



n° 45 • Revista de Auxiliares de Enfermería
Primer Trimestre 2006



XVII CONGRESO NACIONAL de Auxiliares de Enfermería

Cuidados al paciente neumológico

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

FAE

FUNDACIÓN PARA LA FORMACIÓN
Y AVANCE DE LA ENFERMERÍA

PROGRAMA DE FORMACIÓN A DISTANCIA

NOVEDAD

CURSO ACADÉMICO 2005-2006

El programa de formación a distancia de FAE permite a los alumnos que no pueden acceder a la formación presencial mantener, no sólo los principios, sino la calidad de ésta consiguiendo una formación continuada adaptada a las necesidades particulares de cada AE/TCAE.

Con la intención de adecuar la oferta formativa a la demanda de los AE/TCAE ha incluido algunas novedades para el curso 2005-2006 y mantiene un programa actualizado y dinámico en el que se incluirán y ofertarán cursos específicos fuera de programa a demanda de los alumnos.

Se mantiene el sistema de tutorías por correo electrónico, permitiendo al alumno hacer consultas y peticiones en cualquier momento.

OFERTA FORMATIVA CARACTERIZADA POR:

- Mayor variedad de cursos y horas lectivas.
- Mínimo de 8 ediciones por curso.
- Máximo de 150 alumnos por curso.
- Cursos acreditados por la Comisión de Formación Continuada.



FAE: Tomás López, nº 3 1º Izda.
28009 Madrid
91 521 52 24 / 91 521 52 95
E-mail: cursosdistancia@fundacionfae.org

Cuidados paliativos	95 horas
Atención al paciente disminuido físico y psíquico	80 horas
Riesgos laborales en el medio sanitario	65 horas
Úlceras por presión	65 horas
Cuidados materno-infantiles	65 horas
Cuidados al paciente con Alzheimer y otras demencias	65 horas
Cuidados al paciente trasplantado	65 horas
Cuidados en salud mental y psiquiatría	40 horas
Atención a domicilio	65 horas
Prevención cardiovascular	40 horas
Cuidados intensivos	40 horas
Aparato digestivo. Patologías	20 horas

BOLETÍN DE MATRICULACIÓN (Cumplimentar con letra de imprenta)

NOMBRE Y APELLIDOS _____ N.I.F. _____ (Indicar en la Transferencia)
DOMICILIO _____ Nº _____ PISO _____ C.P. _____ LOCALIDAD _____
PROVINCIA _____ TLF. _____ MÓVIL _____ E-MAIL _____ AFILIADO SI NO Nº AFILIACIÓN _____

MARQUE CON "X" EL CURSO O CURSOS DESEADOS

<input type="checkbox"/> Atención a domicilio	(65 h. 9,1 créditos)	48,08 €	72,12 €
<input type="checkbox"/> Cuidados al paciente con Alzheimer y otras demencias	(65 h. 7,2 créditos)	48,08 €	72,12 €
<input type="checkbox"/> Cuidados materno-infantiles	(65 h. 7,7 créditos)	48,08 €	72,12 €
<input type="checkbox"/> Atención al paciente disminuido físico y psíquico	(80 h. 5,1 créditos)	60,10 €	84,14 €
<input type="checkbox"/> Riesgos laborales en el medio sanitario	(65 h. 6,5 créditos)	48,08 €	72,12 €
<input type="checkbox"/> Úlceras por presión	(65 h. 7,9 créditos)	48,08 €	72,12 €
<input type="checkbox"/> Cuidados al paciente trasplantado	(65 h. 6,6 créditos)	48,08 €	72,12 €
<input type="checkbox"/> Cuidados intensivos	(40 h. 6,6 créditos)	36,06 €	60,10 €
<input type="checkbox"/> Prevención cardiovascular	(40 h. 4,2 créditos)	36,06 €	60,10 €
<input type="checkbox"/> Aparato digestivo. Patologías	(20 h. 3,5 créditos)	30,05 €	54,09 €
<input type="checkbox"/> Cuidados paliativos	(95 h. 5,0 créditos)	72,12 €	96,16 €
<input type="checkbox"/> Cuidados en salud mental y psiquiatría	(40 h. 4,3 créditos)	36,06 €	60,10 €

PRECIO AFILIADO	PRECIO NO AFILIADO
48,08 €	72,12 €
48,08 €	72,12 €
48,08 €	72,12 €
60,10 €	84,14 €
48,08 €	72,12 €
48,08 €	72,12 €
48,08 €	72,12 €
36,06 €	60,10 €
36,06 €	60,10 €
30,05 €	54,09 €
72,12 €	96,16 €
36,06 €	60,10 €

MATRÍCULA: Abierta y permanente.

FORMA DE PAGO: Mediante ingreso o transferencia a favor de "FAE" en el Banco Popular. C/C Nº 0075-0079-51-0601414663.

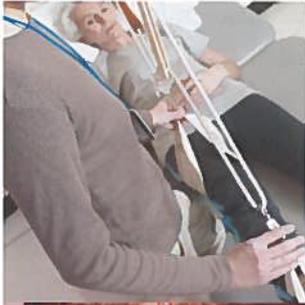
No se admitirá boletín alguno que no esté debidamente cumplimentado. La formalización total de los cursos solicitados se realizará cuando se verifique el pago correspondiente.

TOTAL

TOTAL



Sumario



04 SANIDAD ON LINE. El convenio firmado por el Ministerio de Sanidad y el de Industria impulsará la informatización del SNS a partir de 2007. **07 POLIO CON 10 AÑOS Y POST-POLIO CON 50.** Entre un 50 y un 80% de las personas que padecieron polio durante su infancia se enfrentan en la edad adulta al síndrome post-polio. **11 XVII CONGRESO NACIONAL DE AUXILIARES DE ENFERMERÍA.** "Cuidados al paciente neumológico" es el tema sobre el que se debatirá en La Rioja los próximos días 31 de mayo y 1 y 2 de junio. **13 EL PACIENTE NEUMOLÓGICO.** Un completo estudio sobre el aparato respiratorio y las técnicas diagnósticas, terapéuticas y preventivas necesarias es imprescindible para el correcto tratamiento del paciente neumológico. **37 LA TRANSFORMACIÓN ADOLESCENTE (I).** El paso de la pubertad a la edad adulta supone un triple cambio biológico, psíquico y social que denominamos adolescencia. **44 TERAPEUTAS CON CUATRO PATAS.** Las terapias asistidas con animales de compañía reportan numerosos beneficios tanto desde el punto de vista emocional como físico.



CONSEJO EDITORIAL DE NOSOCOMIO

DIRECTORA Dolores Martínez Márquez **REDACCIÓN** Montse García, Cristina Botello, Javier Villoslada **COMITÉ CIENTÍFICO** José Ángel Peña, Agustina Sánchez
COLABORADORES BERBÉS ASOCIADOS. PLANNER MEDIA, PULEVA **EDITA** FAE (Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería). Tomás López nº 3, 1º izq.
28009 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:** 1133-3847
La empresa editora no se hace responsable de las opiniones que los colaboradores de NOSOCOMIO puedan expresar en estas páginas.

HACE TIEMPO QUE PROFESIONALES Y USUARIOS DE LA SANIDAD venimos demandando mayores facilidades y mejores condiciones de acceso a los recursos disponibles mediante la implantación de nuevos modelos que mejoren los procesos asistenciales y se presenten más válidos que los actuales.

Las nuevas tecnologías son una herramienta que, aplicada con criterio y facilitando los recursos materiales y formativos necesarios, pueden ahorrar tiempos de espera, suprimir colas innecesarias y agilizar el funcionamiento de los recursos sanitarios.

La informatización progresiva de todas las actividades de los servicios sanitarios ha contado con experiencias más o menos satisfactorias, pero la tendencia es imparable y todos debemos estar preparados para el cambio a gran escala.

Prueba de ello es el proyecto *Sanidad en línea*, con el que quieren implantarse en todo el país avances como hacer compatible la tarjeta sanitaria en todas las comunidades autónomas, pedir cita médica por internet o disponer de la historia clínica en formato electrónico.

El objetivo es que en pocos años estos elementos sean de uso común por parte de usuarios y profesionales, adecuando el desarrollo de estas nuevas tecnologías a las necesidades, cumpliendo así expectativas generales y garantizando la satisfacción de unos y otros.

Toda novedad que facilite el acceso en condiciones a una sanidad pública y de calidad, garantizando que todo el mundo pueda acceder a los medios necesarios, debe ser bienvenida, siempre y cuando exista la capacidad de blindarse frente a los fallos de los sistemas operativos y se protejan los derechos de aquellos que lo integran.

Buzón de sugerencias

AVANCES EN LA MEDICINA

Sebastián Losada

CÓRDOBA

La imagen de una mujer a la que, por primera vez en la historia de la cirugía, se le ha trasplantado un rostro ajeno ha dado recientemente la vuelta al mundo. Hace años que los trasplantes de órganos son una realidad, al igual que las prótesis de muchas partes del cuerpo, pero es innegable que con esta operación se ha ido un paso más allá.

Aparte del planteamiento ético —¿cómo reaccionaríamos si viéramos el rostro de un familiar o conocido muerto en el cuerpo “vivito y coleando” de otra persona?—, esta intervención supone una gran esperanza para el tratamiento de muchos casos que hasta ahora tenían difícil solución.

Las declaraciones de esta mujer francesa deben hacernos ser optimistas al respecto. Ella es la primera a la que le ha cambiado la vida. Aunque la cara no sea un órgano vital como pueda ser el caso del corazón, sí es fundamental para el equilibrio psíquico de una persona. Por eso noticias así, aparte de ser históricas, deben servir de acicate para aquellos retos que todavía restan conseguir en la sanidad actual.

CUANDO MÁS SE NECESITA

Cristina Fernández

VIGO

Rehabilitarse de una adicción no es algo sencillo. Las recaídas en el proceso y las vueltas al infierno del que se está intentando escapar son desgraciadamente habituales. Por eso, dar apoyo e insistir en los momentos difíciles en la importancia de no dejarse vencer es lo más importante que los cuidadores podemos hacer.

RECONOCIMIENTO EN ALZA

Piedad Rubio

MADRID

Un sentimiento muy común entre los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería es que nos vemos, respecto a otros colectivos, con escaso reconocimiento y valoración como profesionales. Parte de culpa la habremos tenido al no plantar cara o decir “basta” cuando debíamos. Pero ello no significa que tengamos que ver nuestras posibilidades por debajo de las de otros.

Hemos conseguido avances, unos a pequeña escala y otros a nivel más general, así que no hay que menospreciarse y pensar que, no es que seamos importantes, es que somos imprescindibles.

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:

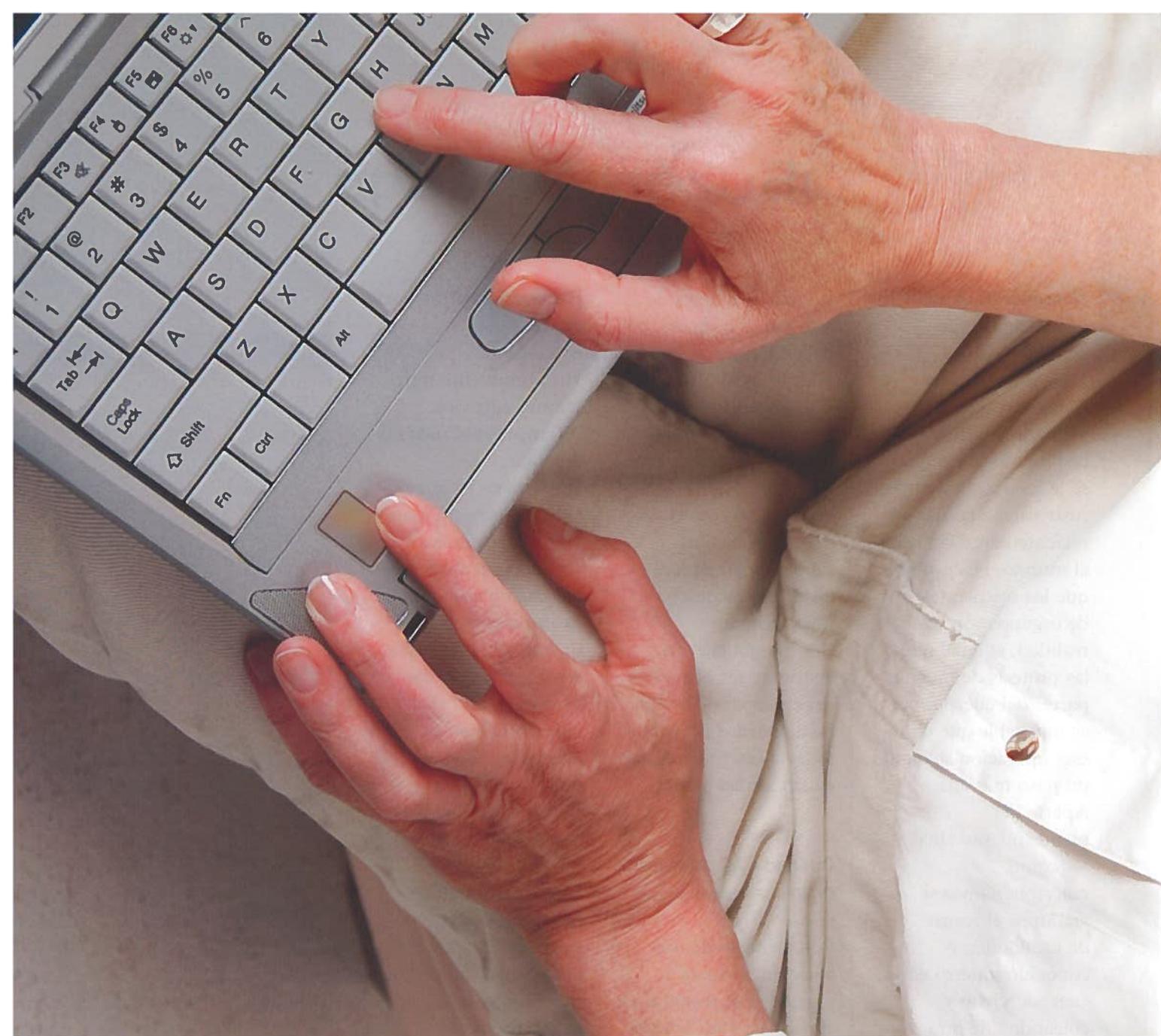
NOSOCOMIO

Tomás López, 3 - 1º izq.

