiempo, durante la sesión de tratamiento, a que el fisioterapeuta le movilice finalizados los ejercicios; entendemos que esto se debe a que los pacientes no respetan el horario de tratamiento marcado por el profesional, quien a su vez no restringe el paso de los mismos al gimnasio; algo que ellos perciben como un tiempo de espera inadecuado, debido a que tampoco contamos con una sala de espera acondicionada para ello.

Llama la atención que sólo un 14,3% opine que el acceso a otras salas por el pasillo de acceso

general al resto del hospital lo encuentre inadecuado, dado que el servicio de rehabilitación debería ser cerrado al resto de usuarios del hospital.

Nos parece importante que un 64,3% considere imprescin-

dible adecuar alguna cabina individual para tratamientos específicos, teniendo en cuenta que un 75,6% cree que se guarda la intimidad suficiente durante el tiempo de tratamiento.

Para concluir, hay que agradecer a todos los pacientes la buena acogida que dieron a la encuesta, hecho que se reflejó en un alto índice de participación y que fue en aumento durante los meses en que la encuesta se llevó a cabo.

BIBLIOGRAFÍA

- El Sabrawy Ali M.** "A study of patient satisfaction as evaluation parameter for utilization of primary health care services". *J-R-Soc-Health*, 1992; 112:64-7.
- Sáez M. y González R.** *Encuesta a usuarios de centros de atención primaria*, Granada, 1989.
- Fernández Lamelas, M^a. A.; Antolín Rodríguez, R.; Rodríguez Gómez, C. U.; Pualto Durán, M^a. J.**; "Promoción y desarrollo de los pacientes". *Enfermería científica*, 224-225, 2000.
- Cabrero, J.; Richart, M. y Reig, A.** "Estrategias de recogida de datos y satisfacción del paciente". *Análisis y Modificación de Conducta*, 21(80): 795-821, 1995.
- Lele M. Shetn J.**: *El cliente es la clave*. Ediciones Díaz de Santos, Madrid, 1989.
- Aranaz, J.M.**: "¿La opinión y/o satisfacción del profesional tiene algo que ver con la calidad asistencial?". Aranaz García F., *Op. cit.*, 1988.
- La Mónica, E.L.; Oberst, M.T.; Marea, A.R. y Wolf, R.M.**: "Development of patient satisfaction scale". *Research in Nursing and Health*, 9,43-50, 1986.
- Rosales Calvo, M^a. I.**; "Evaluar la calidad una condición para la eficacia". *Revista Rol de enfermería*, 189, mayo 1994.
- Cuesta, A.; Moreno, J. y Gutiérrez, R.**: *La calidad de la asistencia hospitalaria*. Doyma, 1986.
- Hinshaw, A. y Atwood, J.**: "A patient satisfaction instrument: precision by replication". *Nursing Research*, 31, 170-175, 1982.
- G. Paterson, J.; Tg.Zederad, L.**: *La enfermería humanística* citado en Gafo, J. *Ética y Legislación en enfermería*. Editorial Universitas, 1994.
- Medina F.; Salinas V.; Jimeno F. J. y otros.** "Valoración de la satisfacción durante el proceso asistencial en fisioterapia". <http://www.um.es/>
- Clemencia Cuervo, Martha Escobar y Alicia Trujillo.** "Factores que determinan el impacto de los servicios de rehabilitación fisioterapéutica, ocupacional y fonoaudiología en las instituciones de la S.D. de salud de Santa Fe de Bogotá". <http://www.salucapital.gov.co/articulos>.
- Donabedian A.** "La calidad en la atención médica: definición y método de la evaluación". *Prensa médica mexicana*, 1984.
- M. A. Esteban de la Rosa, M^a Esther Ruiz Ruiz y otros.** "Satisfacción de los usuarios: factores condicionantes". *Rol de enfermería*, 188, abril 1994.
- M^a del Pilar Arroyo Gordo.** "Calidad y humanización de los cuidados". *En Portada*; 39-octubre 2001.
- Isabel Casanovas Calvet, Pedro Lázaro Morón y otros.** "Papel del enfermero/a desde el punto de vista del usuario". *Originales, Enfermería Clínica*, Vol. 5, Núm. 2.
- Varo, J.** "Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios". Díaz de Santos, Madrid, 1993.
- Jordi Calafell Majó, Mercedes Cascón Camprubí y otros.** "Grado de satisfacción de los usuarios de un servicio de urgencias". *Originales*, 44, abril 2002.
- Piedad Rololán, Clara R. Vargas, Clara P. Giraldo y otros.** "Evaluación de la calidad en la atención en salud. Un estudio de caso". <http://colombiamedica.univalle.edu.co/vol32n1/>.



Cuidados previos y postquirúrgicos en la acromioplastia

M^º LUZ DEIRO MORENO Y PILAR JIMÉNEZ GARCÍA

*Auxiliares de Enfermería del Servicio de Traumatología
Hospital Municipal de Badalona (Barcelona)*

INTRODUCCIÓN

Hemos realizado un plan de cuidados haciendo el seguimiento a una paciente ingresada en la unidad de traumatología. Elaborando objetivos a corto y largo plazo.

Como profesionales sanitarios, el rol del Auxiliar de enfermería es imprescindible dentro del equipo multidisciplinar, ya que junto con enfermería realizamos todos los cuidados precisos.

Hicimos un pequeño sondeo entre las compañeras del equipo asistencial para poder detectar qué dudas se nos planteaban ante los pacientes con esta patología. El resultado fue que había pautas en las que teníamos que unificar criterios.

OBJETIVOS

- Unificar criterios entre el personal de auxiliares.
- Fomentar los equipos de trabajo interdisciplinarios.
- Intensificar la relación auxiliar/paciente.

MATERIAL

Trabajo teórico acompañado de una exposición visual (fotos).

MÉTODO

Metodología de V. HENDERSON. Desarrollo de un caso clínico.

Valoración de las necesidades básicas: plan de curas. Final del proceso.

DESARROLLO

Un grupo multidisciplinar formado por dos auxiliares de enfermería del servicio de traumatología.

CONCLUSIONES

El trabajo realizado ha supuesto para nosotras una experiencia interesante y enriquecedora.

- Hemos podido garantizar la calidad de nuestras atenciones.
- Aumentar la participación y satisfacción del usuario/familia.
- Aumentar la motivación del personal.

MARCO DE REFERENCIA

El Hospital Municipal de Badalona es un hospital comarcal con un concierto nivel A/B que lo sitúa como un hospital general básico. Es un centro de agudos dotado de 146 camas.

Está integrado dentro de la red hospitalaria de utilización pública (XHUP) y con contratos de servicios firmados por el instituto catalán de la salud.

El hospital es pues centro de financiación pública y previsión privada de servicios.

La ubicación de hospitalización de trauma está en la cuarta planta del hospital.

Dispone de 30 camas.

SEGUIMIENTO DE UNA PACIENTE INTERVENIDA DE ACROMIOPLASTIA

Para elaborar este trabajo realizamos el seguimiento de una paciente que ingresó programada de consultas externas en nuestra

unidad, con el diagnóstico de SD.

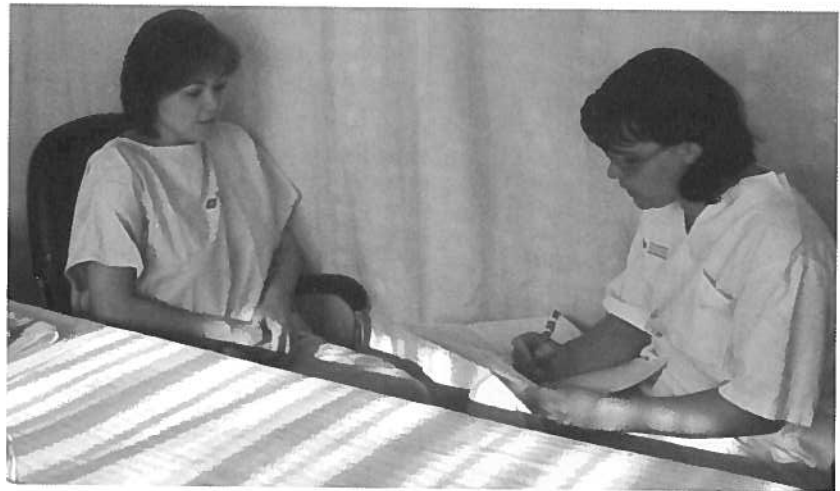
Subacromial de hombro derecho

Desarrollamos el rol de observadoras, pudiendo detectar todos aquellos elementos que nos ayuden a elaborar nuestra planificación de curas.

Solicitamos a la Sra. Mercedes su colaboración para la realización de nuestro trabajo, quien se ofreció amablemente.

RECOGIDA DE DATOS Y UTILIZACIÓN

- Paciente de 37 años, casada y madre de 2 hijos.
- Tiene familia (padres y hermanos).
- Tiene apoyo familiar.
- Trabaja (administrativa).
- Expresa con claridad sus emociones.
- Ésta es su primera intervención quirúrgica, tiene inquietudes en referencia a la intervención y realización.
- Observamos que la paciente es receptiva y elaboramos un plan de colaboración entre ella y el personal asistencial.
- La paciente muestra capacidad e interés en adquirir conocimientos que la permitan adaptarse a esta nueva situación.
- Datos personales.
 - No tiene antecedentes alérgicos ni patológicos a destacar.
 - No ha estado ingresada anteriormente.
 - No refiere intolerancia alimentaria.
 - Tiene unos hábitos de conducta normales.
 - Limitaba su movilidad para evitar el dolor.
 - Últimamente había delegado trabajos domésticos a su marido.



RASURADO Y DESINFECCIÓN

Después de la entrevista realizada por la enfermera de acogida, se pasó a realizar la preparación de la zona a intervenir.

Protocolo de rasurado

- Acromioplastia: Servicio de C.O.T. 4ª planta.
- Rasurado en seco de la zona.
 - *Hombres:* zona superior de la articulación del hombro. Cuadrante superior del pectoral.

Cuadrante superior de la escápula.

Zona axilar.

– *Mujeres:* zona axilar.

- Desinfección de la zona:
 - Aplicación de solución de povidona yodada.
 - En caso de intolerancia al yodo se aplica clorhexidina.

LLEGADA A PLANTA

Después de pasar por quirófano y reanimación (bajo anestesia general), la Sra. Mercedes llegó a la unidad de C.O.T. despierta, consciente y orientada.





Portadora de vía periférica en el brazo izquierdo y un inmovilizador estándar (SLING) en el derecho.

Se traslada a la cama con mucho cuidado ayudándonos de los deslizadores que se utilizan en nuestro centro. En decúbito supino (posición según protocolo) tomamos las constantes vitales, revisamos el apósito quirúrgico, controlamos la circulación distal, la movilización y sensibilidad.