28009 Madrid

E-mail:

administracion@fundacionfae.org



Sanidad

La tarjeta sanitaria, la historia clínica electrónica, la cita médica por Internet, la receta electrónica o la telemedicina son algunas de las aplicaciones que implica la iniciativa *Sanidad en línea* y que comenzarán a materializarse, de forma secuencial, a partir de 2007.

TEXTO Cristina Botello



on line

EL CONVENIO FIRMADO por el Ministerio de Sanidad y el Ministerio de Industria, Turismo y Comercio nace con el objeto de impulsar la completa informatización del Sistema Nacional de Salud (SNS), garantizando la interconexión e interoperabilidad entre los distintos sistemas de información operativos

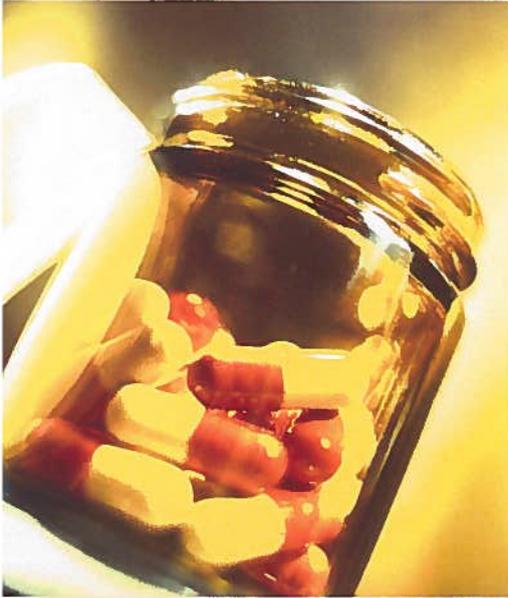
en las comunidades autónomas y el del propio Ministerio de Sanidad.

Con la puesta en práctica de esta iniciativa se verá mejorada la atención sanitaria prestada a los usuarios del Sistema Nacional de Salud, con ayuda de las TIC (se incluye infraestructura, equipamiento y conectividad y soporte o

mantenimiento), y se garantizará la movilidad geográfica a lo largo de nuestro país.

» Financiación

Esta idea, que se enmarca dentro del Plan Avanza del Ministerio de Industria, cuenta con una dotación



El usuario podrá obtener sus medicamentos sin ningún tipo de obstáculo en cualquiera de las farmacias del Sistema Nacional de Salud, independientemente de la Administración sanitaria territorial en la que se haya recetado el fármaco.

por parte del Estado (a través de Red.es) de 141 millones de euros, de los cuales 140 provienen de Industria y uno de Sanidad. No obstante, esta cifra inicial podría ascender hasta los 252 millones de euros, ya que la adhesión de todas las comunidades autónomas aportaría 111 millones más al proyecto.

La materialización de los objetivos marcados se llevará a cabo a través de convenios bilaterales con cada comunidad. Así, la financiación aportada por el Estado, según Elena Salgado, ministra de Sanidad, variará en función de si las comunidades autónomas pertenecen o no a las regiones calificadas como objetivo 1 según los criterios aplicados por el programa europeo Feder. De esta forma, las comunidades objetivo 1 tendrán que asumir un 40% del gasto, mientras que el resto de comunidades deberán aportar el 50% de la inversión realizada.

Asimismo, se invertirán 25 millones de euros adicionales con el fin de reforzar el nodo central de información del Sistema Nacional de Salud, localizado en el Ministerio de Sanidad. Por tanto, desde este organismo se coordinarán todas las actuaciones sanitarias a escala nacional, asegurando la interoperatividad entre todo el SNS, e incluso con algunos de los sistemas vigentes en otros países de nuestro entorno europeo.

» E-receta

La receta electrónica, e-receta, que se espera esté operativa, junto a la historia clínica, antes de finales de 2007, reportará importantes beneficios para el usuario de la sanidad.

La atención al paciente se verá mejorada, ya que los facultativos

podrán dedicar más tiempo a esta labor, desentendiéndose de la extensión de recetas para dar continuidad a los tratamientos.

En este sentido, la prescripción en un solo acto de los fármacos que se estimen convenientes, así como la dosis adecuada y la duración del tratamiento en cada caso, beneficiará fundamentalmente a los enfermos crónicos, evitándoles el tener que acudir periódicamente a su centro de salud.

Además, el usuario podrá obtener sus medicamentos sin ningún tipo de obstáculo en cualquiera de las farmacias del Sistema Nacional de Salud, independientemente de la Administración sanitaria territorial en la que se haya recetado el fármaco.

Con respecto a los proyectos de receta electrónica que actualmente existen en comunidades como Andalucía, País Vasco, Cataluña o Valencia, la ministra de Sanidad explicó que estos sistemas se podrán aprovechar, siempre que sean interoperables en el Sistema Nacional de Salud.

En este sentido, los únicos problemas que pueden aparecer son los referidos a la interconexión entre las distintas bases de datos de usuarios y la compatibilidad de la tarjeta sanitaria, ya que actualmente existen tarjetas con banda magnética (Cataluña) y otras con chip (Andalucía).

Si se cumplen todos los objetivos marcados en *Sanidad en línea*, a partir de 2007 los usuarios del SNS tendrán la posibilidad, entre otras, de acceder de forma rápida y sencilla a su historia clínica o de consultar en tiempo real la agenda de citas del facultativo y seleccionar la fecha y hora que más se ajuste a sus necesidades.

Polio con 10 años **y** post-polio con 50

La OMS planeó erradicar la polio en el año 2005. En 1988 había 350.000 casos de poliomiélitis en todo el mundo, e inició una campaña de vacunaciones en aquellos países en los que todavía no era una práctica habitual.

En España muchas personas padecieron polio hasta que, a finales de la década de los setenta, con la extensión de la vacuna comenzó a erradicarse, y desde 1989 no ha habido ningún enfermo de polio. Junto a este esperanzador panorama, un alto porcentaje, calculado entre el 50 y el 80% de los que, entonces niños, padecieron polio, se enfrentan ahora al síndrome post-polio ante una realidad de silencios y discriminaciones contra la que luchan cada día.

TEXTO Montse García

después de haber padecido poliomiélitis en su infancia tienen un nombre: síndrome post-polio (SPP), descritos en la literatura médica desde 1875.

Lola Corrales y Juan Carlos Pérez, presidenta y secretario de la Asociación de Afectados de Polio y Síndrome Post-Polio, afirman que hay discriminación y abandono por parte de la administración sanitaria: "es una vergüenza que personas que han luchado mucho y a las que les ha costado tanto salir adelante se enfrenten nuevamente ahora, cuando empiezan a padecer los síntomas del síndrome, al desconocimiento a pesar de que se conoce desde 1875".

» ¿Qué es el síndrome post-polio?

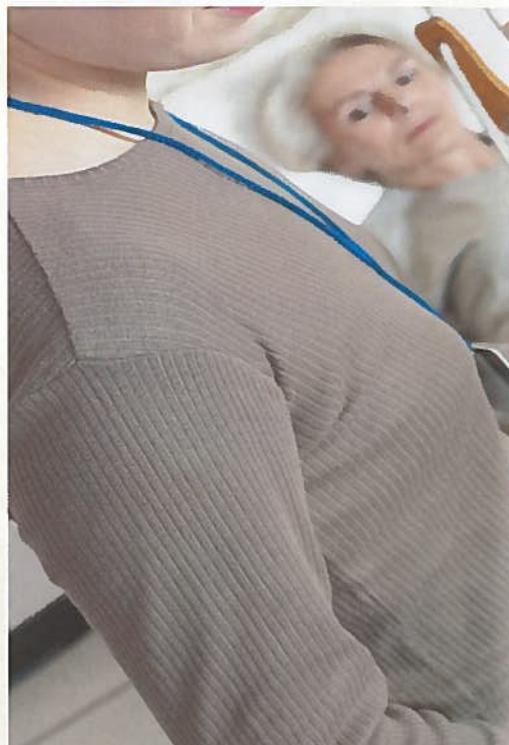
El SPP es una afección neurológica que produce un conjunto de síntomas en personas que, muchos años antes, habían sufrido un ataque de poliomiélitis del cual se habían recuperado. Los síntomas más frecuentes son la fatiga y la debilidad muscular progresiva con pérdida de función acompañada de dolor, sobre todo, en músculos y articulaciones. Estos síntomas aparecen entre los 30 y 40 años después de la fase aguda de la enfermedad, si bien no en todas las personas afectadas de polio se va a desencadenar el SPP.

En 1998, un grupo de amigos movidos por la curiosidad teclean en un buscador de Internet "polio". Cuando empiezan a traducir los documentos encontrados en inglés se ven reflejados en ellos y los síntomas que aparecen en la madurez



Lola Corrales y Juan Carlos Pérez, presidenta y secretario de la Asociación de Afectados de Polio y Síndrome Post-polio.

En 1988 se inició una campaña mundial de vacunación para erradicar la enfermedad que ha resultado muy efectiva; el número de casos de polio descendió de unos 350.000 en 1988 a 1.918 en 2002; 784, en 2003, y 1.267, en 2004. En 1988, 125 países presentaban casos de polio, mientras que en 2004 sólo 18 países estaban afectados. El objetivo de la OMS con esa campaña masiva de vacunación era la erradicación de la poliomielitis en todo el mundo en 2005. Sin embargo, aunque en 2002 la enfermedad sólo estaba presente en 9 países, al año siguiente se produjo en Nigeria un brote de poliomielitis que se propagó por los países vecinos. América obtuvo la certificación de región sin poliomielitis en 1994; el Pacífico Occidental, en 2000; y Europa, en 2002.



Se cansan con facilidad y sus músculos se debilitan, aparecen problemas al tragar, dificultades respiratorias, intolerancia al frío, problemas para la concentración y para el sueño. “Los síntomas empiezan a aparecer lentamente, cada vez vas dejando de hacer más cosas. Si trabajas —la inmensa mayoría está en edad laboral— tu vida se limita prácticamente a descansar para poder trabajar y cada vez vas haciendo menos cosas.”

A cambio, el silencio, la falta de respuestas a sus preguntas. “Hay un problema generacional, los médicos jóvenes no han conocido la polio y muchos de los médicos mayores parece que quisieran ocultar determinadas actuaciones respecto a la escasa difusión que tuvieron las vacunas, a las mentiras difundidas sobre su validez, respecto a muchas intervenciones quirúrgicas que se realizaron sin las más mínimas garantías, e incluso respecto al trato, casi deshumanizado, que muchos niños recibían entonces en



los hospitales. El caso —continúa Lola Corrales— es que hubo un gran daño entonces y lo hay ahora, porque nos sentimos igual de desatendidos y discriminados.”

Las secuelas de los afectados por poliomiélitis son muy diversas: algunas personas se recuperaron estupendamente, otros presentan determinadas deformidades o su movilidad está supeditada al uso de una sillas de ruedas, e incluso algunos ni siquiera son conscientes de haber padecido la enfermedad. La mayoría ha vivido pendiente de revisiones y citas médicas, y para todos ellos, y en todos los casos, parece no existir ningún tipo de conocimiento al respecto. “¿Dónde está la experiencia acumulada, después de tantas intervenciones quirúrgicas, de tanto estudio?” se cuestionan los afectados.

Ni siquiera hay cifras reales respecto al número de afectados de polio. Algunos estudios la cifran en 300.000 personas, por lo que, extrapolando las cifras existentes en otros

países de personas que han padecido posteriormente el síndrome post-polio, habría un 50% de afectados en la actualidad. “Por eso, desde la asociación estamos luchando, igualmente, por conseguir un censo real, ya que para actuar sobre un colectivo hay que saber cuánta gente lo integra y, sobre todo, las necesidades reales del mismo. Necesitamos un centro de referencia y ser atendidos por equipos multidisciplinares en los que participen neurólogos, fisioterapeutas, psicólogos... Necesitamos que los médicos estén más formados, más informados y mejor coordinados porque a veces pasan años hasta que consigues un diagnóstico acertado, y mientras te vas debilitando”, afirman los responsables de la asociación.