Le explicamos cuándo iniciaría la primera ingesta hídrica y alimentaria, le informamos que no debe levantarse de la cama y, dando las explicaciones, le facilitamos el timbre de llamada colocándolo al lado opuesto del brazo intervenido.

LA PRIMERA INGESTA

La primera ingesta hídrica la inicia a las 6 horas (según protocolo de anestesia) de finalizar la intervención y seguirá con dieta

progresiva. Enseñamos a la familia cómo la tenían que ayudar, ya que tiene dificultades a la movilización, no se podrá poner de lado las primeras 24 horas. El cabezal se podrá elevar 45° para la ingesta y retornará a su posición inicial una vez finalizada.

LA PRIMERA HIGIENE

La primera higiene asistida se realiza completa a las 24 horas en la cama, evitando movilizar el brazo intervenido.

En decúbito lateral izquierdo se le practica la higiene de la espalda, dando un profundo masaje en la zona lumbar. Tras el pase de visita se solicita RHB, inicia ejercicios pasivos por el fisioterapeuta y le indica los ejercicios del día.

SEGUNDA HIGIENE

A las 48 horas no hubo contraindicación y se le pudo realizar la higiene del brazo intervenido. Se le libera del cabestrillo (SLING) y se le moviliza pasivamente la articulación separándolo con cuidado procediendo a

una higiene exhaustiva de la zona, y observamos que no se habían producido alteraciones dérmicas en la zona axilar, para evitar las mismas procedemos a colocar unas gasas.

La higiene se realiza con jabón neutro y se procede a un secado exhaustivo, se coloca el inmovilizador, realizando docencia a la paciente y al cuidador de referencia (marido).

PLAN DE CUIDADOS

- Entrevista al ingreso:
 - Se informa de todo el proceso desde el ingreso hasta el alta hospitalaria.
 - Averiguamos sus hábitos.
- Elaboración del proceso de atención.
- Hacer un diagnóstico de las necesidades básicas:
 - Nutrición/hidratación.
 - Higiene y protección de la piel.
 - Necesidad de moverse y mantener una buena postura.
 - Necesidad de utilizar ropa de vestir adecuada.
 - Necesidad de eliminación.



1. Creación de un equipo.
2. Estimularla a realizar los ejercicios de rehabilitación que el fisioterapeuta ha indicado.
3. Reconocer y elogiar los resultados obtenidos.
4. Valoración de la capacidad de la paciente para realizar las actividades diarias en su casa.
5. Implicar a la familia y facilitar instrucciones escritas referentes al inmovilizador.
6. Que sea dada de alta con la máxima información.

Planificación de cuidados/ necesidades básicas

1. Necesidad de nutrición e hidratación

- La paciente tenía hábitos alimentarios normales.
- No refería ninguna intolerancia.

Objetivos

- Valoraremos su limitación funcional.
- Las primeras ingestas las realizará en la cama de forma correcta.

Intervenciones

- Enseñarle las posturas adecuadas.
- Prepararle todo lo necesario para realizar la ingesta, dejando todos los accesorios a su alcance.
- Implicación del personal sanitario o familia para asegurarle la alimentación.
- Acomodarla en la cama para realizar las primeras ingestas, con el cabezal elevado 45° según protocolo; una vez finalizada la ingesta, volver a la posición inicial.
- Comerá sentada en la silla cuando inicie sedestación, siempre sin apoyabrazos.



2. Necesidad de eliminación

- No refería problemas de estreñimiento ni retención o incontinencia urinaria. En caso de antecedentes de estreñimiento los objetivos se habrían modificado con una dieta rica en residuos.

3. Necesidad de higiene y cuidados de la piel

Objetivos

- Que tuviese una higiene adecuada a pesar de su incapacidad para mover el brazo intervenido.
- Evitar alteraciones dérmicas.
- Orientarla en el funcionamiento del inmovilizador siempre con ayuda.
- Obtener la colaboración de la familia.

Intervenciones

- La segunda higiene se le pudo realizar del brazo intervenido a las 48 horas, en el aseo.
- Le retiramos el inmovilizador y, realizando una inmovilización pasiva del brazo, se le hizo una profunda higiene de la zona.
- Se utilizó jabón neutro, no se puso colonia ni desodorante.

- Observamos que no se habían producido alteraciones dérmicas.
- Iniciamos la docencia en el uso del inmovilizador, tanto a la paciente como a su familia.

4. Necesidad de moverse y mantener una buena postura

- Últimamente las molestias que tenía la hacían depender del marido en las tareas domésticas.

Objetivos

- Que conservara una buena posición en la cama las primeras horas post-intervención hasta que le fuese autorizada la bipedestación.
- Que realizase una sedestación correcta.
- Que consiguiera sentarse y levantarse sin hacer movimientos perjudiciales.

Intervenciones

- Le aconsejamos que no se levantara de la cama hasta que no lo indicara el médico.
- Que practicara los ejercicios de rehabilitación que el fisioterapeuta le había pautado.
- Corregir cada vez que adoptara una mala postura.

- Evitar el lateral derecho.
- Insistimos en la correcta colocación del inmovilizador y en su utilización con ayuda.

5. Necesidad de vestirse y desvestirse

Últimamente la paciente necesitaba ayuda, sobre todo para abrocharse los botones situados a la izquierda.

Objetivos

- Valorar el grado de incapacidad para vestirse.
- Enseñarle el uso del inmovilizador.
- Utilizar ropa adecuada.

Intervenciones

- Ayudar a la paciente a vestirse movilizándolo el brazo de forma pasiva.

- Aconsejarle que utilice ropa adecuada a ser posible abierta por delante.
- Estimular a la familia a que la ayuden en esta tarea.

RECOMENDACIONES PREVIAS AL ALTA

Al día siguiente de la intervención, tras ser visitada por el traumatólogo, se le autoriza sedestación en las comidas, y pudo iniciar deambulación al aseo cuando consiguió un balance articular pasivo del hombro de 10 grados.

Al tercer día de la intervención se le comunicó que sería dada de alta y debería seguir la RHB en el centro de referencia, siendo citada a consultas externas para revisión de la herida, retirada del material de sutura y control de la evolución.

CONCLUSIÓN

Trabajar en el caso de esta paciente supuso para nosotras una experiencia interesante. Pudimos recoger información objetiva, identificar problemas, valorarlos e intentar solucionarlos formulando objetivos y valiéndonos de las intervenciones.

Esperamos que este plan de cuidados podamos aplicarlo a otros pacientes con la misma patología.

La utilización de este método nos ha resultado dificultosa por la falta de práctica, pero ha sido gratificante.

Gracias a esta paciente hemos podido ver que nuestros esfuerzos no han sido estériles y nos han estimulado a seguir en esta línea de interrelación auxiliar/paciente.

AGRADECIMIENTOS

Dr. J. Riera Argemi, médico adjunto del servicio de C.O.T., por su colaboración científica.

M^a Ángeles Morcillo Rodríguez, supervisora de traumatología y cirugía general.

Sr. J. A. Atienza Messeguer, fisioterapeuta, por su colaboración.

Dr. J. Pisa Abadías, médico adjunto del Servicio C.O.T., por su colaboración informática.

A nuestras compañeras, Carmen, Ángeles y Luisa, enfermeras del servicio de Traumatología.

BIBLIOGRAFÍA

C. Fernández Ferrin y G. Novel Martín. *Proceso de atención de enfermería, estudio de casos.* Ed. Masson-Salvat, 1993.

Henderson V. *Principios básicos de los cuidados de enfermería.* CIE-Ginebra, 1971.

Luis M.T. *Diagnósticos de enfermería, un instrumento para la práctica asistencial.* Badalona. Doyma, 1993.

Enfermería Clínica. Doyma. Mayo-junio, 1995.

Utilización y riesgos del óxido de etileno en el medio sanitario

La utilización del óxido de etileno en centros sanitarios ha quedado prácticamente reducida al área de esterilización en la que se tratan con esterilizante los materiales que no resisten al vapor. Ello ha permitido un enfoque específico de la prevención de la exposición a este producto clasificado como cancerígeno.

INTRODUCCIÓN

El óxido de etileno (OE) se utiliza en los centros sanitarios para la esterilización de material médico-quirúrgico que es sensible al calor. Su uso está muy extendido debido a su eficacia de acción, buen coeficiente de difusión y posibilidad de trabajar a bajas temperaturas, aunque también es cierto

que tiene algunos inconvenientes técnicos, tales como la lentitud del proceso de esterilización y retención en distintos materiales.

La tesis más aceptada sobre su efecto esterilizante es que se debe a la alquilación que ejerce sobre el ADN, ARN, proteínas y lípidos, con la consiguiente interrupción del metabolismo celular y muerte de la célula.

MARIO AZNAR HEREDIA
Auxiliar de Enfermería



Estudios llevados a cabo sobre la toxicidad del OE y su repercusión en su uso como agente esterilizante han influido en la incorporación en los autoclaves de características de seguridad encaminadas a reducir la cantidad de OE ambiental, así como el desarrollo e implantación de protocolos o procedimientos de trabajo.

Su uso está muy cuestionado debido principalmente a la toxicidad que presenta, habiéndose propuesto algunos sistemas alternativos como el plasma gas o el ácido percatéis, aunque no puedan considerarse sustitutos al 100% del óxido de etileno.

PERSONAL EXPUESTO

Del colectivo de trabajadores sanitarios, los que tienen más riesgo de exposición al OE son las personas que trabajan en las centrales de esterilización, Auxiliares de Enfermería y DUES, principalmente, donde están ubicados los autoclaves de OE y los almacenes de material esterilizado, quedando también incluidos en este colectivo el personal de limpieza y de mantenimiento que realizan operaciones cotidianas o esporádicas en las instalaciones.

La exposición al OE también alcanza de una manera indirecta a los pacientes y al resto del personal sanitario debido a la capacidad de absorción en algunos de los materiales (cauchos y plásticos, principalmente), a pesar de haber sido sometidos al correspondiente proceso de aireación.

EFFECTOS SOBRE LA SALUD

El OE es un irritante cutáneo y de las mucosas, el contacto directo con él puede producir quemaduras químicas y reacciones alérgicas. La intoxicación aguda por OE puede producir, según la intensidad de exposición, irritación de los ojos, nariz, garganta y sequedad de boca, problemas gastrointestinales (náuseas y vómitos), neuralgias y cefaleas. Los síntomas aparecen después de un periodo de latencia de algunas horas, no habiendo señales de alarma durante la exposición.