Desde que en febrero de 2000 se constituyera la Asociación de Afectados de Polio y Síndrome Post-Polio, ésta ha llevado a cabo una intensa labor de difusión de su situación y problemas, ha mantenido contactos con las

administraciones, con el Ministerio, con los partidos políticos. Incluso en diciembre de 2003 presentó una querrela criminal en los Juzgados de lo Penal de la Plaza de Castilla de Madrid “por delito de lesiones dolosas que causan una enfermedad grave y/o cualquier otro que pueda aparecer a lo largo de investigación”. Para la asociación, “la Administración española (Ministerio de Sanidad y Consumo, entre otros), a pesar de que sabía y conocía la existencia del Síndrome Post-Polio, silenció la existencia del mismo de forma voluntaria con plena consciencia y voluntad de los irreparables perjuicios, daños físicos y psíquicos que se les ocasionaría a todos los enfermos de polio y de síndrome post-polio. Su actuación fue omitir deliberadamente la divulgación de la existencia del síndrome post-polio, permitiendo, conscientemente, que todas las personas que lo padeciesen, las que lo están padeciendo en estos momentos y las

En 1580-1350 a.C. una estela egipcia muestra a un hombre con una pierna claramente atrofiada. En 1789 el médico inglés Michael Underwood ofrece la primera descripción clínica de la polio, refiriéndose a ella como una “debilidad de las extremidades inferiores”, y en 1840 el médico alemán Jacob von Heine publica una monografía de 78 páginas que describe la enfermedad y la relaciona con la médula espinal. En 1894 aparece la primera gran epidemia de polio en Vermont, EE.UU.



que lo padecerán en el futuro, fueran objeto de terribles lesiones”.

La querrela ha sido admitida a trámite, pero las administraciones, salvo la edición de un folleto que se distribuyó a los colegios profesionales y un informe elaborado por el Instituto de Salud Carlos III, no han llevado a cabo ningún tipo de actuación concreta.

En Europa hay un millón y medio de supervivientes de la polio-mielitis. Su batalla para que esta nueva enfermedad se reconozca ha llegado hasta las instancias de la

Unión Europea. Los ministros de Sanidad de los Quince aprobaron una propuesta consistente en intentar atender a los afectados, incluso con prestaciones de invalidez cuando sean necesario. Bélgica propuso que todos los países faciliten más información, más tratamientos y prestaciones por invalidez para aquellos que ya no pueden seguir trabajando. Como su aprobación no tiene carácter vinculante, puede quedar en una declaración de buenas intenciones si después cada ministro lo olvida en un cajón.

ASOCIACIÓN DE ENFERMOS DE POLIO Y SÍNDROME POST-POLIO

Luis de Hoyos Sainz, 18

Tel.: 686 000 171

28030 Madrid

www.postpolioinfor.org

información@postpolioinfor.org

Sabemos que...

En 1789 el médico inglés Michael Underwood ofrece la primera descripción clínica de la polio, refiriéndose a ella como una “debilidad de las extremidades inferiores”, y en 1840 el médico alemán Jacob von Heine publica una monografía de 78 páginas que describe la enfermedad y la relaciona con la médula espinal. En 1894 aparece la primera gran epidemia de polio en Vermont, EE.UU., y en 1908 dos médicos austriacos, Karl Landsteiner y Erwin Popper, identifican el poliovirus causante de una enfermedad que en la década de mayor virulencia (1940-1950) paralizó a 21.000 niños.

En 1952 el médico y epidemiólogo Jonas Salk comenzó a trabajar su vacuna utilizando el virus inactivo y la utilizó masivamente en 1954. En 1962 la vacuna de Salk fue reemplazada por la de Sabin, que se administraba por vía oral y utiliza el virus vivo debilitado. Ésta ofrecía una indemnización mucho más prolongada con una protección para toda la vida. Los casos de enfermos de poliomielitis empezaron a descender drásticamente. La poliomielitis es la inflamación de la materia gris de la médula espinal. El nombre proviene de las palabras griegas *polios* (gris)

y *myelos* (médula). Se la conoce como parálisis infantil o enfermedad de Heine-Medin, y se cree que se trasmite sigilosamente a través de las heces y la saliva, atacando los intestinos y luego cerniéndose sobre el sistema nervioso. Una vez allí, puede paralizar los músculos, despojándolos de las señales nerviosas que estos necesitan para contraerse. Con los nervios muertos para recibir una señal, los músculos se atrofian por falta de uso. Durante las epidemias, aproximadamente uno de cada mil casos terminaba en parálisis.

XVII CONGRESO NACIONAL de Auxiliares de Enfermería



Insuficiencia respiratoria, hipertensión pulmonar, cáncer de pulmón, neumonía o la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, entre otras, son sólo algunas de las enfermedades respiratorias que constituyen la tercera causa de muerte en España, siendo responsables de entre el 12 y el 15% de los fallecimientos anuales. Además, estas patologías suponen en torno al 25% de las consultas ambulatorias que se llevan a cabo cada año.

TEXTO Cristina Botello

ESTOS DATOS acentúan la relevancia que tienen las patologías neurológicas en nuestro país y la importancia que tiene un correcto y actualizado conocimiento sobre las mismas por parte de los profesionales sanitarios. Desde esta óptica, la Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería (FAE) y el Sindicato de Auxiliares de Enfermería (SAE) han organizado la XVII edición del Congreso de Auxiliares de Enfermería en torno a los “Cuidados al paciente neurológico”.

Durante los días 31 de mayo y 1 y 2 de junio, el Palacio de Congresos y Auditorio de La Rioja, el RiojaForum, será el escenario donde



ponentes y congresistas intentarán potenciar las actitudes necesarias para conocer las peculiaridades de los enfermos con afectaciones y trastornos respiratorios, convirtiéndose así esta nueva edición en un foro de intercambio de conocimientos sobre métodos, tratamientos, datos y características que redundarán en la aplicación de Cuidados Técnicos de Enfermería en el paciente neumológico.

El Congreso pretende ofrecer una visión global que posibilite el conocimiento profesional de las unidades de Neumología. Así se destacarán aspectos como el conocimiento del manejo de las nuevas tecnologías de los equipos usados en las técnicas de ventilación asistida para la aplicación y el cuidado y mantenimiento del aparataje.

Igualmente, durante estas tres jornadas se subrayará la importancia que tiene contribuir dentro del equipo multidisciplinar a la educación del paciente neumológico, ayudándole a conocer los factores de riesgo fundamentales, motivándole con una correcta comunicación y valorando como profesionales los métodos de autocuidados que se le deben inculcar.

» Programa científico

El programa científico correrá a cargo de prestigiosos profesionales relacionados con el campo de la Neumología. Entre las ponencias previstas destaca la del Dr. D. Carlos Emparán García de Salazar, doctor en cirugía de la F.H. de Calahorra de La Rioja, sobre los "Procesos asistenciales neumológicos según norma ISO 9001:2000 en la FHC"; "La braquiterapia endobronquial en el tratamiento

de los tumores del pulmón", a cargo de Dr. D. Jesús Ángel Escobar Sacristán, neumólogo del H. Central de la Defensa Gómez Ulla; "El tabaquismo en el medio sanitario", tema de actualidad que explicará ampliamente el Dr. D. José Luis Alcázar Serrano, FEA en neumología del H.U. Central de Asturias; "Enganchados a un respirador, ¿merece la pena?", que impartirá D. Javier Amado Canillas, enfermero-supervisor de Neumología del H. Doce de Octubre de Madrid.

Durante los tres días, las intervenciones de los ponentes se alternarán con las de los Auxiliares de Enfermería, quienes presentarán comunicaciones sobre diferentes aspectos de la neumología.

» 16 años de congreso

La trayectoria del Congreso de Auxiliares de Enfermería, a lo largo de estos 16 años, ha convertido este evento en una cita imprescindible para los profesionales Auxiliares de Enfermería, ya que la calidad de las ponencias y comunicaciones, así como la relevancia tanto desde el punto de vista profesional como social de los temas tratados, convierten este acontecimiento en un foro de encuentro y discusión muy enriquecedor tanto para los congresistas como para los ponentes.

Las características y estructura del congreso, así como los temas tratados, entre los que cabe citar la hospitalización domiciliaria, el alzheimer, los trasplantes, los cuidados en oncología, o la cirugía estética, han hecho posible que cerca de 700 congresistas asistan anualmente a esta cita, declarada de interés científico-sanitario por el Ministerio de Sanidad y Consumo.

El paciente neumológico

La neumología es la especialidad médica que comprende el estudio del aparato respiratorio, tanto el de su fisiología o funcionamiento, como la investigación de sus enfermedades. Del mismo modo se ocupa también de las técnicas diagnósticas, terapéuticas y preventivas, necesarias para llevar a cabo de un modo acertado este estudio.

TEXTO Segismundo Solano Reina
Coordinador de Neumología.
CEP Hermanos Sangro
Atención Especializada. Área Sanitaria
nº 1. Madrid

EL MÉDICO que ejerce esta especialidad es el neumólogo. Entre las enfermedades más frecuentes que afectan al aparato respiratorio (*tabla 1*), destacan los procesos respiratorios bronquiales obstructivos, como el asma y la EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica), las infecciones respiratorias, los trastornos respiratorios relacionados con el sueño (apnea obstructiva del sueño), las enfermedades intersticiales como

la silicosis o la fibrosis pulmonar, el cáncer de pulmón y las enfermedades mediastínicas.

La función principal del aparato respiratorio es, mediante la inspiración, llevar el oxígeno a los alveólos pulmonares y desde allí, a través de la sangre, transportarlo hasta los diferentes órganos y tejidos para su correcta oxigenación.

La sangre que retorna de los tejidos periféricos es pobre en oxígeno y contiene anhídrido carbónico



(CO₂), que se elimina al exterior mediante la espiración. Este ciclo se repite decenas de veces cada minuto.

» Importancia de las enfermedades respiratorias

Las enfermedades respiratorias constituyen un importante problema de salud pública por su elevada frecuencia y su alta morbi-mortalidad.

Las infecciones respiratorias constituyen el motivo más frecuente de consulta por causa infecciosa, tanto en atención primaria como en los servicios de urgencias hospitalarios. En estudios realizados en centros de atención primaria, el 23% de las consultas médicas en adultos, y el 60% de las pediátricas, eran debidas a procesos infecciosos, de los cuales, aproximadamente, 2 de cada 3 eran de tipo respiratorio.

Aparte de su frecuencia, la importancia de la infección respiratoria radica en su morbi-mortalidad. Se estima que la mortalidad a nivel mundial supera los 50 millones de personas al año, siendo los mayores de 70 años el grupo de edad

en el que se produce una mayor mortalidad.

En el caso de España, el envejecimiento de la población hace aumentar la probabilidad de una elevada prevalencia de la infección respiratoria. La reagudización infecciosa de la EPOC constituye el 15% de las infecciones, requiriendo ingreso hospitalario el 40% de los enfermos. La neumonía continúa siendo en nuestros días un importante problema de salud, debido fundamentalmente a su frecuencia, morbi-mortalidad y coste económico. Es la novena causa de muerte en España y la primera en lo que se refiere a mortalidad por enfermedades infecciosas.

El asma y la EPOC son dos grandes entidades respiratorias crónicas muy frecuentes. El asma es un importante problema de salud por su elevada incidencia, más del 5% de la población, afecta a los niños y a los jóvenes, con gran impacto económico para el sistema nacional de salud y con una gran repercusión social.

La EPOC también es un trastorno muy prevalente, su factor causal

es el tabaquismo. Si no existiera el consumo de tabaco, los neumólogos difícilmente diagnosticaríamos esta enfermedad.

Estudios recientes señalan que afecta en nuestro país al 9% de la población de edad comprendida entre los 40 y 70 años, lo que implica que más de 1 millón de personas en estos márgenes de edad la padecen. Además, actualmente es la cuarta causa de muerte y, a diferencia de lo que ocurre con otras enfermedades crónicas, esta mortalidad no ha dejado de aumentar en los últimos 10 años.

» Factores causales de las enfermedades respiratorias

Uno de los principales determinantes de enfermedades respiratorias es el hábito tabáquico, especialmente el consumo de cigarrillos. La EPOC y el cáncer de pulmón son las dos enfermedades respiratorias más importantes que ocasiona esta adicción. De hecho, el 90% de los pacientes diagnosticados de EPOC son fumadores. Lo mismo ocurre con el cáncer de pulmón, donde el

Decálogo de consejos para el paciente

- 1 Practique hábitos saludables: no fume, evite el alcohol.
- 2 Beba abundantes líquidos (agua, zumos, infusiones, etc.).
- 3 Controle su peso.
- 4 Haga ejercicio regularmente, camine cada día.
- 5 Vacúnese contra la gripe y la neumonía neumocócica si se lo indica su médico.
- 6 Evite el contacto directo con personas diagnosticadas de infección respiratoria.
- 7 Evite los ambientes cargados de polvo, humos y sustancias tóxicas.
- 8 Higiene del sueño: mantenga un horario y trate que la hora de acostarse y levantarse sea estable.
- 9 No se automedique, si le han prescrito antibióticos cumpla el tratamiento según la pauta indicada.
- 10 Si persisten los síntomas o nota algún efecto adverso de la medicación, vuelva a acudir a su médico.



tabaco es el principal responsable de la aparición de estos tumores.

El tabaquismo pasivo (contaminación ambiental por humo de tabaco), ya sea en el domicilio o en el lugar de trabajo, puede empeorar las enfermedades respiratorias crónicas y ser un factor de riesgo para la aparición de asma bronquial, tumores y padecer cardiopatía isquémica.

La inhalación de sustancias tóxicas y polvos inorgánicos, están asociadas a neumoconiosis (amianto y sílice).

La exposición a agentes microbianos concretos, como consecuencia de estar en contacto con personas afectadas de infecciones respiratorias, puede ser fuente de contagio y diseminar la infección a personas previamente sanas.

» Técnicas diagnósticas en neumología

La exploración funcional respiratoria es una de las pruebas complementarias en las que se basa el

Tabla nº 1: Enfermedades respiratorias más frecuentes

1. Enfermedades pulmonares obstructivas:
 - Asma bronquial
 - Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC): Bronquitis crónica y Enfisema pulmonar
 - Bronquiectasias
2. Tabaquismo activo/pasivo
3. Fibrosis quística
4. Infecciones respiratorias (Neumonías, EPOC reagudizado)
5. Apnea obstructiva del sueño
6. Cáncer de pulmón
7. Silicosis
8. Fibrosis pulmonar
9. Alteraciones de la circulación pulmonar
10. Enfermedades pleurales
 - Derrame pleural
 - Neumotórax
 - Tumores pleurales
11. Enfermedades del Mediastino
12. Insuficiencia respiratoria aguda y crónica



estudio de los pacientes respiratorios. Las pruebas más utilizadas son la espirometría y la gasometría arterial. Recientemente está adquiriendo cada vez más importancia la poligrafía respiratoria para descartar trastornos del sueño.

La espirometría se realiza mediante un dispositivo denominado espirómetro. Sirve para medir la cantidad de aire espirado desde los pulmones después de hacer una inspiración profunda, en función del tiempo. Es un procedimiento esencial para el diagnóstico de la EPOC y del asma bronquial.

La gasometría arterial es una medición directa del oxígeno existente en la sangre arterial. Es necesario realizar una punción, generalmente en la arteria radial, a la altura de la muñeca.

La poligrafía nocturna se realiza a los enfermos sospechosos de padecer apnea del sueño. Registra la saturación arterial de oxígeno, el flujo de

El tabaquismo pasivo (contaminación ambiental por humo de tabaco), ya sea en el domicilio o en el lugar de trabajo, puede empeorar las enfermedades respiratorias crónicas y ser un factor de riesgo para la aparición de asma bronquial, tumores y padecer cardiopatía isquémica.

aire que entra y sale de los pulmones y los movimientos respiratorios.

La radiografía de tórax permite objetivar si hay o no lesión pulmonar. Otra prueba útil para el diagnóstico es la fibrobroncoscopia que nos va a facilitar la visión directa de la vía aérea, y obtener muestras para estudios microbiológicos y citológicos.

Bibliografía

- J. ROMERO VIVAS et al.: "Estudio de las infecciones respiratorias extrahospitalarias". *Enferm Infecc Microbiol Clin* 1997; 15: 289-298.
- NEUMOMADRID: *Manual de Neumología Clínica*. Editorial Luzan, Madrid, 1999.
- SEPAR: *Manual de Neumología y Cirugía Torácica*. Editores Médicos, Madrid, 1998.

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/ Tomás López, 3º - 1º izq. 28009 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/ Tomás López, 3 - 1º izq. 28009 Madrid.

Caídas en los ancianos institucionalizados



La tendencia a sufrir caídas aumenta progresivamente con la edad. Aunque la mayoría no producen lesiones permanentes, un número considerable de ellas pueden tener consecuencias mortales. Las caídas provocan lesiones importantes y fracturas que, en pacientes de edad geriátrica, conllevan una larga y difícil rehabilitación.

INTRODUCCIÓN

Las caídas constituyen uno de los síndromes geriátricos más importantes por la elevada incidencia en este sector de la población y, sobretodo, por las repercusiones que va a provocar en la calidad de vida tanto del anciano como del cuidador. Hay que tener en cuenta que un tercio de las personas mayores de 65 años sufren una caída anual, elevándose esta frecuencia hasta el 40 por ciento de los ancianos mayores de 75 años; en los ancianos institucionalizados, dadas las características de este grupo (aumento de

demencias y otras alteraciones, pluripatología), la incidencia alcanza el 50 por ciento anual. Un dato característico respecto a la institucionalización es que en alto porcentaje viene condicionada por una caída previa del anciano.

DEFINICIONES

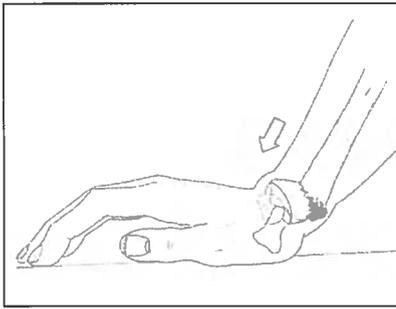
Caídas: son la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita a una persona al suelo, contra su voluntad. Esta precipitación suele ser repentina, involuntaria e insospechada, y puede ser confirmada por la misma persona o por un testigo.

Según su capacidad funcional, las personas pueden estar en alto o bajo riesgo para poder sufrir una caída:

- *Alto riesgo:* personas con movilidad pero con cierto grado de inestabilidad.
- *Bajo riesgo:* personas con buena movilidad y estabilidad.

FACTORES DE RIESGO DE LAS CAÍDAS

Los factores que intervienen en las caídas pueden ser intrínsecos y extrínsecos o ambientales.

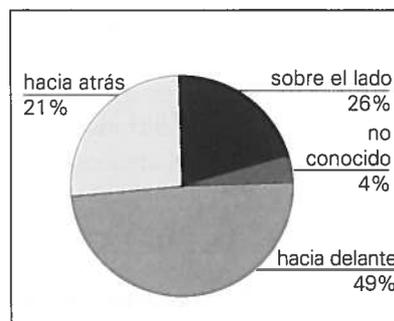


Intrínsecos

Son las alteraciones que se producen en el organismo en la propia persona.

- *Alteraciones del sistema propioceptivo*: el progresivo deterioro de los mecanismos receptores articulares producido por envejecimiento.
- *Modificaciones del aparato locomotor*: dentro de los cambios propios del envejecimiento, produce un deterioro en los mecanismos imprescindibles para la marcha estable, como son el mantenimiento del equilibrio y la capacidad de respuesta rápida y efectiva ante su pérdida. El anciano presenta inestabilidad postural, cambios en la marcha, pasos más cortos, disminución de la excursión de cadera y tobillo, aumenta la separación de los pies para así aumentar la base de sustentación, aumenta el período de latencia y respuesta motora inconstante ante los cambios posturales. Es decir, el anciano presenta más dificultad para mantener la estabilidad mecánica alrededor de la línea de gravedad, que es perturbada por el movimiento, y tiene más dificultad para generar maniobras posturales reflejas correctoras.
- *Alteraciones oculares*: las caídas se asocian frecuentemente a cataratas y empeoramientos funcionales de la percepción visual, agudeza, tolerancia a la luz y adaptación a la oscuridad.
- *Alteraciones vestibulares*: se producen tanto en el oído interno

- (angioesclerosis, atrofia de células, alteraciones bioeléctricas, etc.) como en los elementos nerviosos.
- *Alteraciones auditivas*: en muchos casos disminuye la capacidad auditiva de las personas.
- *Patologías cardiovasculares*: como la hipotensión, arritmias, miocardiopatía obstructiva, insuficiencia cardíaca y los síncope.
- *Patologías neurológicas*: ACV, TIA, epilepsia, la enfermedad de Parkinson, mielopatías, alteraciones cognitivas, trastornos laberínticos, depresiones y las demencias.
- *Patologías musculoesqueléticas*: como la osteoartritis, deformidades de los pies, osteoporosis, fracturas, etc.
- *Enfermedades agudas*: como deshidratación, anemias, neoplasias, cuadros febriles, infecciosas, etc.
- *Los fármacos*: los más relacionados con la incidencia de caídas son sedantes e hipnóticos, antihipertensivos (pueden influir por producir hipotensión postural o disminución del flujo sanguíneo cerebral), diuréticos, por el riesgo de producir hipotensión, etc.
- *Síndrome post-caída*: miedo a sufrir una nueva caída.



Extrínsecos o ambientales

Son las alteraciones que se producen fuera de nuestro propio organismo.

- *Suelos*: irregulares, deslizantes, muy pulidos, con desniveles, contrastes de color que confunden al residente, evitar las alfombras y cuidado con los suelos recién fregados y con objetos caídos.
- *La iluminación*: no debe ser excesiva (deslumbramiento) ni insuficiente, ni tener cambios bruscos de luminosidad. Interruptores en las entradas. Luces orientativas nocturnas.
- *Escaleras*: con peldaños altos o estrechos, sin pasamanos, sin descansillo, o con pendiente excesiva y falta de señalización del extremo del peldaño.
- *Ascensores*: con aceleración o desaceleración rápida. Respecto del suelo los ascensores pueden tener un desnivel entre el suelo de planta y el ascensor y cierre rápido de las puertas.
- *En los cuartos de baño*: lavabo o retrete muy próximos, falta de asideros o demasiado bajos.
- *En las habitaciones*: camas demasiado altas y estrechas, falta de barandillas o sujeción mecánica en residentes con desorientación o agitación nocturna, cables sueltos, objetos en el suelo, ausencia de espacio suficiente para maniobrar con ayudas técnicas (bastón, andador...) y ausencia de interruptor de luz en el cabecero de la cama.
- *El mobiliario*: tiene que estar lo más fijo posible al suelo para que no se traslade con un simple movimiento o toque.
- *El calzado*: es un punto muy importante, ya que tiene que estar sujeto al pie y la suela tiene que ser antideslizante, de no fricción y de tacón bajo. Evitar llevar zapatillas sueltas para evitar tropezos.
- *Todos los objetos*: que tenga el residente tienen que estar en perfecto estado, para que la persona

pueda realizar sus tareas de la vida diaria, especialmente todos los mecánicos que use de apoyo y de ambulación (sillas de ruedas, andadores, bastones, calzado...).

ACTUACIÓN ANTE UNA CAÍDA

Si el afectado está inconsciente, muy dolorido, sangra profusamente, ha sufrido quemaduras, se sospecha que ha sufrido una fractura ósea o muestra signos de *shock*, hay que pedir asistencia médica de inmediato, puede ser necesario administrar primeros auxilios (en las hemorragias, quemaduras o fracturas), e incluso recurrir a la reanimación cardiopulmonar (si se produce parada cardíaca o respiratoria).

CONSECUENCIAS DE UNA CAÍDA

Médicas

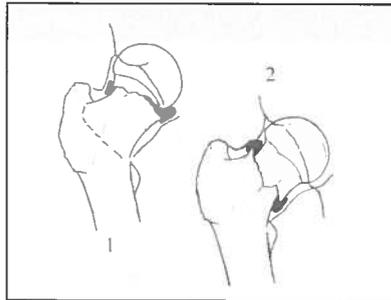
• **Mortalidad**

Para las personas mayores, las caídas, especialmente si se repiten, deben considerarse como indicadores de una situación de fragilidad o tendencia a la discapacidad, y son tanto el resultado como la causa de patología diversa, pudiendo incluso suponer causa directa o indirecta de muerte debido a las complicaciones de la caída.

• **Morbilidad**

(*Que padece enfermedad o la ocasiona*)

- *Consecuencias inmediatas:* contusiones, heridas, fracturas, traumatismo craneoencefálico y torácico.
- *Consecuencias de permanecer en el suelo:* hipotermia, deshidratación, infecciones (urinaria,



neumonía...). Rhabdomiólisis: se produce en situaciones de inmovilidad prolongada sobre superficies duras en las que se mantiene una compresión muscular prolongada, pudiendo existir un componente isquémico por la compresión.

Psíquicas

Síndrome post-caída. La persona, mayor que se cae desarrolla miedo a volverse a caer, que con frecuencia contribuye a inhibir su actividad habitual y hacerle dependiente para la vida diaria.

Las personas que pueden presentar más miedo ante el riesgo de una nueva caída:

- Edad mayor de 75 años.
- Sexo femenino (masa corporal disminuida tras la menopausia por la pérdida de calcio que conlleva).
- Personas con disminución de la movilidad.
- Alteraciones en las pruebas para medir la marcha y el equilibrio.
- Permanencia por largo tiempo en el suelo.

Sociales

Para la propia persona, las consecuencias sociales vienen determinadas por la disminución de la movilidad y la pérdida de la independencia para desarrollar las actividades

instrumentales e incluso básicas de la vida diaria.

Económicas

Gastos de hospitalización, intervención quirúrgica, rehabilitación y cuidados médicos y de enfermería, aumento de las necesidades asistenciales (dentro del centro residencial).

PREVENCIÓN

Es el conjunto de precauciones y medidas tomadas para evitar un riesgo. La promoción de la salud en la persona mayor tiene como objetivos específicos: prevenir las enfermedades, prevenir el deterioro físico y mental, prolongar el período de vida independiente, mantener y potenciar la calidad de vida. Una buena promoción de la salud en la persona mayor traerá como consecuencia un envejecimiento más saludable y éste redundará en que no se produzcan accidentes, ni caídas.

Podemos diferenciar tres niveles de prevención: primaria, secundaria, terciaria.



I. Prevención primaria

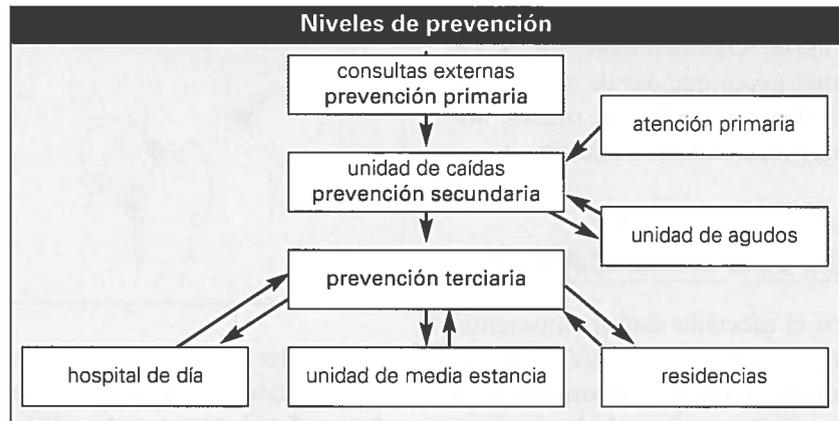
Se define como el conjunto de actos destinados a disminuir la incidencia de nuevas caídas en una población, reduciendo el riesgo. Ante las caídas deben iniciarse medidas de prevención primaria:

- Promocionar el ejercicio físico, evitar el sedentarismo, dar paseos.
- Los problemas que podamos tener visuales, auditivos, las alteraciones de la marcha, las arritmias, la hipotensión, los mareos de diferentes causas y los efectos de los fármacos.
- Hay que controlar también la epilepsia, la enfermedad de Parkinson, el consumo de alcohol, la resaca de algunos somníferos y el empleo diurno de tranquilizantes.
- Intentar disminuir los factores de riesgo ambiental como es instalar agarraderos seguros en baños y escaleras, contar con una buena iluminación, llevar calzado adecuado, comprobar la seguridad de los suelos y las conducciones eléctricas y rehuir las alfombras.
- Enseñar a caer (evitar impacto sobre cadera) y levantarse del suelo.