Encefalopatías, polineuritis y otros trastornos neurológicos también han sido descritos como producto de intoxicaciones crónicas de OE. La conformación entre los estudios hechos con animales y los datos epidemiológicos disponibles han determinado la consideración del OE como una sustancia que puede causar cáncer y alteraciones genéticas hereditarias, aunque muchas veces sus efectos pueden estar enmascarados por presencia en el ambiente de otros contaminantes genotóxicos.

VALORES LÍMITE, CLASIFICACIÓN Y LEGISLACIÓN APLICABLE

Debido a la actividad mutágena y carcinógena del OE, sus valores límite ambientales han sufrido a lo largo de los años un progresivo descenso. La Ocupación Safety and Health, en Estados Unidos (OSHA) tiene asignado como valor límite 1 ppm, y a partir de una exposición de 0,5 ppm exige un control ambiental, crear un área restringida,

control médico y formación del personal que trabaja en la zona. Desde 1988 existe un valor STEL (para cortos periodos de exposición) de 5 ppm durante 15 minutos.

La Internacional Agency for Research on Cáncer (IARC) clasifica el OE en el grupo 2 A, producto con alta probabilidad de ser cancerígeno para los humanos.

EXPOSICIÓN A ÓXIDO DE ETILENO EN LAS UNIDADES DE ESTERILIZACIÓN

Las concentraciones de OE determinadas en diferentes unidades de esterilización van desde

valores inferiores a 0,1 ppm hasta 80 ppm, dependiendo del tipo de instalación, del proceso de esterilización y del protocolo de trabajo establecido. Actualmente, en los casos más desfavorables, descartando accidentes, raramente se determinan concentraciones superiores a 5 ppm.

Las unidades de esterilización están normalmente divididas en tres áreas de trabajo. La distribución y las características de las cuales está en función de si son instalaciones antiguas, si se han realizado mejoras o son unidades de esterilización de reciente construcción:

- *Zona de preparación*, donde el material se limpia y se separa

antes del proceso de esterilización.

- *Zona del autoclave*, aislado físicamente del área habitual de trabajo, donde tiene lugar el proceso de esterilización y de aireación y la carga y descarga del autoclave. El equipo trabaja en presión negativa y tienen una sola puerta. Poseen un sistema de extracción localizada situada en la parte superior del autoclave, para la extracción del gas residual. El recinto donde se halla el autoclave está en depresión con respecto a las zonas de trabajo adyacentes. El OE se suministra en cartuchos de una sola dosis, utilizándose siempre en circuito cerrado. El ciclo de esterilización incluye la aireación del material.





La extracción del OE, una vez finalizado el ciclo, se evacua al exterior, directamente o previo tratamiento, siguiendo las instrucciones del fabricante.

- *Zona de almacenamiento del material estéril*, donde el material clínico se guarda hasta su utilización.

PROCESO DE ESTERILIZACIÓN CON ÓXIDO DE ETILENO

El ciclo automático de esterilización tiene una duración variable entre 2 y 4 horas en función de la temperatura de trabajo, y

consta fundamentalmente de prehumidificación y acondicionamiento de la presión, entrada de gas, y vacíos posteriores. Para un correcto funcionamiento del proceso de esterilización se deben tener en cuenta una serie de acciones antes, durante y después del proceso.

Acciones previas al proceso

El material debe someterse a una limpieza minuciosa para eliminar todos los restos de materia orgánica y enjuagar abundantemente los materiales una vez limpios. El material debe estar totalmente seco, ya que el OE en presencia del agua se hidroliza rápidamente formando etilenglicol.

Una vez que los materiales están limpios y secos deben ser embolsados en papel mixto (plástico y papel) o en unos contenedores metálicos, nunca en textil, debido a su capacidad absorbente. Las bolsas serán colocadas verticalmente en cestas de alambre de manera holgada, de modo que siempre esté en contacto papel-plástico, con el fin de favorecer la difusión de gas hasta los materiales que se van a esterilizar.

Acciones durante el proceso

Durante el proceso de esterilización se llevan a cabo una serie de controles que permiten controlar el correcto funcionamiento del autoclave y del proceso de esterilización:

- Control físico del autoclave a través de los gráficos y manómetros del autoclave.
- Control químico del proceso de esterilización a través de tiras colorimétricas de las que se coloca una en cada paquete.

- Control biológico de la eficacia de la esterilización. Se realiza a través de esporas inoculadas.

Acciones posteriores al proceso

Una vez finalizado el ciclo, todos los materiales deben estar aireados durante 12 horas como mínimo, a la misma temperatura a la cual se ha realizado el ciclo. Este proceso de aireación puede tener lugar en el propio autoclave una vez terminado el ciclo de esterilización o en las cabinas de aireación diseñadas específicamente para este fin. En este caso, el paso del material del autoclave a la cabina de aireación se hará de manera inmediata y sin etapas intermedias y se utilizará siempre mascarilla específica, gorro, guantes y gafas. Los equipos de protección individual deben llevar la etiqueta

CE y el folleto del fabricante debe especificar su adecuación para la protección frente al OE. Transcurrido el periodo de aireación, se colocará el material en la zona estéril para poder ser utilizado. Antes de su entrega se comprobará que los controles químicos y biológicos hayan proporcionado un resultado correcto.

PRINCIPALES FOCOS DE EXPOSICIÓN

La exposición de los trabajadores a OE puede tener lugar principalmente durante las siguientes operaciones o situaciones:

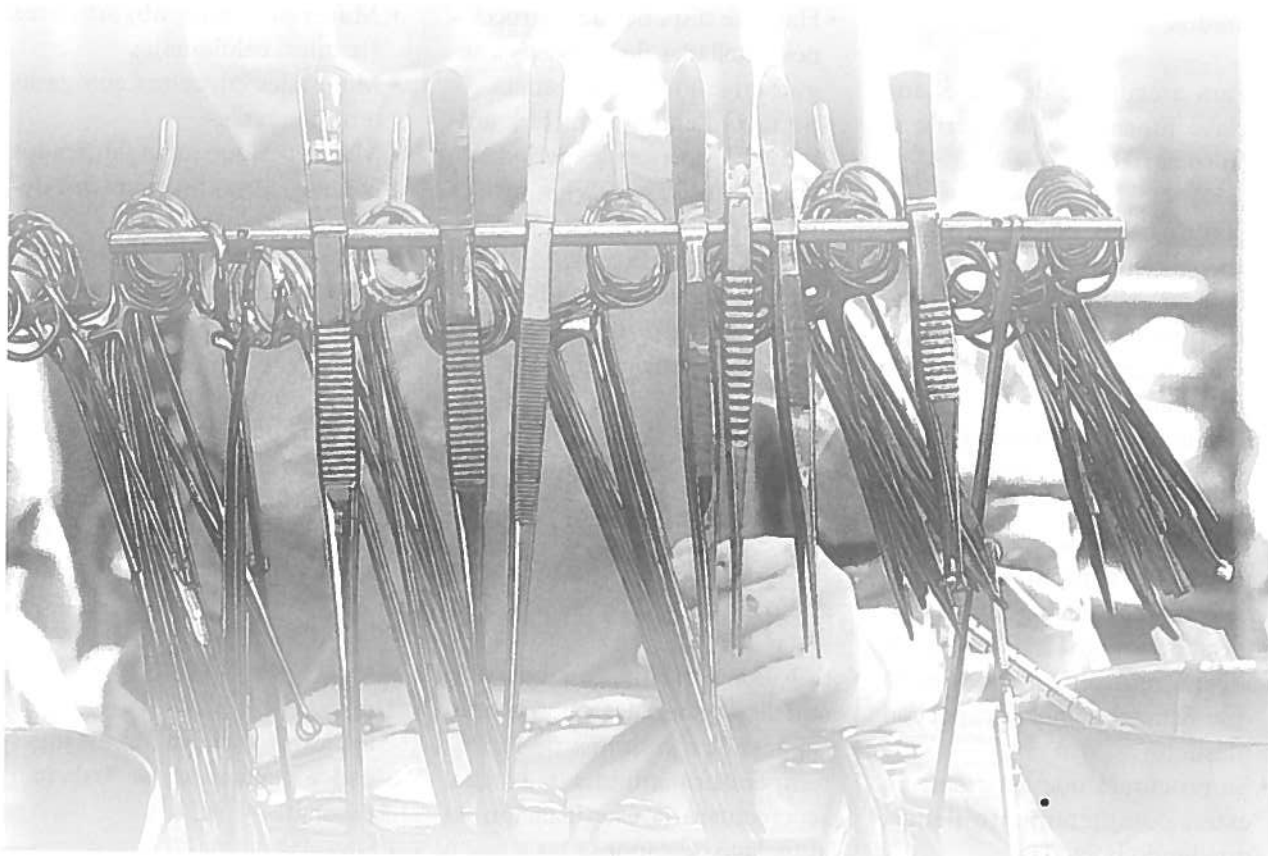
- Al sacar una carga una vez finalizado el ciclo, especialmente si ésta no ha sido previamente aireada.

- En la zona del almacenamiento del material esterilizado por la desorción de OE residual del material esterilizado.
- En la conexión, abertura y manipulación de las botellas de gas.
- Posibles situaciones de emergencia o accidente que puedan ocurrir.

MEDIDAS PREVENTIVAS

El OE es un gas extremadamente inflamable y tóxico; en consecuencia, habrá que tomar todas las precauciones necesarias, tanto durante su almacenamiento como su uso, así como tener el procedimiento de actuación en casos de emergencia.

Las acciones preventivas para reducir al máximo las exposiciones a óxido de etileno se pueden resumir en las siguientes:



- La unidad de esterilización será una zona de paso restringido y solamente estará permitida la entrada al personal del servicio. Deberá, por tanto, estar convenientemente señalizada.
- Solo se esterilizarán con OE aquellos materiales que no se puedan esterilizar en autoclave de vapor.
- La puerta de la zona donde se encuentra el óxido de etileno debe permanecer siempre cerrada.
- Las intervenciones del personal de mantenimiento y limpieza deberán hacerse en condiciones de mínimo riesgo y siempre después de haberles informado y dándoles los equipos de protección personal adecuados.
- El sistema de ventilación debe funcionar correctamente; para comprobarlo deben realizarse los controles adecuados.

Para asegurarse de que el autoclave funciona y la esterilización es correcta:

- Controlar los parámetros físicos del sistema automático.
- Colocar en cada bolsa un control químico.
- Realizar en cada ciclo un control biológico.
- El autoclave se utilizará siempre siguiendo las instrucciones del fabricante.
- Tanto las instalaciones como las máquinas tendrán un protocolo de mantenimiento. El material dentro de las cestas se colocará verticalmente de modo que siempre coincida papel con plástico.
- Se procurará que las cestas no estén completamente llenas, quedando holgadas.