II. Prevención secundaria

Se define como el conjunto de actos destinados a disminuir la prevalencia de una enfermedad en una población, reduciendo su evolución, buscando y actuando sobre las causas que generan la enfermedad. Ante una caída deben iniciarse medidas de prevención secundaria:

- Comprobar si hay lesiones acompañantes.
- Destacar pérdida de conciencia.
- Destacar enfermedades sincopales.
- Amnesia sobre caídas previas.



- Intervención sobre factores de riesgo intrínseco y ambiental.
- Estudiar los residentes con caídas de repetición.
- Utilización de protectores de cadera.
- Reeducación de la marcha en residentes con marcha inestable.

III. Prevención terciaria

Se define como el conjunto de actos destinados a disminuir la prevalencia de las incapacidades crónicas en una población. Su finalidad es reducir las consecuencias de la caída tanto a nivel de incapacidad física como psíquica. Ante una caída deben iniciarse medidas de prevención terciaria:

- Rehabilitación funcional y de la marcha en fracturas.
- Psicoterapia en síndrome post-caída.
- Sujeciones físicas: evaluación individualizada (necesidad de

poner manoplas, muñequeras, cinta, etc.).

- Aprender a caer y levantarse.

CONCLUSIÓN

Las caídas son, por su incidencia y gravedad, un problema importante, sobre todo porque va a afectar a la calidad de vida de nuestros ancianos y en un gran número de casos provocan un aumento de la dependencia y necesidad de ayuda incluso para las actividades básicas. Hemos de estar concienciados de que en un número elevado de casos las caídas son evitables; controlando la medicación y advirtiendo al anciano que no debe automedicarse, manteniendo un control sobre las patologías.

Instruyendo sobre las adaptaciones necesarias para que el anciano pueda realizar sus actividades de la vida diaria.

BIBLIOGRAFÍA

- Enciclopedia Larousse de la Enfermería*, 1994.
- INSTITUTO DE MIGRACIONES Y SERVICIOS SOCIALES: *Atención a personas mayores que viven en residencias*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1998.
- M^o.R. SERRA GABRIEL, J. DÍAZ PETIT Y M^o LUISA DE SANDE CARRIL: *Fisioterapia en traumatología, ortopedia y reumatología*. Springer-Verlang Ibérica, Barcelona, 1997.
- MONTSERRAT LÁZARO DEL NOGAL (ed.): *Evaluación del anciano con caídas de repetición*. Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología. 2^a ed., 2001.
- R. GONZÁLEZ MOS: *Rehabilitación médica de ancianos*. Masson, Barcelona, 1955.



Mortalidad infantil y natalidad

MORTALIDAD INFANTIL

Se denomina tasa de mortalidad infantil al número de niños menores de un año que fallecen por cada 1.000 que nacen con vida. Esta tasa en 1969 en España era del 22%.

Hasta tal punto es importante este índice de mortalidad infantil que por él puede deducirse el estado de cultura y progreso de un pueblo. Desde una tasa de mortalidad infantil de 142 (en el año 1940), se descendió a tan sólo 22 en el año 1969.

Causas de la mortalidad infantil

Tres son los peligros mayores que acechan al niño: alimenticio, congénito e infeccioso.

El mayor número de defunciones lo causan los *errores alimenticios*. Por ello se producen la mayor parte de las diarreas infantiles, que causaron algunos años la muerte de 40.000 niños menores de dos años.

El *peligro congénito* se refiere a los niños que nacen con debilidad, deformidades o prematuros. Si en todos los niños los errores en crianza tienen resultados fatales, mucho más en éstos, que vienen al mundo en condiciones de inferioridad, y que a toda costa requieren exquisitos cuidados para sobrevivir. Por último, *las enfermedades infecciosas* son responsables de un sin número de fallecimientos en la edad infantil. Principalmente el sarampión y la tosferina son merecedores de mayor atención. La bronquitis y las pulmonías

originaron algunos años, por sí solas, más de 10.000 defunciones, y la meningitis más 3.000, por lo que la vigilancia médica en esa edad es de imperiosa necesidad.

La mortalidad es mayor cuanto menor es la edad del niño. Hasta el punto de que en el primer mes de vida fallecen la cuarta parte de los niños menores de un año.

La reducción de la mortalidad infantil y la natalidad en España

Transición demográfica en España

Entrando el siglo XX, la mortalidad en España empieza a descender de manera sostenida con alguna crisis catastrófica, como la epidemia de gripe de 1910 y la

Guerra Civil española entre 1936-1939. Paralelamente, la natalidad desciende más lentamente.

Esta situación dio lugar a un notable crecimiento natural o vegetativo que se prolongó hasta la década de 1970.

Evolución de las tasas de natalidad y mortalidad en España

A partir de 1975, la tasa de natalidad española cae espectacularmente, y sus valores se sitúan próximos a los de la tasa de mortalidad.

El país entra en una dinámica que se corresponde con la cuarta fase del modelo de transición demográfica caracterizada por tasas muy bajas de natalidad y de mortalidad y por un crecimiento vegetativo casi nulo y hasta, a veces, negativo.

Una tasa de mortalidad baja

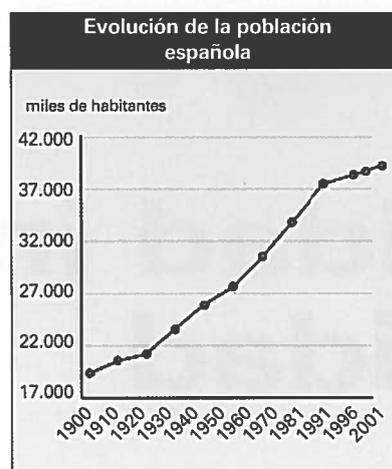
Gracias a las mejoras en la alimentación, la medicina y la higiene, la mortalidad disminuyó de manera espectacular a lo largo del siglo XX.

En 1900 la tasa de mortalidad en España era del 24%, mientras que en 2000 fue del 8,7%. Los factores que han favorecido el descenso de la mortalidad general son, entre otros:

- La reducción de mortalidad infantil debido a las mejoras en la higiene y en la alimentación.
- El descubrimiento de agentes patógenos (bacterias) como los causantes de las enfermedades infecciosas.
- El papel de la higiene personal y doméstica en su prevención.
- La progresiva extensión del sistema sanitario público.

Una tasa de natalidad baja

La natalidad empezó a bajar en España a partir de 1974, cuando la



tasa de mortalidad ya había comenzado a descender. Esta disminución de la tasa de natalidad guarda mucha relación con el crecimiento de las ciudades y el desarrollo económico. Hoy en día, la tasa de natalidad española, 9,8%, sigue siendo una de las más bajas de Europa.

Número de nacimientos actuales en España

Se sabe que, para mantener estable la población, es necesario que una generación sea relevada por la siguiente con el mismo número de personas. Para lograr este reemplazo es preciso un promedio de 2,1 hijos por mujer. Con esta fecundidad se asegura la sustitución de los padres y queda un margen para una posible mortalidad infantil y juvenil.

En España, desde 1981, la fecundidad es inferior al nivel de reemplazo. El número medio de hijos



por mujer entre los 15 y los 49 años es de 1,22 en 2000, muy lejos del 2,1 que permitiría reponer la generación actual.

ATENCIÓN A NEONATOS EN LA UNIDAD HOSPITALARIA DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS

Estudio de la Unidad de Urgencias

Análisis general

Se analizaron 273 pacientes recién nacidos (RN).

- La edad media de pacientes: 14,3 días.
- El 54,2% de los casos acudieron antes de los 15 días de vida (fecha teórica de su primera revisión programada).

- Predominan los varones sobre las mujeres.
- Día de la semana con más casos atendidos: domingo (50 casos).
- Día de la semana con menos casos atendidos: martes (35 casos).
- Turno de mayor a menor actividad: tarde 37%, noche 34%, mañanas 28,5%.

Motivos de las consultas más frecuentes

- Irritabilidad y llanto: 19,1%.
- Estreñimiento e ictericia: 16,8%.
- En 37 casos no se apreció enfermedad objetiva: 12,0%.

Entre los 14 días de vida predomina la ictericia, mientras que a partir de los 14 días de vida los diagnósticos más frecuentes son los cólicos del lactante y las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores.

Diagnósticos

- Se resolvieron sin precisar pruebas complementarias: 63,3%.
- Requirieron ingreso hospitalario 51 recién nacidos: 16,5%.

Enfermedades más frecuentes

- Ictericia: 9 casos.
- Bronquiolitis: 4 casos.
- Sepsis: 8 casos.
- Gastroenteritis: 4 casos.
- Infección urinaria: 4 casos.
- Crisis de cianosis/apnea: 3 casos.
- Vómitos: 4 casos.

Peculiaridades de un neonato

El neonato supone una pequeña porción de la actividad de una unidad de urgencias pediátricas. Sin embargo, esta edad presenta una serie de peculiaridades que lo diferencian respecto al resto de pacientes pediátricos: su inmadurez (que favorece la aparición de ictericia, regurgitación, etc.), su

vulnerabilidad y la gran ansiedad que genera a sus familias ante cualquier síntoma.

La mala utilización de los servicios de urgencias

La baja proporción de ingresos y los pocos estudios complementarios practicados sugieren que, con una buena anamnesis y exploración, la gran mayoría de las consultas de los neonatos podrían haberse resuelto desde la atención primaria. Sin embargo, en el 91% de las ocasiones las familias acuden directamente al servicio de urgencias.

Educación sanitaria

En conclusión, los neonatos suelen ser llevados a urgencias por procesos banales. Aunque habitualmente no se necesitan pruebas complementarias, la evaluación clínica debe ser muy cuidadosa, dada la posibilidad de procesos graves.

Se necesita una enorme labor de educación sanitaria para conseguir una mejor utilización de los servicios de urgencias pediátricos por parte de las familias.

LOS TCAE/AE EN EL SERVICIO DE NEONATOS

Recibiendo al paciente neonato

Trato con el neonato

Se recoge la documentación que trae el paciente relacionada con su ingreso. Se cumplimentan los datos del paciente y las etiquetas del control de enfermería; luego se lleva a la cuna que le ha sido asignada y se le deja cómodamente. Se planifican los cuidados que hay que aplicar al neonato. Le llamaremos por su nombre para crear un ambiente familiar.

Orientación a los padres en cuanto al entorno

Se orientará a los padres o familiares explicándoles: horario de visitas; horario de visita del médico; horario de comidas (si se le da leche materna, también se informará a la madre sobre las normas); el uso o no de teléfonos móviles; las áreas donde pueden fumar; otros servicios que dispone el hospital; y se ayudará en todo aquello que precisen.

Higiene y limpieza de la unidad

Es importante mantener la unidad de hospitalización en condiciones óptimas de limpieza e higiene, porque la acumulación de eliminaciones del neonato (orina, vómitos, exudados, heces, etc.) en un ambiente semicerrado o cerrado, puede dar lugar a que se produzcan olores desagradables que repercuten en el propio paciente, el personal sanitario, en otros pacientes, y en las visitas. Además, desde el punto de vista sanitario, puede ser fuente de infecciones nosocomiales.

¿Cuándo se hace la limpieza de la unidad?

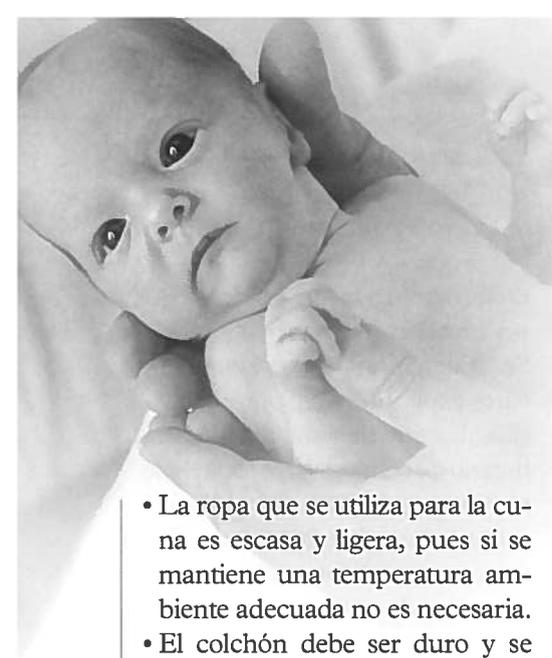
Se hace la limpieza diariamente, y tantas veces como sea necesario.

La unidad del paciente neonato

Espacio que permita moverse cómodamente para aplicar al neonato los procedimientos técnicos y realizar la limpieza. Está formado por: la cuna, incubadora, toma de oxígeno y toma de vacío, entre otros.

Higiene en la cuna del neonato

- Antes de empezar la limpieza, se tiene preparado el material: cubre colchón, sabanitas, manta, colcha, y no utilizaremos almohada.



- La ropa que se utiliza para la cuna es escasa y ligera, pues si se mantiene una temperatura ambiente adecuada no es necesaria.
- El colchón debe ser duro y se protegerá con una funda impermeable.
- Colocar la sábana bajera bien estirada, remetiéndola bajo el colchón.
- Poner sobre esta sábana bajera el empapador, colocado transversalmente en la parte media de la cuna.
- Colocar la sábana superior y la manta, procurando dejar suficiente holgura para que el bebé pueda moverse. Remeter bien en la zona de los pies.
- Por último, poner la colcha y hacer el embozo con la sábana superior.
- Dejamos abierto por un lateral para facilitar el acceso.

Higiene del neonato

La higiene de un neonato depende de si el cordón se ha desprendido o no.

Baño antes de la caída del cordón umbilical

- Nos lavamos las manos.
- Desnudamos al bebé y se le arropa con una toalla para evitar enfriamientos.
- Se echa agua templada en un recipiente, o debajo el grifo comprobamos la temperatura: 37°C.
- Ojos: mientras se sujeta la cabeza del bebé, se lavará cada ojo con una torunda de gasa empapada en agua templada. Se usará una torunda nueva para cada ojo, limpiándose desde el lagrimal hacia fuera.

- No se introducirá nada en los orificios auditivos o nasales.
- Pelo: se envuelve al niño en toalla y se coge poniendo un brazo bajo la espalda y la mano sosteniéndole la cabeza. Con la mano que queda libre se moja el pelo del bebé y se aplica una pequeña cantidad de champú aplicándolo con un suave masaje. Se aclara con agua hasta eliminar los restos de champú.
- Cuerpo: con la esponja mojada y un poco de jabón, se lava el cuerpo del bebé desde el cuello hasta la cintura, sin olvidar brazos y manos. Se aclara bien y se seca mediante una suave presión. Se tapa la parte superior del cuerpo con la toalla y se pasa a lavar la parte inferior, siguiendo el mismo procedimiento que en la parte superior. Se aclaran y secan adecuadamente los pliegues para evitar el exceso de humedad. Por último se lava la zona del pañal usando agua limpia y templada. Con las niñas basta con limpiar suavemente la zona desde delante hacia atrás; a los niños se les lava la zona genital y el pene teniendo cuidado de no retirar el prepucio. Se le viste y se le cepilla el pelo. Se le pesa antes de vestirlo, en el caso de que esté indicado en su ficha. No se le cortan las uñas. Se le acuesta en la cuna, que debe estar limpia y caliente.
- Se recoge el equipo y comunicamos las observaciones a la enfermera para su registro en la historia de enfermería. Nos lavamos las manos nuevamente.

Limpieza del cordón umbilical

- Antes de limpiar el cordón umbilical, se pone una camiseta y el pañal.
- No debe cubrirse la zona del cordón con el pañal ya que esta zona debe permanecer limpia y seca.

- La base del cordón y los alrededores de éste se deben limpiar con una gasa empapada en solución antiséptica. A continuación se seca.
- Se coge una gasa estéril, se estira de forma longitudinal, se coge por el medio y se empapa en el antiséptico; entonces se coge el cordón, se levanta y se da vueltas alrededor de él con la gasa empapada en el antiséptico.
- Esta cura tiene como objeto favorecer la cicatrización del ombligo y evitar la aparición de posibles infecciones. Se hace una vez al día coincidiendo con la higiene corporal.

En resumen, en el caso de que aún tenga el cordón umbilical no se le sumerge en el agua, se le hace la limpieza debajo del grifo, tratando de no mojar la zona del cordón para evitar la maceración. El resto del procedimiento es igual, aunque se destaca la cura del ombligo.

Baño después de la caída del cordón

- Nos lavamos las manos.
- Desnudamos al bebé.
- Se echa agua templada en un recipiente, o bañera, que no deberá estar llena más de 10-15 cm de agua a una temperatura entre 34°- 37° C.
- Introducir al niño, sujetándole con la mano izquierda los hombros y la cabeza, y con la derecha los tobillos.
- El baño se inicia en la cara, siguiendo por el cuerpo y extremidades. Lavar los ojos y la cara sin jabón y después seguir con el cuello, el tronco, las extremidades y los genitales (en las niñas se hará en sentido descendente).
- Colocar al niño boca abajo sobre nuestro brazo y limpiar la parte dorsal de su cuerpo, insistiendo

en la zona donde haya pliegues cutáneos.

- Generalmente se le pesa antes de vestirlo si viene indicado en su ficha, se le cepilla el pelo, y no se le cortan las uñas, a menos que venga indicado.
- Le acostamos en la cuna, que estará limpia y caliente.
- Recogemos todo el equipo y comunicamos las observaciones a la enfermera para su registro en la historia de enfermería.
- Nos lavamos las manos nuevamente.

Higiene bucal

Tiene como objetivo evitar la aspiración de sus secreciones y prevenir la aparición de posibles alteraciones. Hay que comprobar el estado del paladar y vigilar toda la cavidad bucal por si aparecen candidiasis.

Actuación:

- Lavarse las manos.
- Colocamos al niño con la cabeza de lado.
- Abrimos la boca del niño presionando ligeramente las mandíbulas.
- Introducir una gasa seca con el dedo en gancho, para extraer las secreciones.
- Nos lavamos las manos nuevamente.

APOYO PSICOLÓGICO

Reacción ante la hospitalización

Cuando un niño está hospitalizado los padres sienten una gran inseguridad, que dependiendo de sus circunstancias socio-familiares pueden traducirse en miedo, angustia, depresión, agresividad, etc.

Consejos para los padres

La implicación de los padres en el proceso de enfermedad de sus hijos conlleva a menudo reacciones inadecuadas por parte de ellos, por lo que debemos procurar ayudarles con algunos consejos:

1. Controlar el estrés: los niños, especialmente los más pequeños, son tremendamente observadores y perciben la ansiedad de sus padres, lo cual les afecta negativamente. Además se ha demostrado que los padres que afrontan su estrés más hacia la emoción que hacia el problema participan menos activamente en los cuidados del niño. (La Montage y cols. 1992)
2. No transmitirle al niño la sensación de falta de control.
3. Conocer las normas de régimen interno. Esto evitará confusiones y contradicciones.
4. Solicitar información periódica al personal médico y de enfermería, pues es un derecho.
5. Proporcionarle juegos y distracciones: cantarles, hacerles arrumacos, mecerlos en sus horas de visita.
6. Participar con el personal sanitario en diversas tareas: darle de comer, asearlo, charlar, jugar, etc.

Actitud del personal sanitario

Prestar ayuda psicológica a los menores de edad resulta una ardua actividad, ya que:

- La comunicación con los niños pequeños resulta difícil.
- Las primeras edades se caracterizan por cambios rápidos y continuos tanto físicos como psíquicos.
- El niño pequeño no sabe expresar con precisión sus molestias o temores. Sólo lo hace con el llanto.

Por ello, cuando un lactante se queja, es importante:

1. Explorarlo cuidadosamente; observar su posición (quizá es una torsión de la mano o pie lo que motiva su queja).
2. Asegurarnos de que puede respirar bien (advertir una mala postura, congestión nasal o cuerpos extraños en vías respiratorias).
3. Comprobar que la ropa no le apriete o le pellizque.
4. Medir su temperatura por si tuviera fiebre, ya que a veces sobreviene súbitamente y habría que sospechar de un proceso infeccioso.
5. Proporcionarle el calor humano al que está acostumbrado, cogiéndolo, acariciándolo, meciéndolo, etc. (relación empática).
6. Permitirle un mayor contacto con la madre, si es la separación la causa de su inquietud.

CUANDO ABANDONA EL HOSPITAL

Las consecuencias de la hospitalización

Una vez dado de alta, es previsible que el neonato, incluso sin haber vivido la hospitalización como una experiencia negativa, sufra ciertos trastornos de adaptación cuando ya esté en su hogar.

Por otro lado, muchos bebés que abandonan el hospital no lo hacen con la salud repuesta del todo: debilidad, discapacidades y otros déficit que pueden hacerle pensar que la hospitalización ha sido un fracaso, pues los padres tienden a pensar o identificar el ser dado de alta con la curación.

Es necesario hacerles razonar, según proceda, que:

- La asimilación de las secuelas físicas o enfermedades crónicas depende en parte de la actitud de los padres, pero sobre todo de su entorno familiar.
- Aunque hayan salido del hospital, el tratamiento aún no ha concluido: deben proseguirlo con medicación, régimen, reposo, rehabilitación, etc.
- La convalecencia va a proseguirla en su casa, ya que su enfermedad está controlada.

CÓMO REALIZAR UNA HISTORIA CLÍNICA PEDIÁTRICA

La historia clínica pediátrica tiene por objeto conservar toda la información referente al niño. No existe un modelo nacional de historia clínica. En atención primaria se ha definido como un conjunto mínimo básico de datos.

Los pediatras se apoyan en la entrevista que se efectúa generalmente con los padres.

Asimismo, se realiza una exploración pediátrica incluyendo la evaluación del crecimiento y desarrollo, y se explican medidas preventivas, consejos y educación para la salud, adaptados a cada edad del niño.

Dificultades para hacer las preguntas

Las dificultades en tratar a un niño comienzan cuando se le pregunta, ya que es muy difícil, por no decir totalmente imposible, que el niño pueda aclarar lo que le sucede. El niño no puede explicar sus molestias.

En realidad, un lactante no se va a quejar de dolor abdominal, de garganta u otalgia (dolor de oídos), así que el pediatra recurrirá en primer caso a preguntar a los padres si han apreciado crisis de

llanto, encogimiento o retracción de piernas, pérdida de apetito, si llora al tocarle el abdomen, etc.

En segundo caso preguntará si el niño no traga bien, o tiene mal aliento. La otalgia suele manifestarse en el lactante como llanto espontáneo y cuando se toca la oreja afectada.

Se efectuarán preguntas generales sobre si tiene fiebre, tos o dificultad para respirar, vómitos, diarrea o estreñimiento, características de las heces, dificultad o molestias para orinar así como aspecto de la orina.

Según el motivo de consulta, se incide más en uno u otro de estos aspectos o se efectúan otros exámenes. Por ejemplo, si el niño acude con cefalea y presenta vómitos, mareos y/u otros síntomas se efectúa una exploración neurológica más completa.

Valoración neurológica

La valoración neurológica sistemática resulta fundamental para la detección y tratamiento precoz de los trastornos neurosensoriales que pueden derivar en problemas del aprendizaje, auditivos, visuales o el desarrollo muscular.

Datos de la historia clínica

a) *Los antecedentes personales fisiológicos*: en primer lugar, las incidencias del embarazo, si estuvo controlado por ginecólogo o matrona, si la gestante se hizo análisis de rutina, si tomó alguna medicación y si padeció alguna enfermedad. Preguntará también por las condiciones del parto, si fue espontáneo o provocado, la situación del feto al nacer (cefálica, nalgas, podálica, etc.), si el parto fue vaginal o por cesárea, las horas de bolsa rota por riesgo

de infección fetal, etc. El siguiente paso es averiguar la situación perinatal, esto es, la condición del recién nacido, si lloró enseguida (se valora por el índice de Apgar), si se realizó reanimación, ventilación u otro tipo de maniobra. Se confirma que recibió vitamina K (administrada sistemáticamente a los RN para evitar hemorragias) y si recibió la primera dosis preventiva de la Hepatitis B. También se pregunta por el momento de expulsión del meconio o primeras "heces negras" y la primera emisión de orina. Se va anotando de forma cronológica.

- b) *Antecedentes personales patológicos*: consiste en el historial de las enfermedades que han surgido en el niño y los tratamientos que ha llevado.
- c) *Antecedentes familiares*: edad y enfermedades relevantes de los progenitores, hermanos y familiares de primer grado. Situación laboral-económica.
- d) *La exploración física*: la exploración clínica también sigue el proceso.

EL PRIMER MES

Desarrollo físico

Las proporciones corporales del niño recién nacido son muy particulares, su cabeza es relativamente grande, su cara es redonda y la mandíbula es pequeña. El pecho es más bien redondeado, el abdomen es prominente y las extremidades algo cortas.

La postura predominante del recién nacido es una actitud de flexión parcial. Entre las variantes anatómicas localizadas que pueden observarse en el niño recién nacido encontramos: mayor notoriedad de los vasos sanguíneos de los párpados y de la nuca, la

mancha mongólica en la espalda y las granulaciones de las mucosas de la boca. El conducto auditivo externo del recién nacido es corto y es fácil visualizar el tímpano.

Un recién nacido de tipo medio pesa alrededor de 3,4 kg, siendo mayor el peso en niños que en niñas. La talla promedio es de 50 cm.

La principal necesidad de un recién nacido es establecer un ritmo respiratorio regular y dominar otras funciones tales como el llanto, el estornudo, la tos, el bostezo y el esfuerzo. Las primeras deposiciones se presentan generalmente en las 24 horas, y la frecuencia de las mismas se relaciona con el número de tomas de alimento que recibe. Al final de la primera semana de vida ocurren de 3 a 6 deposiciones diarias.

La función renal del bebé aún no ha alcanzado la madurez. Con frecuencia, la orina contiene pequeñas cantidades de albúmina, y durante las primeras semanas puede tener un tinte rosado. Muchos bebés muestran pocos deseos de comer en los primeros días y pueden perder un poco de peso.

También es normal que la piel tenga un discreto tono amarillento. Esto último se debe a los ajustes que hace su hígado inmaduro, pero no es preocupante, pues desaparecerá cuando comience a alimentarse regularmente.