- Se respetará el periodo de aireación del material, que será como mínimo de 12 horas.
- Para entrar en la zona del OE se utilizarán batas de uso exclusivo para esa zona.
- Para abrir el autoclave el personal se colocará guantes, mascarilla, gorro y gafas.
- Una vez terminado el proceso de esterilización y de aireación, se almacenará el material en condiciones adecuadas.
- Los cartuchos vacíos se introducirán en el aireador o se les añadirá agua para eliminar el OE residual que pueda quedar, se eliminará como residuo urbano.
- No se almacenarán más de 6 cartuchos, ya que es un gas muy inflamable. Es recomendable ubicarlos en un lugar seguro, alejados de focos de ignición y de calor.
- Si se observa algún cartucho defectuoso, se devolverá al suministrador.
- Hay que disponer de instrucciones detalladas de los pasos a seguir en caso de emergencia.
- Se recomiendan controles ambientales y personales periódicos, con el fin de saber los niveles residuales de OE.
- Es indicado disponer de una alarma sonora y visual que se active en caso de fuga o nivel de contaminación elevado.

MATERIALES QUE SE PUEDEN ESTERILIZAR CON ÓXIDO DE ETILENO

Sólo se esterilizarán con OE aquellos materiales que no sean capaces de resistir más de 115°C, temperatura mínima a la cual se efectuará la esterilización en autoclave de vapor.

El esterilizar y reesterilizar, cuánto tiempo se debe airear y la cantidad de OE que se debe utilizar depende de la composición química y la naturaleza del material, así como de la porosidad, aditivos, temperatura del proceso de esterilización, cantidad de material colocado en el autoclave y características propias del autoclave.

MATERIALES QUE NUNCA DEBEN DE ESTERILIZARSE CON ÓXIDO DE ETILENO

- Líquidos, gases, o productos sólidos que puedan cambiar su composición química por la acción del OE.
- Materiales plásticos impregnados con agua, lubricantes u otras sustancias químicas.
- Materiales muy absorbentes (textiles, celulosas).
- Materiales envueltos con gasas u otros textiles.
- Materiales que estén fabricados con Mg, Zn o Sn ya que se deterioran con el OE.
- Nylon y papel de aluminio.
- El metacrilato y caucho, porque tienen altas cantidades de OE.
- De manera general, se recomienda no reesterilizar con OE materiales de PVC previamente esterilizados con rayos gamma, por existir riesgo de formación de clorhidrina.

BIBLIOGRAFÍA

Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, España.

Miedos patológicos

Una experiencia desagradable con una persona, un objeto o en una determinada situación puede dar lugar a la aparición de lo que hoy en día se conoce como fobia, una forma concreta de ansiedad que padece un 20% de la población española.

TEXTO Cristina Botello

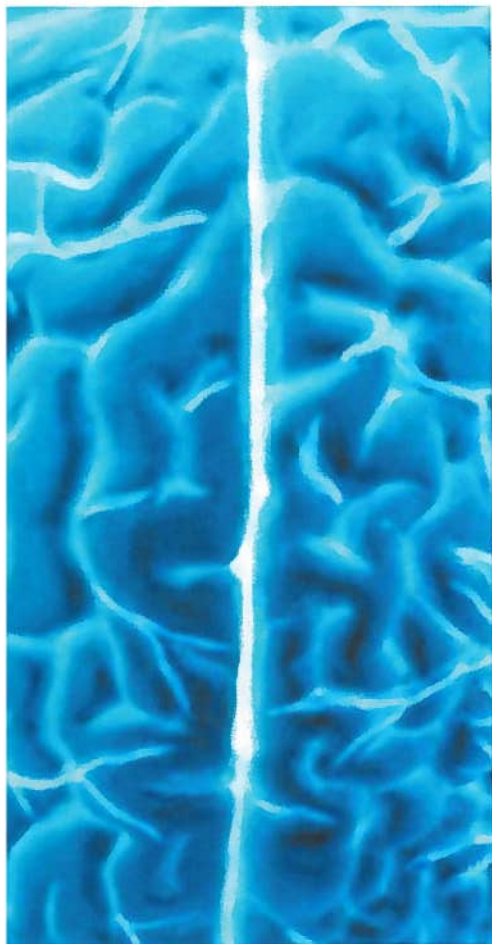
LA ANSIEDAD es un sentimiento humano normal que todos experimentamos cuando nos enfrentamos con situaciones que consideramos difíciles o que suponen una amenaza. Si esta ansiedad se manifiesta como una respuesta repentina ante una amenaza inmediata aparece lo que conocemos como miedo.

El sentimiento de miedo es importante, ya que lo utilizamos como un mecanismo que nos ayuda a evitar los peligros y a enfrentar las situaciones difíciles. Sin embargo, muchas veces el miedo a determinadas situaciones, objetos, personas o actividades se convierte en un temor patológico, irracional e incontrolable, que puede interferir en

nuestra capacidad para hacer las cosas; es en este momento cuando empezamos a hablar de fobia.

Así, la fobia se puede definir como un temor angustioso ante un objeto o situación que en condiciones normales no es peligroso. Habitualmente suele aparecer después de una experiencia previa desagradable que entraña auténtico miedo; un miedo que el propio fóbico reconoce como excesivo e irracional, pero que se ve incapaz de controlar. Frecuentemente aparece en la primera infancia, pero lo normal es que se manifieste por primera vez entre los 15 y los 20 años, aunque no se puede hablar de una etapa vital concreta.





Así, se puede hablar de diferentes teorías que ayudan a definir el origen de este temor patológico. En este sentido, existen estudios que implican a una región del cerebro llamada amígdala.

» Origen

Hoy en día no existe una causa concreta y definitiva que explique la aparición de una fobia. Se puede hablar además de diferentes teorías que ayudan a definir el origen de este temor patológico. En este sentido, existen estudios que implican a una región del cerebro llamada amígdala, el centro del control del miedo. Así, hay investigaciones que se centran en buscar las bases genéticas de las fobias y otras, la influencia del ambiente.

Por su parte, las escuelas de psicología coinciden en señalar que las fobias suelen tener un sentido simbólico inconsciente y se refieren, en muchos casos, a experiencias previas angustiosas del individuo que desplaza su miedo a objetos y situaciones sustitutivas sin aparente relación con aquéllas.

La teoría más aceptada es la del aprendizaje, que afirma que las fobias son el producto de la asociación producida por el condicionamiento clásico (la asociación de un estímulo desagradable a un estímulo, en principio, agradable puede llegar a provocar una sensación de temor hacia el segundo, según la teoría conductista).

Igualmente, muchos niños heredan las fobias de su familia porque reconocen en los miedos de sus parientes peligros inexistentes. En este sentido, un ejemplo claro es el de aquellas fobias que se aprenden en nuestros procesos de socialización y que, por lo general, en lugar de miedo provocan rechazo y odio. Es el caso de la xenofobia —rechazo a las personas de otras razas, culturas o religiones— y la homofobia —rechazo a los homosexuales—. También

existen fobias de carácter biológico como la fotofobia, que se trata del rechazo del ojo hacia la claridad o la luz.

» Cuadro sintomático

Aunque las fobias son comunes en la población general, son escasos los individuos a los que les afecta de forma importante, por ello sólo son tratados aquellos que experimentan síntomas muy severos. Cuando el cuadro de ansiedad es grave y se sucede de forma repetida o la persona afectada adopta una conducta de evitación que interfiere con su vida cotidiana o se producen alteraciones en su personalidad, se puede hablar de un cuadro fóbico importante.

Su aparición suele venir acompañada de angustia y ansiedad. Los síntomas físicos más comunes suelen ser taquicardia, sudoración, temblores, tensión muscular, cefaleas... y otros signos característicos de la ansiedad como dificultad para hablar, sensación de náusea o malestar en el estómago. Desde el punto de vista psicológico la persona afectada sufre sensaciones de peligro inmediato, impotencia, aprehensión y tensión.

» Tipos de fobias

Hoy en día se han descrito unas 250 fobias, cada una con su propio nombre. Algunas de estas fobias están tipificadas por su mayor incidencia en la población.

Fobias simples o específicas

Miedo a las alturas, a las agujas, a las tormentas, a las serpientes, a los espacios cerrados, etc., son sólo algunos ejemplos de fobias

específicas. Las personas que padecen este tipo de fobia experimentan un miedo acusado ante la posibilidad de tener que enfrentarse a la causa de su temor. Sin embargo, son capaces de llevar una vida normal, tratando de evitar siempre el objeto último que produce el ataque de ansiedad.

Si dicho objeto es fácil de evitar, normalmente no es necesario un tratamiento. En caso contrario, los ejercicios de relajación y de respiración, así como ciertos medicamentos, pueden contribuir a reducir los síntomas de ansiedad antes de que el individuo confronte una situación fóbica.

Si el cuadro fóbico es grave, y la fobia interfiere en la vida cotidiana, existen terapias consistentes en exponer paulatinamente al paciente a los elementos que le provocan temor hasta que el miedo comienza a desvanecerse. Algunas de las formas simples que aparecen en la niñez desaparecen solas.

Dentro de esta forma de fobia, las más comunes son las fobias a los medios de transporte (aviones, coches, trenes...), a algunos animales y a determinadas enfermedades. En este sentido, hay algunas que están aumentando su incidencia, como es la fobia al sida, al cáncer o a complicaciones cardíacas. También existen fobias de carácter más curioso como a las horquillas, al sexo o a los ordenadores.

Agorafobia

Así se conoce el miedo a estar en lugares públicos, donde escapar o encontrar ayuda puede resultar difícil. Situaciones como estar solo fuera del hogar, quedarse solo en casa, o verse rodeado por una multitud (viajar en transporte público, los grandes almacenes,



etc.), pueden dar lugar a la aparición de los síntomas, normalmente ataques de pánico, que preceden a esta fobia. Generalmente, una vez que aparecen los signos, estos individuos sucumben ante la sensación de indefensión y son incapaces de llegar a sus casas o, por lo menos, hasta un lugar seguro.

Estos ataques se manifiestan al azar y sin señales de advertencia, de modo que no se puede predecir qué situaciones desencadenan la reacción fóbica. Esta imprevisibilidad hace que el afectado anticipe los ataques de pánico futuros y acabe evitando aquellos lugares en los que puede sufrirlos. De esta manera, se produce una disminución de las actividades normales hasta que el miedo o la conducta de evitación llega a dominar la vida de la persona.

Dentro de las fobias simples, las más comunes son las fobias a los medios de transporte (aviones, coches, trenes...), a algunos animales y a determinadas enfermedades. En este sentido, hay algunas que están aumentando su incidencia, como es la fobia al sida.



Hoy en día entre un 3 y un 13% de la población global trata de evitar cualquier situación que sea embarazosa, humillante o le exponga a la crítica de los demás. No obstante, la posibilidad de que esto pueda ocurrir provoca una ansiedad previa.