Desarrollo psicomotor

En la primera semana de vida, el niño es capaz de fijar la mirada en una luz o forma brillante. Intenta llamar su atención con los juguetes de colores vibrantes y sonoros. Los móviles de su cuna serán apropiados para distraerlo. Si se siente incómodo y llora, acúnalo en tus brazos y se sentirá seguro.

Interacción social

Durante las primeras semanas, el bebé pasará muchas horas durmiendo y se levantará durante cortos períodos para alimentarse y buscar una postura cómoda. A la mayoría de los bebés les agrada que les carguen para descansar sus cabezas en el hombro de sus cuidadores. Es preciso utilizar la mano para soportar su espalda y otra para prevenir que su cabeza se deslice sobre tu hombro.

Al cumplir el mes será capaz de seguir con la mirada los estímulos cercanos. A los dos meses su campo visual comprenderá un ángulo de 180 grados y girará su cabeza buscando los estímulos de su entorno.

EDADES Y POSIBLES RIESGOS

Edades

La Neonatología es una subespecialidad de la Pediatría que se encarga de conservar el estado de salud psico-física y mejorar estados patológicos de aquellos bebés hasta los 30 días de edad.

Es importante comprender que hablamos de un mes de edad fuera del útero, hayan o no cumplido el tiempo natural de la gestación.

El embarazo es el tiempo de gestación que se mide en semanas. El periodo para que el niño alcance dentro del útero las condiciones de madurez normales son 40 semanas. Se considera también normal un margen de 2 semanas antes y después de esa fecha.

Existe la posibilidad de que esa fecha probable de parto esté calculada con un error de información, ya que uno de los primeros datos es la FUM (fecha de última menstruación), la cual suele ser un poco incierta. Muchas veces no se recuerda con exactitud esa

fecha, o se produjo un sangrado dentro del incipiente embarazo confundiendo con una menstruación, etc.

La ecografía y otras mediciones que hace un obstetra con cintas métricas y exámenes sobre la futura mamá son más fiables.

El único que puede determinar con exactitud la verdadera edad gestacional del bebé al nacer es el neonatólogo, que lo estudia de manera directa después del parto. Para ello se realiza un completo examen físico y neurológico.

Posibles riesgos

Lo ideal para un bebé es nacer en el término que definimos como normal. La situación más temida por los padres es la prematuridad, es decir, cuando no se cumplen las 38 semanas consideradas normales. Existen diversos riesgos en esta situación para el bebé, que van desde condiciones absolutamente manejables hasta verdadero riesgo de vida.

Un embarazo puede finalizar antes de las 38 semanas por decisión obstétrica ante algún riesgo para el bebé, la mamá, o ambos, sin que haya trabajo de parto. Una de esas situaciones es el freno en el crecimiento fetal (retardo del crecimiento intrauterino, RCIU). Para determinarla se deben hacer una serie de mediciones y controles, como la ecografía y el estudio de las arterias (Doppler) que están irrigando el bebé. Si el resultado nos dice que puede estar comprometido el desarrollo neurológico o de un órgano o función, el bebé debe nacer. Una de las causas frecuentes en el RCIU es la hipertensión inducida por el embarazo.

Sin embargo, siempre se deberán agotar todas las posibilidades para que el embarazo pueda continuar, ya que cuanto más crezca

el bebé dentro del útero, más maduro estará y mejores expectativas presentará al nacer.

Según la creencia muy arraigada en la opinión de la gente, es mejor que el bebé nazca a los siete meses de embarazo que a los ocho. Acabamos de decir que cuanto más crezca el feto en su ambiente natural, mejores posibilidades tendrá. Sin embargo, existe una situación que hace a ese mito popular tener parte de razón. El niño de 34/37 semanas, al cual se llama octomesino, tiene ya mucho músculo alrededor de las vías aéreas y de las arterias respiratorias. Esos músculos pueden contraerse con fuerza reaccionando a la falta de oxígeno (hipoxemia), causando un estado llamado hipertensión pulmonar primaria: el cierre de las arterias que van desde el corazón al pulmón. Es de suma gravedad y muy difícil de revertir con la medicación, pudiendo ser causa de muerte.

Pasada la semana 40, se controla mucho más a la mamá, atendiendo a cualquier signo que pudiera determinar que el nacimiento debiera ser provocado, ya que existe la posibilidad de que esa mamá y ese bebé, por alguna razón, no pudieran desencadenarlo.

Los riesgos asociados a esta demora en el parto hasta después de la semana 42 son varios. El bebé ya no tiene lugar físico para crecer dentro del útero. La placenta y el

cordón umbilical resultan insuficientes para satisfacer las necesidades de un niño más grande y desarrollado de lo esperable. Esto puede resultar un riesgo de vida y un riesgo neurológico cuando el término se excede pasando de la semana 42.

ENFERMEDADES MÁS COMUNES EN NEONATOS

Cólicos del lactante

Síndrome caracterizado por llanto excesivo y repentino, sin causa identificable, entre las 2 semanas y los 4 meses de edad, en un lactante sano, y tendiendo a ceder a los 3-4 meses.

Se desconoce la causa verdadera de los cólicos del lactante, aunque existen varias teorías:

- Causas gastrointestinales: hipersensibilidad a componentes de la dieta, gases intestinales, factores hormonales.
- Causas no intestinales (“conductuales”): “niños llorones”, problemas en la interacción de padres-niño.

Síntomas

- Síntomas principales: llanto paroxístico vespertino (más de 3h/día y más de 3 días/semana); inquieto, molesto, irritable, agitado; flexión de rodillas sobre el abdomen.
- Síntomas secundarios: parece hambriento, pero no le calma la comida; estreñimiento; gases abdominales.

Normas generales

- No cambiar la alimentación, ni los hábitos. Consultar antes al pediatra.
- No usar sedantes.
- Intentar satisfacer las cinco necesidades del bebé, cuando este

llora: hambre, deseo de succión para tranquilizarse, deseo de sentirse protegido, deseo de jugar o de que le hagan caso y deseo de dormir.

- Balancear o acunar al bebé. Ponerle boca abajo sobre las rodillas y masajear la espalda del bebé.
- Sonidos rítmicos.
- Dar paseos con él en brazos o en el cochecillo.
- Instrucciones para la toma: madre relajada; dar tiempo al niño y evitar que tome deprisa (aerofagia); no acostarle inmediatamente después de la toma y ayudarle a echar el aire.

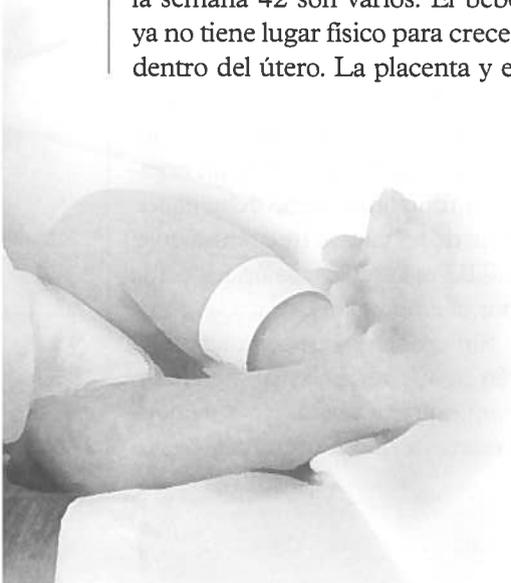
Cuidado

Mantener la calma. Para los padres no es nada fácil mantener la calma cuando su pequeño está inquieto, flexiona las piernas hacia el abdomen, grita y casi se pone morado. Sin embargo, los cólicos que afectan a tantos bebés no influyen sobre su salud. Para poder soportar este malestar, es suficiente con que se tenga un poco de paciencia para esperar a que desaparezcan por sí solos.

Ictericia

Es la coloración amarillenta de la piel y las mucosas que se presenta cuando la bilirrubina (pigmento que se refleja en la piel) supera los límites normales (1-2 mg/ml). La ictericia se puede producir por una destrucción de los glóbulos rojos en la sangre (se libera bilirrubina) o por algún defecto en el hígado por el que no metaboliza bien (malformaciones congénitas, hepatitis, cálculos biliares...).

La ictericia llamada “fisiológica”, de carácter muy leve, afecta a un buen número de recién nacidos por la destrucción de algunos glóbulos rojos. Es la que se presenta entre el segundo y el tercer



día de vida y desaparece dos semanas después, sobre todo si el niño recibe los rayos del sol o se le somete a la acción de los rayos ultravioleta de una cámara. Una forma grave de ictericia es la que se produce por problemas de incompatibilidad entre la sangre de la madre y la del niño recién nacido. Cuando esto se produce, el nivel de bilirrubina es tan alto que puede lesionar el cerebro, por lo que es necesario practicar al pequeño una exanguinotransfusión, cambiándole la sangre incompatible por otra de su grupo.

Hernia inguinal

Es una pequeña hinchazón en forma de bolita que aparece en la zona de la ingle.

Puede aparecer en el momento de nacer y se opera enseguida, en algunas ocasiones antes de que el recién nacido salga de la clínica o el hospital. Se elimina con una operación muy sencilla y breve: cerrando el canal inguinal, no permitiendo la salida de la hernia.

Se suele creer que la hernia inguinal aparece debido a un esfuerzo excesivo y al debilitamiento de los músculos, aunque no es verdad. Incluso cuando aparecen en la edad adulta, estas situaciones sólo ponen de manifiesto un problema que probablemente ya existía desde el nacimiento.

La hernia inguinal deriva de la falta de cierre, o bien del cierre incompleto de un pequeño conducto (conducto peritoneo) que se debería producir espontáneamente en el útero materno. Cuando esto no sucede, una parte del intestino, empujada por la presión del interior del abdomen, se puede abrir camino a través de dicho conducto, saliendo de tal forma de la cavidad natural que lo contiene y provocando un bulto debajo de la piel que además

coincide con el pliegue que separa el muslo del abdomen. Aunque sea intermitente, la presencia de este bulto inguinal es el único síntoma que indica la existencia del problema.

Una inflamación en la ingle no siempre es síntoma de que existe una hernia. También se puede tratar de un engrosamiento de los ganglios linfáticos, presentes en algunas zonas del cuerpo, como la ingle, que debido a una simple inflamación tienden a notarse.

He aquí las dos diferencias más evidentes entre ambos problemas:

- Los ganglios linfáticos tienen la dimensión de un guisante y permanecen mucho tiempo en la superficie.
- La hernia inguinal suele medir más de un centímetro y tiende a aparecer y desaparecer una y otra vez.

Prevenir la hernia inguinal

¿Qué motivo puede obligar al cirujano a operar de inmediato? El riesgo de que la hernia se estrangule, lo cual sucede cuando esa parte del intestino, después de atravesar el canal inguinal, se hincha y ya no puede retroceder. La cavidad u "orificio herniario" actúa como un lazo corredizo que estrangula el intestino, el cual sigue inflamándose, con el consiguiente estancamiento de la sangre en el tramo afectado. Por otro lado, también las arterias, que llevan la sangre al asa del intestino atrapado, se ven obstruidas por el mismo mecanismo y ya no logran transportar oxígeno. Entonces, la hernia se tensa más de lo acostumbrado y aumenta de tamaño, originando síntomas agudos y evidentes en el pequeño: llanto ininterrumpido, vómitos, ingle enrojecida y ausencia de deposiciones. En tal caso, es necesario

llevar al pequeño al centro de urgencias más cercano, donde será hospitalizado de inmediato y lo operarán con carácter de urgencia.

URGENCIAS

Fiebre o hipertermia

Es la elevación de la temperatura corporal por encima de lo normal.

En un adulto la temperatura normal puede ser de 36,5° a 37,8° C, mientras que en un recién nacido es de 36,5° a 37° C (temperatura rectal).

Fiebre: cuando la temperatura rectal es superior a 37,5°/38° C o 37°/37,5° C en axila.

La fiebre es un síntoma, no una enfermedad, es una respuesta normal del cuerpo a las infecciones bacterianas y virales y representa un síntoma muy frecuente en las enfermedades de la infancia. El cuerpo se protege a sí mismo frente a las infecciones causadas por gérmenes, con el nombre de "respuesta inmunitaria".

¿Es grave la fiebre en el recién nacido?

En un niño de menos de un mes de vida, frecuentemente la fiebre se debe a una infección, en ocasiones bacteriana y potencialmente grave. La deshidratación (debido a la ingesta de poca cantidad de leche materna), el abuso de ropa de abrigo o la permanencia en un ambiente caluroso puede causar una fiebre de bajo grado.

Síntomas graves:

- Temperatura inferior a lo normal.
- Tomas insuficientes.
- Regurgitación de las tomas de alimento.

Debido a la peligrosidad, muchos médicos ingresan en los hospitales a los bebés de menos de un mes de vida para poderlos observar

de cerca e iniciar tratamiento con antibióticos, mientras se esperan los resultados de las pruebas. Si las pruebas son normales y el bebé reanuda su alimentación y actividad, la estancia en el hospital no superará las 48 horas.

“En un recién nacido es preciso avisar al médico de inmediato ante la presencia de fiebre de cualquier grado o deben trasladarlo al Servicio de Urgencias más cercano.”

¿Qué hacer si tiene fiebre?

Cuando el niño no tiene hambre y se ve triste y decaído, los padres intuyen de inmediato que algo no va bien. Instintivamente, le ponen la mano en la frente. Si sus sospechas se confirman y el niño está caliente, no hay más remedio que ponerle el termómetro para tomarle la temperatura. Si la temperatura se aproxima a los 38° C, su angustia se hace mayor, y sienten la tentación de llamar al médico, a pesar de que la fiebre por sí sola no es una enfermedad. Sólo es una defensa que emplea el organismo para mantener a raya a los virus y bacterias que lo atacan, siendo, por tanto, un síntoma que no se debe dejar de lado, pero ante el que tampoco hay que dramatizar.