Fobia social

Esta forma de fobia se caracteriza por la aparición de un temor intenso y persistente a ser el centro de una evaluación negativa en situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen a su ámbito familiar. Frecuentemente, la fobia social se confunde con la timidez, sin embargo, no es lo mismo, puesto que los tímidos pueden sentirse incómodos cuando están con otras personas, pero no experimentan la extrema ansiedad o angustia.

Hoy en día entre un 3 y un 13% de la población global trata de evitar cualquier situación que sea embarazosa, humillante o le exponga a la crítica de los demás. No obstante, la posibilidad de que esto pueda ocurrir provoca una ansiedad previa (temblor de manos, dificultad para hablar, ruborización, etc.) que, en muchas ocasiones, no

desaparece tras haber superado la situación, sino que se extiende en el tiempo con la preocupación de haber sido juzgados.

Hablar en público, comer en restaurantes, acudir a reuniones sociales, conocer a alguien nuevo, tratar con personas que están en situación de autoridad o escribir en público, son sólo algunos ejemplos de las situaciones que desencadenan la aparición de la fobia social. Así, llega un momento en que esta fobia interfiere en la rutina normal de la persona, afectando a su actividad laboral, familiar y social.

Desde un punto de vista conductual, se habla de tres fases en la fobia social. En un primer momento se dan las conductas de evitación y escape de la situación temida. En una segunda etapa, estas personas pueden adoptar actitudes de protección de sí mismas para aminorar la ansiedad, por ejemplo, el uso de gafas de sol en sitios cerrados. Y, finalmente, una tercera fase que se manifiesta en signos físicos que van asociados a las reacciones de ansiedad, como tartamudez, gestos de inquietud e inseguridad, etc.

Este tipo de fobia, frecuentemente aparece en la edad adulta y suele tener su origen en un trastorno perturbador ocurrido en las fases iniciales del desarrollo. Habitualmente, la fobia social es crónica, con momentos de aumento y otros de disminución de la ansiedad, aunque el temor puede llegar a desaparecer. No obstante, la intensidad del trastorno y sus consecuencias en la actividad diaria del individuo dependen principalmente de los acontecimientos vitales estresantes y de las exigencias sociales del lugar o la profesión.

Al igual que ocurre en los casos más graves de agorafobia, las personas con fobia social pueden desarrollar depresión, fatiga, tensión, abuso de sustancias alcohólicas o sufrir trastornos obsesivos que hacen indispensable el tratamiento. En este sentido, un 80% de los afectados encuentra alivio en la psicoterapia, aunque en los casos

más graves se puede recurrir a los medicamentos, o a una combinación de ambos.

Aún quedan muchas cuestiones por resolver sobre la génesis de las fobias, sin embargo, aunque es imposible prevenir su aparición, sí se puede confirmar que a través de un tratamiento adecuado se pueden curar.

Desde un punto de vista conductual, se habla de tres fases en la fobia social. En un primer momento, se dan las conductas de evitación y escape de la situación temida. En una segunda etapa, estas personas pueden adoptar actitudes de protección de sí mismas para aminorar la ansiedad.

Y, finalmente, una tercera fase que se manifiesta en signos físicos que van asociados a las reacciones de ansiedad, como tartamudez e inseguridad.

Fobias específicas

- **Acuafofia:** miedo al agua.
- **Bibliofobia:** miedo a los libros.
- **Claustrofobia:** temor a los lugares reducidos y cerrados.
- **Dendrofobia:** miedo a los árboles.
- **Eritrofobia:** temor a enrojecer.
- **Frigofobia:** miedo a las cosas frías.
- **Geliofobia:** temor a la risa.
- **Heliofobia:** miedo al sol.
- **Iatrofobia:** miedo a los doctores.
- **Kopofobia:** miedo a la fatiga.
- **Logofobia:** miedo a ciertas palabras.
- **Musicofobia:** miedo a la música
- **Nictofobia:** temor a la oscuridad.
- **Oneirofobia:** miedo a los sueños.
- **Patofobia:** miedo a las enfermedades.
- **Sexofobia:** temor al sexo opuesto.
- **Tapefobia:** miedo a ser enterrado vivo.
- **Urofobia:** miedo a la orina.
- **Vestifobia:** temor a la ropa, a vestirse.
- **Xilofobia:** miedo a objetos de madera o bosques.
- **Zoofobia:** temor a los animales en general.



Plantas que curan

Numerosos estudios clínicos han demostrado que el uso adecuado y controlado de las plantas medicinales en el tratamiento de las infecciones respiratorias, ya sean de origen vírico, bacteriano o fúngico, no sólo pueden tratar los síntomas de una infección respiratoria, sino acortar su duración. Es el caso de, por ejemplo, la equinácea que, tomada justo cuando se inicia el proceso, hace que éste sea más corto. La fitoterapia tiene una larga tradición histórica, pero en nuestro país aún estamos lejos de alcanzar la media europea de consumo de plantas medicinales debido a que "la comunidad médica no ha profundizado suficientemente en la actividad farmacológica de las sustancias activas que poseen las plantas medicinales porque, hasta la fecha, se ha dispuesto de antibióticos eficaces".

TEXTO Montse García



resfriados

LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS

representan la tercera parte de las consultas médicas y son el principal motivo de prescripción de antimicrobianos. En dos de cada tres casos, el proceso catarral tiene un origen vírico y sólo puede tratarse controlando los síntomas. En estos casos el uso de antibióticos —derivado en gran parte del autodiagnóstico y la automedicación— es, en opinión del presidente de la Sociedad Española de Quimioterapia, el profesor José Ángel García Rodríguez, “peligroso, costoso e ineficaz, ya que además de no tratar la enfermedad, porque los antibióticos se dirigen específicamente hacia las bacterias, se incrementa aún más el proceso, ya de por sí preocupante, de las resistencias bacterianas”.

En este sentido, el doctor José Ángel García considera que “es muy posible que el concepto de antibiótico cambie en el futuro, como medicamento hecho en un laboratorio y teniendo en cuenta que la naturaleza proporciona elementos con acción antibiótica, y que de esta forma sean los productos naturales los que puedan encontrar alternativas claras en el tratamiento de infecciones producidas por bacterias multirresistentes”.

Por todo ello, el presidente de la Sociedad Española de Quimioterapia considera que no hay ninguna contradicción en que esta entidad apoye el uso de fitoterapia



y se pueda abrir la puerta a estos productos como alternativa terapéutica.

Los expertos recuerdan que las plantas medicinales son medicamentos, y como tales deben ser consumidos bajo la supervisión de un farmacéutico o un profesional de la salud, ya que “puede aconsejar al paciente cuál es la posología indicada, cómo debe administrarse e iniciarse el tratamiento y, sobre todo, indicarle el tratamiento fitoterápico más adecuado, para evitar contraindicaciones e interacciones con otros fármacos. Además, para garantizar la eficacia del tratamiento con plantas medicinales, los expertos aconsejan “emplear productos controlados y estandarizados”.

Por ello, y con el objetivo fundamental de servir de apoyo tanto a médicos como a farmacéuticos, Infito (Centro de Investigación sobre Fitoterapia), ha editado el libro *Plantas medicinales y complementos*

en la dieta en las afecciones respiratorias, en el que se analizan los aspectos farmacológicos y clínicos más relevantes de la equinácea (cuyo empleo es de particular interés en el tratamiento de las afecciones catarrales y gripales). Se analiza igualmente el própolis, producto elaborado por las abejas a partir de los exudados de distintas especies vegetales, y del que numerosos estudios han destacado su importante papel en el tratamiento de distintas afecciones de origen infeccioso. Finalmente, se ofrece un estudio detallado de distintas especies vegetales cuyo empleo tradicional en el tratamiento de afecciones respiratorias se encuentra hoy validada por las investigaciones farmacológicas.

» La equinácea

Su introducción en la terapéutica occidental es relativamente reciente.



El própolis es un producto muy complejo, soluble en alcohol etílico y en distintos disolventes orgánicos.

Los primeros datos evidentes de su empleo, por parte de las poblaciones indígenas en América del Norte, datan del siglo XVII. Se usaba tradicionalmente por vía tópica para favorecer la cicatrización de heridas, quemaduras, picaduras de insectos, etc. Las raíces se mascaban en caso de infecciones de gargantas y dolores dentales y, por vía interna, en casos de tos, dolores de cabeza y calambres de estómago. En terapéutica se emplean tanto las raíces como las partes aéreas de diversas especies del género *Echinacea* de la familia *Asteraceae*.

Aunque hoy por hoy no se conoce con certeza cuál o cuáles son los principios activos responsables de su actividad farmacológica, probablemente debido a una acción sinérgica entre sus componentes, sí parecen existir evidencias de su

eficacia en el tratamiento y, según algunos trabajos, en la prevención de afecciones leves y moderadas del aparato respiratorio, ya sean de origen vírico o bacteriano, puesto que la equinácea parece ser capaz de incrementar las defensas del organismo.

Los extractos de equinácea poseen actividad inmunoestimulante, antioxidante, antiinflamatoria y cicatrizante y ejerce, además, una actividad antibacteriana y antiviral.

Se encuentran en la literatura científica numerosos ensayos clínicos de los que se puede deducir que los extractos de equinácea parecen acortar la duración y severidad de resfriados y otras infecciones del aparato respiratorio, si se administra al inicio del proceso. Por el contrario, los ensayos realizados a largo plazo para evaluar

El Infito

El INFITO es un organismo dedicado al estudio y divulgación de la fitoterapia, del que forman parte especialistas de la farmacia y la medicina de toda España. Su propósito es que la fitoterapia sea reconocida como una opción terapéutica válida y con todas las garantías científicas.

Consideramos que para lograr este objetivo debemos trabajar en dos vertientes: la investigación y la educación. Lamentablemente, a pesar de que la fitoterapia está en el origen de la farmacopea y de que cada vez hay más medicamentos de síntesis con principios fitoterapéuticos, la falta de una formación adecuada de muchos profesionales de la

salud, en algunos casos, y de apoyos públicos, en otros, han propiciado que un sinnúmero de personas sin ninguna formación médica o farmacéutica aconsejen o incluso prescriban plantas medicinales.

Esta práctica, lejos de acercar la fitoterapia a la población, ha fomentado los numerosos prejuicios que existen sobre ella, confundiéndola con las llamadas "medicinas alternativas" y, en muchas (o por lo menos notorias) ocasiones, con prácticas fraudulentas.

Aunque cada vez son más los estudios científicos sobre los mecanismos de actuación y las propiedades terapéuticas de

muchas plantas medicinales, la falta de información de los propios profesionales de la medicina y la escasa difusión de los estudios propicia esta situación. Es por este motivo por el que estimamos que es necesario crear un espacio de encuentro entre los investigadores, los profesionales de la salud y la sociedad. Este espacio es el que espera cubrir el INFITO. No pretende convertirse en una sociedad científica (de hecho ya existe una Sociedad Española de Fitoterapia), ya que el INFITO parte de un planteamiento multidisciplinar y más orientado a la información y educación.

su eficacia en la prevención de afecciones respiratorias o bien han dado resultados moderados o bien han resultado negativos.

» Própolis

El própolis es un producto apícola que las abejas recolectan de las resinas y secreciones que cubren las yemas de distintas especies vegetales emplazadas en las cercanías de las colmenas y entre las que destacan el abedul, el álamo, el castaño, el sauce, el roble y otras pertenecientes fundamentalmente a la familia de las coníferas, si bien en ocasiones puede proceder en parte de las secreciones de distintas plantas herbáceas.

El própolis es un producto muy complejo, soluble en alcohol etílico y en distintos disolventes orgánicos, tales como éter etílico, acetona, benceno y otros. En su composición influyen distintos parámetros, tales como las especies vegetales sobre las que las abejas realizan su recolección, las zonas de procedencia y las variaciones climáticas, entre otros. Todo ello influye en el hecho de que no se pueda hablar de una composición homogénea para el própolis.

Presenta un amplio rango de actividades farmacológicas, avaladas por numerosas publicaciones científicas. Entre las más importantes cabe destacar su actuación como antimicrobiano, antiinflamatorio, antitumoral, antiparasitario, inmunomodulador, anestésico, anti VIH y anticitotóxico, a las que cabe añadir su importante efecto antioxidante así como su capacidad inhibidora de distintas enzimas, entre las que se encuentran las proteincinasas.



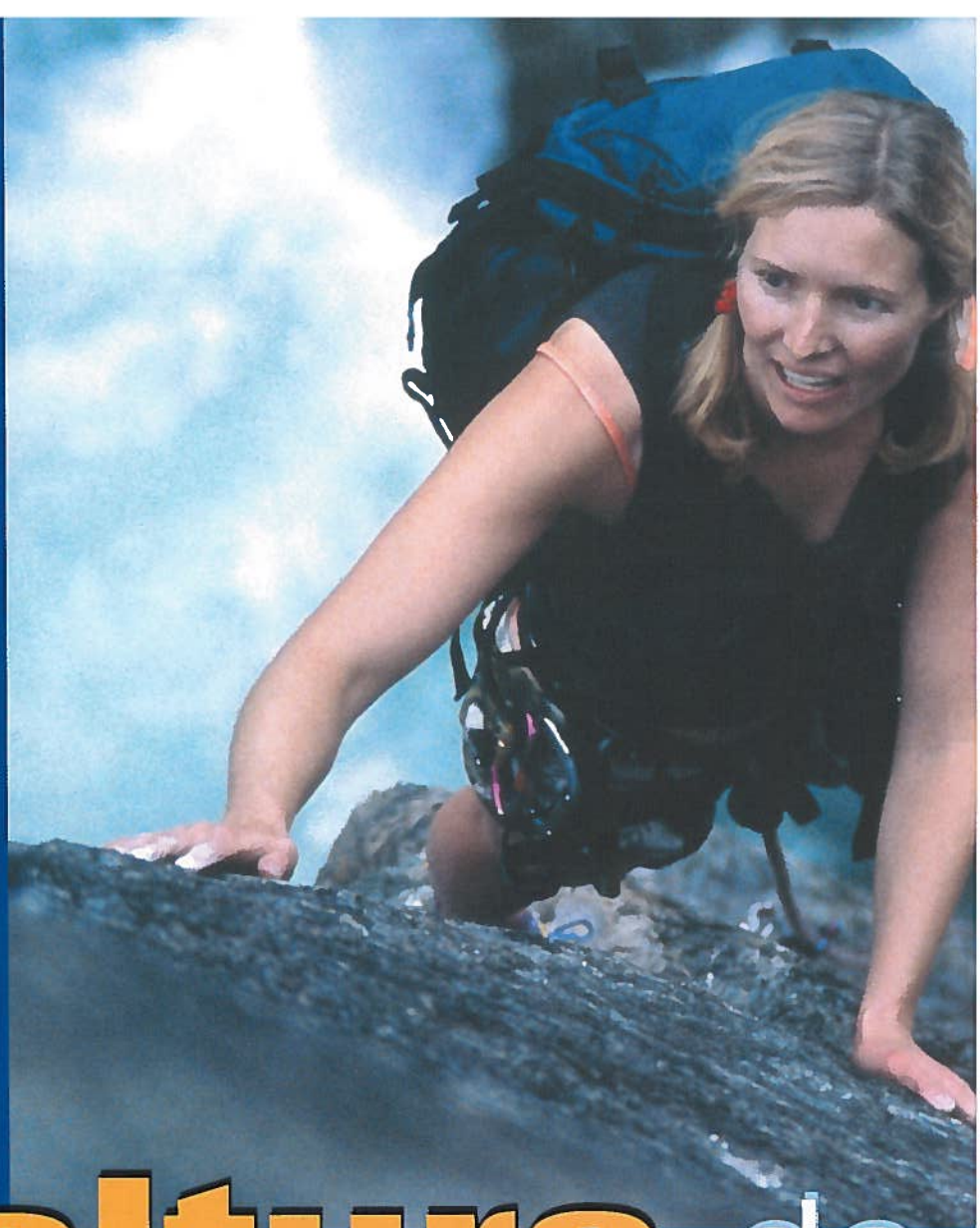
» Eucalipto

En clínica, además de usarse los cladodios (las mal denominadas hojas adultas), se utiliza también su aceite esencial extraído por destilación en corriente de vapor. Mediante destilación y cristalización fraccionada se aísla el eucalipto, que es el componente mayoritario del aceite esencial y es el que se prefiere utilizar, purificado, en terapia para el tratamiento de diversas patologías del árbol respiratorio.

La administración de los cladodios, debido a su contenido en aceite esencial rico en eucaliptol, ejerce una acción expectorante directa sobre las células secretoras del tracto respiratorio, lo que obedece a que el aceite esencial se elimina en parte por dicho tracto, como es fácil comprobar por el olor del aliento de un sujeto al que se le administra dicha droga o derivados.

Se utilizan en el tratamiento de diversas afecciones respiratorias: asma, bronquitis, rinitis, faringitis, amigdalitis, traqueitis y gripe.

Mediante destilación y cristalización fraccionada se aísla el eucalipto, que es el componente mayoritario del aceite esencial y es el que se prefiere utilizar, purificado, en terapia para el tratamiento de diversas patologías del árbol respiratorio.



A la **altura** de

La aparición de síntomas como dolor de cabeza, mareos, debilidad general o vómitos, combinada con el inicio de una estancia a miles de metros sobre el nivel del mar, son prueba inequívoca de que se padece el mal de altura. La puesta en práctica de una serie de recomendaciones hace remitir este trastorno que, en casos extremos, puede provocar la muerte.

TEXTO Javier Villoslada

A GRAN ALTURA LA PRESIÓN ATMOSFÉRICA disminuye y la cantidad de moléculas de oxígeno por volumen de aire que se respira es menor. El organismo tiene que adaptarse entonces a este suministro reducido de oxígeno a los tejidos, conocido como hipoxia. Para ello reacciona aumentando la frecuencia cardíaca y respiratoria.

Sin embargo, en ocasiones esta respuesta adaptativa no es suficiente para normalizar los niveles corporales, lo que provoca una serie de cambios en la composición de la sangre, afectando al cerebro



Las circunstancias

y a otros órganos y desembocando en lo que se conoce como mal de altura o mal de montaña.

Este síndrome puede ser crónico y se denomina entonces enfermedad de Monge o de los Andes. En este caso afecta a los residentes permanentes en lugares de gran altura que dejan de tolerar su estancia a miles de metros y experimentan repentinamente trastornos, generalmente de índole cardíaco.

La otra variante del mal de altura es la aguda. Incide en personas que han vivido mucho tiempo en alturas próximas al nivel del mar

que, sin una adecuada preparación o aclimatación, se dirigen a destinos muy elevados. Las víctimas propiciatorias son los viajeros que se desplazan a zonas de altitud que superan los límites habituales a los que están acostumbrados.

» Factores que influyen

A partir de los 3.000 metros sobre el nivel del mar —e incluso antes si la forma física es limitada— el mal de altura comienza a dar la cara. En estas cotas surgen los primeros inconvenientes de una mala

adaptación al déficit de oxigenación en la sangre. Se hace necesario un mayor esfuerzo muscular, hay un incremento de la frecuencia respiratoria y cardíaca y sube también la tensión arterial. Como consecuencia de todos estos cambios se produce un mayor consumo de energía.

La temperatura es otra variante que incide. Cada 100 metros de avance vertical se produce un descenso de 0,7 grados. En consecuencia el organismo tiene que realizar grandes esfuerzos para seguir manteniendo una temperatura



La tolerancia individual a las zonas de alta montaña es muy variable y está condicionada por una serie de hábitos y peculiaridades que aumentan el riesgo, como pueden ser la falta de práctica habitual de ejercicio, la especial sensibilidad al frío, la velocidad de la ascensión o la pertenencia a determinados grupos poblacionales (niños pequeños, ancianos, mujeres en fase premenstrual o embarazadas, diabéticos, anémicos...).

corporal adecuada. Puede verse dificultada entonces la circulación sanguínea en zonas periféricas de los dedos, lo que puede derivar en congelación progresiva. Además, cuanto más alto se suba se perderá más calor y surgirán escalofríos y calambres musculares.

El tercer factor desencadenante del mal de altura es la deshidratación corporal. El aire seco de la montaña, junto al mal abastecimiento de agua y la sudoración propician la aparición de este fenómeno. Cuando la pérdida de agua corporal afecta del 4 al 6% del total el riesgo es alto, ya que puede inducir a la inconsciencia.

» Sintomatología

La tolerancia individual a las zonas de alta montaña es muy variable y está condicionada por una serie de hábitos y peculiaridades que aumentan el riesgo, como pueden ser la falta de práctica habitual de ejercicio, la especial sensibilidad al frío, la velocidad de la ascensión, la pertenencia a determinados grupos poblacionales (niños pequeños, ancianos, mujeres en fase premenstrual o embarazadas, diabéticos, anémicos...).

Los primeros síntomas aparecen entre las cuatro y las ocho horas posteriores a la llegada o ascenso por encima de los 3.000 metros. El diagnóstico se basa en la aparición de una serie de síntomas que varían de unas personas a otras, pero que suelen incluir en una primera fase cefaleas, vómitos, insomnio y sensación de cansancio.

La sintomatología es parecida por tanto a la de la gripe, sólo que no llega acompañada de dolor muscular ni de fiebre. El cuadro clínico puede empeorar a partir

de este momento, si no se toman las precauciones pertinentes, con dolores de cabeza cada vez más fuertes, alguna taquicardia leve, disminución de la producción de orina y un aumento de la dificultad para respirar.

Estas reacciones fisiológicas son en principio sólo incómodas y no graves, pero si se hace caso omiso a las advertencias que el cuerpo está lanzando con ellas pueden dar lugar a otras patologías más severas cuando, sufriendo el mal de altura, se prosigue el ascenso. De hecho existen dos variantes extremas y mortales que implican el derrame de líquidos desde los vasos sanguíneos hacia los tejidos.

Se trata del edema cerebral de altitud, una alteración grave del sistema nervioso central que puede desembocar en el coma y la muerte, y del edema pulmonar no cardiogénico, que se detecta por el amoratamiento de los labios, la dificultad respiratoria y un sonido parecido a un gorgoteo al respirar. Ambas manifestaciones son las fatales consecuencias de no haber reaccionado adecuadamente ante la evidencia de los síntomas.

» Recomendaciones básicas

Sin duda la mejor forma de evitar el mal de altura es la aclimatación: no forzar el cuerpo con ascensiones bruscas, sino realizar un ascenso lento y planificado es lo recomendable. Es por tanto imprescindible diseñar un buen plan de viaje previo además de llevar a cabo una mínima preparación física.

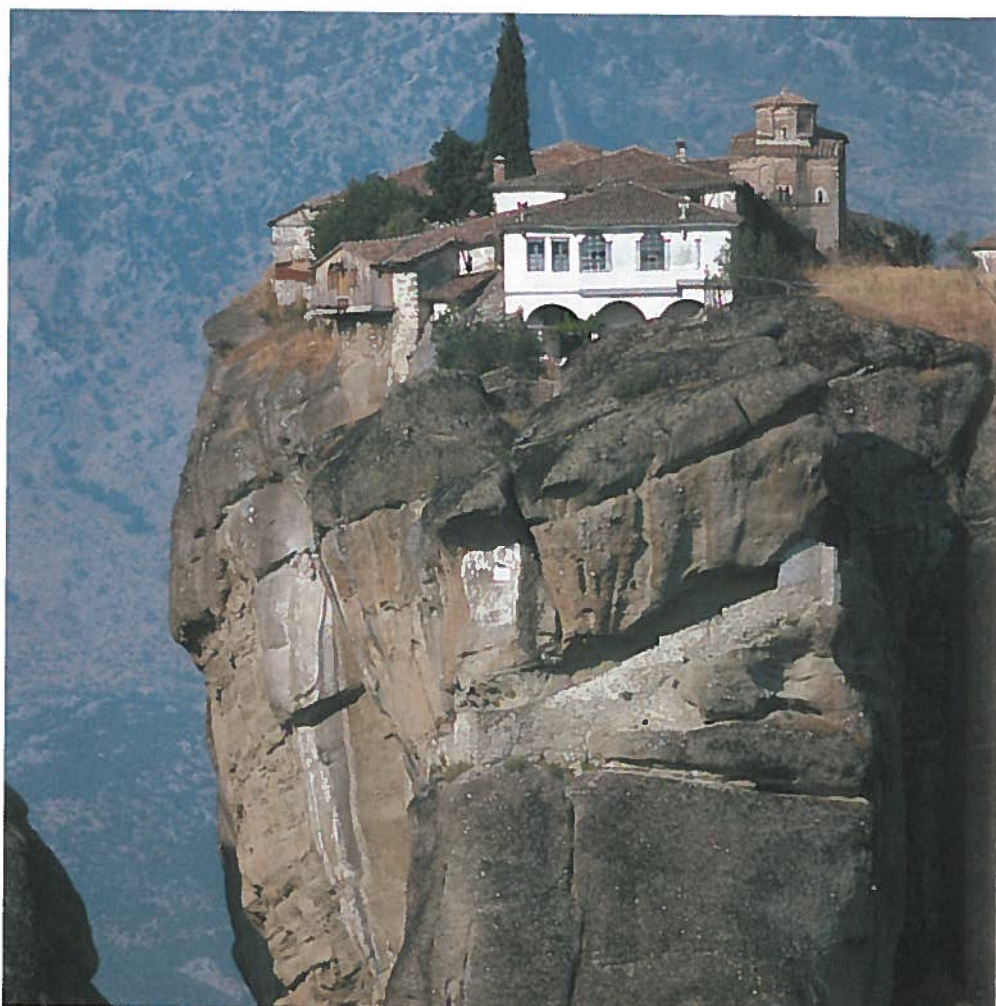
La aclimatación varía según la persona y los años. La mejor edad para enfrentarse con garantías a la alta montaña está entre los 30 y los 45 años. También influye el equilibrio nervioso y emocional.

Lo más prudente cuando se comienzan a padecer los primeros síntomas es descender a una altura donde encontrarse libre de malestar. Junto al descenso, la administración de oxígeno —oxigenoterapia— y de fármacos conforman el protocolo necesario para recuperarse del mal de altura. Entre estos últimos se suelen dispensar diuréticos —ayudan a captar oxígeno en zonas elevadas—, antieméticos —disminuyen las náuseas y los vómitos— y analgésicos —alivian las cefaleas—.

Hasta entonces, o si resulta inviable regresar a una cota más baja, se puede seguir una serie de consejos como beber mucha agua, ya que la respiración excesiva de aire seco provoca la pérdida del líquido elemento. Lo ideal es realizar una dieta ligera con abundantes líquidos e hidratos de carbono. Asimismo debe evitarse la ingesta de alcohol, sobre todo los primeros días, así como las comidas copiosas, ya que su digestión quema energía que puede ser necesaria.

Con las debidas precauciones el viaje hacia el destino soñado, aunque sea a gran altitud, no se

convertirá en un infierno de vértigo por culpa del mal de altura.

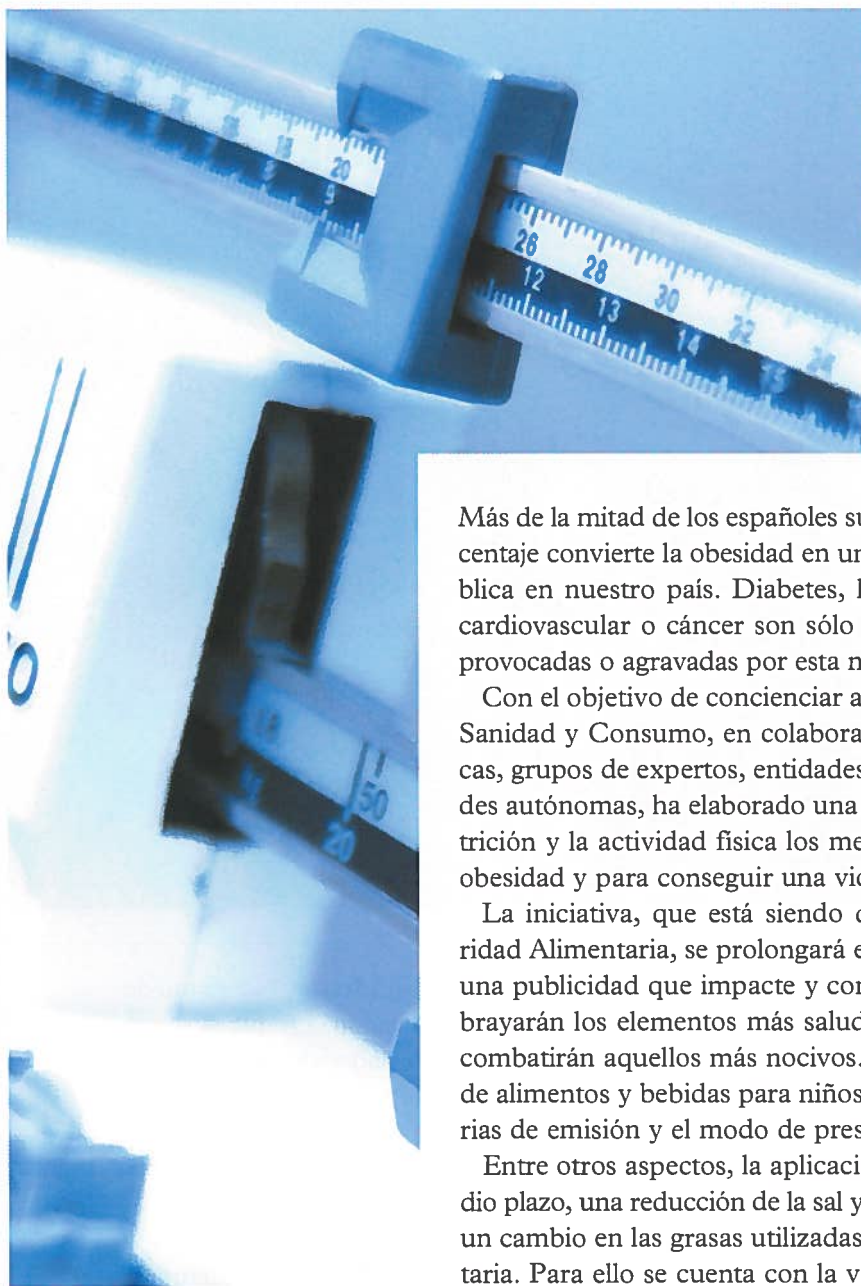


Curiosidades

- **Mejor prevenir que curar.** Los especialistas del mal de altura recomiendan seguir cuatro reglas: “beber antes de tener sed, comer antes de tener hambre, abrigarse antes de tener frío y descansar antes de estar cansado”.
- **Memoria de aclimatación.** Entre los montañistas se observa que después de las primeras ascensiones de alta montaña se produce una tendencia a aclimatarse mejor, aunque entre una escalada y otra transcurran muchos meses.
- **Bajar para dormir.** Hay una máxima que reza “asciende alto, pero duerme bajo” que sintetiza una realidad: se puede subir tan alto como se desee siempre que se regrese a dormir a la misma altura que la noche anterior.
- **Síndrome recurrente.** No se puede prever con antelación. Lo que sí se sabe es que quien lo ha padecido tiene muchas posibilidades de volver a experimentarlo en circunstancias análogas.
- **Remedios naturales.** En Sudamérica, donde lo conocen como “soroche”, lo combaten bebiendo té de coca.
- **Récords de altura.** Viajar a alguna de estas ciudades dispara el riesgo:
Lhasa (Tíbet) —3.660 m—; La Paz (Bolivia) —3.579 m—; Cuzco (Perú) —3.401 m—; Quito (Ecuador) —2.821 m—; Bogotá (Colombia) —2.560 m—; Addis-Adeba (Etiopía) —2.409 m—; México D.F. —2.301 m—.

Noticias del M

Noticias



» Sanidad elabora un plan para combatir la obesidad

Más de la mitad de los españoles sufre problemas de sobrepeso. Este porcentaje convierte la obesidad en uno de los principales retos de salud pública en nuestro país. Diabetes, hipertensión, apnea del sueño, riesgo cardiovascular o cáncer son sólo algunas de las muchas enfermedades provocadas o agravadas por esta nueva epidemia del siglo XXI.

Con el objetivo de concienciar a la sociedad española, el Ministerio de Sanidad y Consumo, en colaboración con distintas sociedades científicas, grupos de expertos, entidades empresariales y sociales y comunidades autónomas, ha elaborado una estrategia nacional que tiene en la nutrición y la actividad física los mejores aliados para la prevención de la obesidad y para conseguir una vida saludable.

La iniciativa, que está siendo desarrollada por la Agencia de Seguridad Alimentaria, se prolongará en el tiempo con medidas legislativas y una publicidad que impacte y conciencie a la sociedad. Además, se subrayarán los elementos más saludables presentes en los productos y se combatirán aquellos más nocivos. Igualmente, se regulará la publicidad de alimentos y bebidas para niños menores de 12 años, las franjas horarias de emisión y el modo de presentación de los productos.

Entre otros aspectos, la aplicación del plan pretende conseguir, a medio plazo, una reducción de la sal y los azúcares en los alimentos, así como un cambio en las grasas utilizadas habitualmente en la industria alimentaria. Para ello se cuenta con la voluntariedad de las empresas implicadas, quienes deberán adaptarse paulatinamente a las nuevas orientaciones del plan.

Desde el punto de vista de la obesidad infantil, cuya tasa se ha visto multiplicada por cuatro en los últimos veinte años, se aprobará un decreto para establecer las condiciones sanitarias de los comedores escolares y las dietas que deben ofrecerse en los menús de los niños. Asimismo, se regularán la instalación y el tipo de productos de las máquinas expendedoras.

Mundo Médico del Mundo Médico

» Artrosis, una nueva epidemia



En la actualidad se conocen cerca de 250 enfermedades reumáticas. De éstas, la artrosis es la de mayor prevalencia tanto en España como en el resto de los países occidentales; una incidencia que, según el informe *Artrosis en el horizonte 2005-2010*, impulsado por la Sociedad Española de Reumatología y el Instituto Zambon de lucha contra el dolor, se puede duplicar en unos años, hasta llegar a convertirse en una auténtica epidemia, si no se toman las medidas oportunas.

Factores como la obesidad o la sobrecarga que aparece por la excesiva práctica de deporte, se unen a la edad y a la predisposición familiar en la aceleración para la aparición de un proceso de artrosis.

Estamos ante una enfermedad crónica caracterizada por la degeneración del cartilago que facilita el movimiento de las articulaciones. En nuestro país, esta patología afecta a la cuarta parte de la población adulta, cifra que se incrementa a partir de los 60 años.

La Sociedad Española de Reumatología ha elaborado un decálogo en el que se recogen una serie de recomendaciones para enfrentar esta dolencia y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Mantener un peso constante, aplicar calor y frío en la articulación afectada, una medicación adecuada, fijar unos hábitos posturales correctos, realizar ejercicio de forma moderada o el uso de un calzado adecuado, son sólo algunos de estos consejos.

...Y para variar

La tradición de la **Semana Santa**

A finales del mes de marzo los católicos han conmemorado la muerte y resurrección de Jesucristo, una fiesta que se celebra en medio mundo gracias a la expansión que protagonizó durante la época de los Reyes Católicos o de Felipe II.

» Origen

Tras la muerte de su Hijo, la Virgen rezaba en los lugares que Jesús había recorrido el Viernes Santo. El hecho de poder realizar allí el Vía Crucis se convirtió en la meta de muchos peregrinos desde el siglo IV a raíz de la paz otorgada a la Iglesia por el emperador Constantino.

Sin embargo, no existe ninguna forma fija para esta devoción en los primeros siglos. Probablemente fueron los franciscanos los que establecieron en sus iglesias las catorce estaciones para que los fieles las recorriesen a imitación de los devotos peregrinos de Jerusalén. Parece que la forma definitiva, según se suele practicar hoy, surgió en España y de aquí se extendió a Cerdeña y a otros lugares.

» Diferentes formas, un mismo sentimiento

Como en nuestro país, pero con pequeñas diferencias, en la Semana Santa de México, Grecia, Italia, Filipinas o Israel, se conmemora la Pasión y Muerte de Cristo con ceremonias religiosas, procesiones y representaciones de penitentes en las que se encarna el camino hacia la crucifixión y la muerte de Cristo.

» Una fiesta sin fecha fija

La celebración de la Semana Santa se rige por el calendario litúrgico, por lo que no tiene una fecha fija en el calendario. La Iglesia establece su año litúrgico de acuerdo al ciclo lunar, de tal manera que los días de Jueves y Viernes Santo se establecen a partir de la luna llena que se

presenta entre finales de marzo y principios de abril. Así, el Jueves Santo coincide con la luna llena, ya que según la creencia Jesús celebró la última cena con sus discípulos una noche de luna llena.

Asimismo, la Semana Santa católica coincide con la fiesta de la Pascua judía. Tradicionalmente se cree que la noche que los judíos huyeron de Egipto había luna llena, lo que les permitió prescindir de las lámparas para que no les descubrieran los soldados del faraón.

Domingo de Ramos: Se celebra la unión del triunfo de Cristo y el anuncio de la Pasión con la proclamación de la narración evangélica en la Misa.

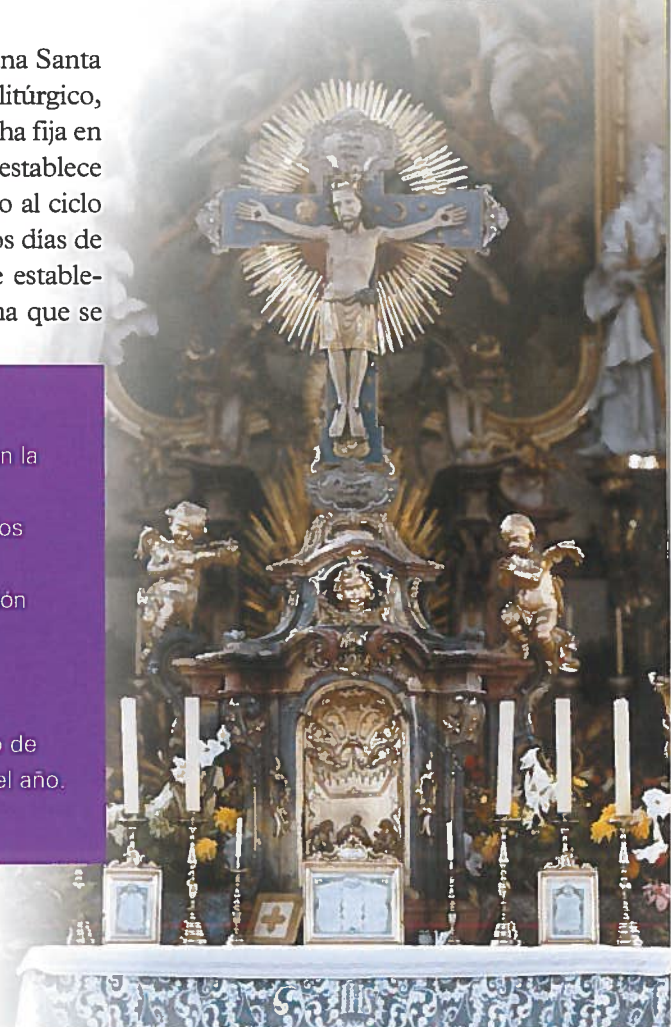
Días hasta el Jueves Santo: Tiempo cuaresmal, caracterizados por los últimos acontecimientos de la vida del Señor.

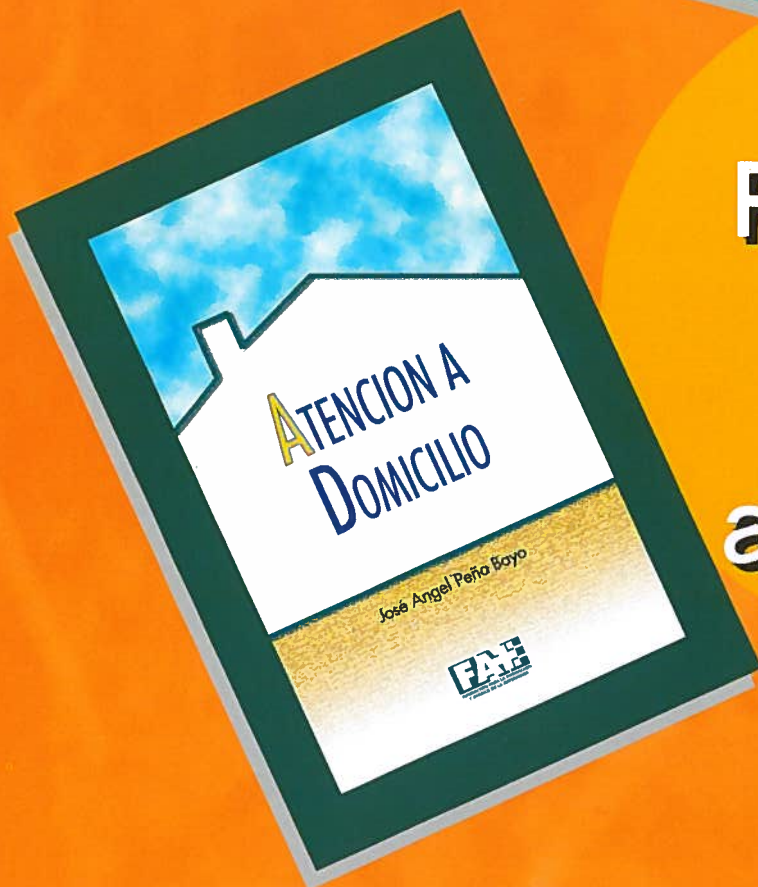
Jueves Santo: Se bendicen los óleos que se usarán para la celebración de los sacramentos.

Viernes Santo: Se celebra el Vía Crucis y se conmemora la muerte de Cristo.

Sábado de Gloria: Se celebra la vuelta del espíritu de Cristo al Reino de Dios. Antiguamente, en este día se bautizaba a los nacidos durante el año.

Domingo de Resurrección: Jesucristo resucita.





**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



PULEVA OMEGA 3,
la única que ha
demostrado
científicamente que
ayuda a reducir el
colesterol.



Para más información: 902 100 019 - www.pulevasalud.com o www.puleva.es