Diferencias entre fiebre y variación de temperatura

El criterio varía según el método empleado para tomarla. También depende de la edad del niño, pues el nivel baja cuando éste tiene menos de tres meses. A partir del tercer mes se tomará la temperatura en el oído, axila o ano.

La aparición de una temperatura fuera de los límites normales no significa que esté relacionada con la aparición de una enfermedad. Es posible que haya aumentado a raíz de que el niño estuvo

jugando después de haber ingerido alimentos muy calientes o porque hace calor y está muy abrigado, por lo que puede subir su temperatura en algunas décimas. En ninguno de estos últimos casos hay que preocuparse, pues se trata simplemente de una alteración leve y pasajera, y no de una enfermedad en curso.

Cómo medir la temperatura
Para medir correctamente la temperatura, se deben tener presentes determinadas reglas:

- Nunca después del baño, o si acaba de comer o despertar. Así evitaremos que la temperatura sufra la influencia de condiciones físicas o ambientales.
- Si la temperatura se toma en el ano, se debe restar medio grado al valor obtenido, es decir, cinco décimas.
- Si el niño aún no han cumplido los dos primeros años de edad, es mejor tomar la temperatura en el recto, con el fin de obtener un valor más fiable. También se puede tomar en el oído y en la frente.

Maneras de poner el termómetro

En el ano

1. Utilizar un termómetro de mercurio o electrónico, de bulbo redondeado o en forma de gota, que se debe tomar entre los dedos índice y medio. Si el termómetro es de mercurio sacudir enérgicamente, hasta que la columna de mercurio descienda por debajo de los 34°C.
2. Acostar al niño boca arriba, encima de una superficie rígida, por ejemplo, un vestidor o una cama. Juntar los tobillos con la mano izquierda y levantarle las piernas, hasta casi formar un ángulo recto. Con la

mano derecha, introducirle suavemente el bulbo en el ano, después de haberlo untado con un poco de vaselina.

3. Mantener el termómetro inmóvil durante unos 2 ó 3 minutos, apretando las nalgas del niño durante todo este tiempo.
4. Sacar el termómetro y leer la temperatura, sin olvidar restarle 0,5°C.
5. Si el niño tiene diarrea, es mejor no tomarle la temperatura en el recto.

En el oído

1. Existen termómetros timpánicos, que miden la temperatura en un segundo.
2. Se debe colocar al niño boca abajo, con la cabeza girada hacia un lado. Después, se apoya la sonda del aparato en el conducto auditivo y se aprieta el pulsador que lo activa.
3. Al cabo de un segundo, ya se puede leer la temperatura, que aparece en una pequeña pantalla.

Debajo de la axila

1. Se debe utilizar un termómetro de mercurio o electrónico. Si el termómetro es de mercurio, hacer descender la columna de mercurio por debajo de los 34°C, y colocar el termómetro debajo de la axila del niño.
2. Es necesario que el niño se esté quieto durante el tiempo que dura la medición de la fiebre (máximo tres minutos).
3. Leer la temperatura y anotar el valor obtenido, sin quitarle nada.

Observar los síntomas sin prisas

La fiebre no es una enfermedad, sino una defensa del organismo luchando contra los enemigos que lo atacan. Por esta razón, es muy importante observar atentamente

al niño, con el fin de comunicar al médico los otros síntomas que también se puedan presentar y que son útiles para poder establecer un diagnóstico. Antes de ponerse en contacto con el médico, hay que observar si el niño:

- Se encuentra decaído, sin ganas de jugar y no responde a los estímulos como de costumbre.
- Le cuesta respirar y tiene la nariz tapada.
- Se queja de que le duele el oído.
- En algunos casos, tendrán que pasar, al menos, 24 horas antes de que estos síntomas se manifiesten. Lo mejor que pueden hacer los padres es esperar y mantener al niño lo más cómodo posible.

¿Cómo bajar la fiebre?

Si la temperatura es mayor a los 38,5°C y no disminuye por sí sola, conviene administrar al pequeño un medicamento antitérmico. El pediatra indicará cuál es el más apropiado. El antitérmico no modifica el desarrollo de la enfermedad, únicamente alivia sus síntomas, bajando la fiebre.

Preguntas que nos podemos hacer

1. Cuando un niño tiene fiebre ¿se puede salir tranquilamente de casa para llevarlo al pediatra? Las condiciones atmosféricas no influyen en el desarrollo de la fiebre ni de la enfermedad. Además, es importante llevarlo al pediatra porque así se podrá hacer una revisión y un diagnóstico más apropiados.
2. ¿Un niño con fiebre debe permanecer en un lugar caliente y bien tapado? Si el pequeño tiene fiebre, se le debe bajar la temperatura quitándole ropa y aireando su habitación. También puede ser útil pasarle por los brazos y las piernas una esponja empapada en agua templada, sobre todo en las axilas, codos, caderas y rodillas.
3. Para bajar la fiebre, ¿se le puede administrar un antibiótico? Los antibióticos son necesarios para tratar las enfermedades de origen bacteriano. Sólo se deben administrar por prescripción médica, y nunca para bajar la fiebre. Los antitérmicos son los indicados para bajar la fiebre del pequeño, pero como ya hemos dicho, siempre bajo prescripción médica.

Memorándum

Lo que el médico DEBE saber:

1. La edad que tiene el niño.
2. Temperatura y manera de tomarla.
3. Cuántos días hace, exactamente, que tiene fiebre.
4. Otros posibles síntomas.
5. Si en los días anteriores ha mantenido algún contacto con personas enfermas.
6. Si hace poco que lo han vacunado.

Diferencias entre bocanadas, regurgitación y vómito en neonatos

- **Bocanada:** muchos bebés expulsan leche voluntariamente cuando están siendo alimentados, propulsando con la lengua el líquido fuera de la boca. La cantidad de leche que se pierde con ellas es muy pequeña y no debe preocupar a no ser que se observe que el bebé no gana peso y su desarrollo es insuficiente. No debe por ello cambiar los hábitos del bebé. Suele mejorar a partir de los 6 meses de edad.
- **Regurgitación:** son muy frecuentes en los primeros meses de vida y suelen ser indicio de enfermedad gastrointestinal. Son expulsiones sin esfuerzo de contenido del estómago. La cantidad es variable. Puede regurgitar líquidos o alimentos sólidos. Si persiste, se pedirá consejo al pediatra. Si el pediatra controla el peso y éste ha aumentado normalmente no es necesario preocuparse, aunque se debe vigilar. Existen diversas enfermedades gastrointestinales que se asocian con una regurgitación persistente en la infancia, pero la más frecuente es el reflujo gastroesofágico (la válvula del extremo inferior del esófago no cierra bien; en las primeras 8-12 semanas de vida, en todos los niños se observa como una laxitud de este esfínter; se empieza a ajustar de modo hermético entre los 3-9 meses de vida).
- **Vómito:** es la expulsión enérgica del contenido del estómago. Es más frecuente que las bocanadas y las regurgitaciones. Un bebé que vomita requiere mayor observación ante problemas de deshidratación. En el periodo inmediato después del nacimiento, los vómitos pueden deberse a la obstrucción

del tracto abdominal. Dicha obstrucción es una constricción muscular de la válvula de salida del estómago llamada “estenosis pilórica”. La enfermedad se observa típicamente en recién nacidos de unas 5-6 semanas de vida, pero puede iniciarse a las 2-4 semanas. Los vómitos son energéticos, en proyectil o escopetazo y empeoran a medida que transcurre el tiempo. Es más frecuente en niños que en niñas y tiene carácter familiar.

Memorándum

Lo que el médico debe saber:

- ¿Parece encontrarse mal?
- ¿Presenta el bebe síntomas como dolor de cabeza, dolor de nuca, dolor abdominal, diarrea, erupción, dolor de oído, tos o dolor de garganta?
- ¿Orina en cantidades normales?
- ¿El material vomitado tiene color verdoso o de sangre?
- ¿Ha recibido algún medicamento?
- ¿Acceso a medicamentos o productos de limpieza?

Deshidratación

Es la pérdida de líquidos en el organismo. Ocurre cuando los episodios de vómitos y diarrea juntos duran más de 24-48 horas. Las señales de alarma que nos indican que el pequeño está deshidratado son: el niño no orina, se encuentra bastante abatido, tiene la boca muy seca, los labios amoratados y muchas ojeras.

Cuando aparecen todos estos síntomas, se debe acudir lo antes posible a un servicio de urgencias, donde decidirán si es necesario hospitalizar. La deshidratación se debe prevenir, interviniendo de forma inmediata, a través de la administración de sales minerales, que están contenidas en las soluciones rehidratantes.

Tos

Expulsión explosiva de aire procedente de los pulmones como acción voluntaria o refleja para expulsar un cuerpo extraño, como una migaja, moco o esputo. La tos que consigue expulsar esputo se denomina húmeda/productiva.

La tos se trata de un síntoma común entre los niños más pequeños, sobre todo si ya frecuentan guardería. Aunque sea muy fuerte, no siempre indica una enfermedad grave de las vías respiratorias, sino únicamente un fenómeno que puede producir muchas molestias.

Si la tos no molesta al niño se puede ayudar para intentar que cese ventilando la habitación o manteniendo el ambiente húmedo mediante humidificador.

Estreñimiento

Las deposiciones del niño estreñido son duras y secas, independientemente de su frecuencia. Aunque puede ser síntoma de un trastorno, se debe muchas veces a dietas insuficientes en líquidos o fibra, trastornos emocionales o ciertos medicamentos.

Para combatir el estreñimiento no es bueno darle laxantes, medicinas, infusiones o dietas especiales. Este síntoma mejora, por lo general, con una alimentación rica en fibra y con el ejercicio.

Las frutas y verduras es mejor ofrecérselas ralladas o machacadas con un tenedor, si es pequeño, y enteras, si se trata de un niño mayor. Las legumbres (lentejas, garbanzos...) son los alimentos que más fibra contienen. En cuanto a los lactantes, si toman el pecho, puede pasar algún día sin hacer deposiciones. Eso no sería estreñimiento, porque sus deposiciones son una masa pastosa.

Eructos

El eructo evita al bebé la molesta retención de gases. Si procuramos que el niño alimentado con biberón expulse el aire en mitad de la toma, no se le formará una gran burbuja en su estómago que arrastraría la leche al salir. La causa del exceso de gases suele estar en los orificios inadecuados de las tetinas (demasiado grandes o muy pequeñas) o en una mala preparación del biberón.

Cuando el bebé es amamantado, no necesita descansar para eructar. En el pecho de la madre no hay aire y el pezón suele adaptarse bien a la boca del niño. De todos modos, conviene mantener al pequeño incorporado durante un ratito después de cada toma. Podemos ponerle a la altura de nuestro hombro, al tiempo que le damos unos suaves golpecitos en la espalda. También son muy eficaces los masajes circulares en la tripa entre toma y toma.

Vacunas

Mantener las vacunas al día es crítico para la salud de su bebé. Las vacunaciones se necesitan desde el nacimiento hasta la niñez. La Academia Americana de Pediatría recomienda que los bebés reciban las siguientes vacunas:

- Hepatitis B (HepB)
- Difteria, tétanos, tosferina (DTaP)
- Haemophilus influenzae Tipo B (Hib)
- Polio inactivo (IPV)
- Sarampión, paperas, rubéola (MMR)
- Varicela
- Neumococo (PCV)
- Influenza (flu)

Las enfermedades de las cuales estas vacunas ayudan a proteger al bebé son muy serias. Los bebés

PROGRAMA DE VACUNAS

Edad	Vacuna	Enfermedad
Nacimiento	BCG	Tuberculosis
	Polio	Poliomielitis
1 mes	HBV	Hepatitis B
2 meses	Polio	Poliomielitis
	DTP	Difteria, Tétanos, Tosferina
	Hib	Vacuna contra <i>Haemophilus influenzae</i> tipo B
	HBV	Hepatitis B
4 meses	Polio	Poliomielitis
	DTP	Difteria, Tétanos, Tosferina
	Hib	Vacuna contra <i>Haemophilus influenzae</i> tipo B
6 meses	Polio	Poliomielitis
	DTP	Difteria, Tétanos, Tosferina
	Hib	Vacuna contra <i>Haemophilus influenzae</i> tipo B
	HBV	Hepatitis B
14 meses	Trivalente viral	Sarampión, Rubéola, Parotiditis
18 meses	Polio	Poliomielitis
	DTP	Difteria, Tétanos, Tos ferina
	Hib	Vacuna contra <i>Haemophilus influenzae</i> tipo B
6 años	Refuerzo Polio	Poliomielitis
	DTP	Difteria, Tétanos, Tosferina
10 años	Trivalente viral	Sarampión, Rubéola, Parotiditis

pueden caer muy enfermos y hasta morir si las desarrollan.

Debe seguir las recomendaciones del pediatra sobre cuándo deben administrarse las vacunas al bebé. Los beneficios de las vacunaciones sobrepasan los riesgos. Algunas vacunas pueden causar una fiebre leve, un salpullido o dolor en el lugar de la inyección.

En casos raros, un niño puede tener una reacción alérgica seria a la vacuna. Síntomas de dicha reacción incluyen dificultad al respirar, respiración sibilante, mareo, desmayo, urticaria, latidos cardíacos irregulares y debilidad. Este tipo de reacción ocurre en unos minutos o algunas horas después de la inyección. Se debe consultar al pediatra si tiene alguno de estos síntomas.

ENFERMEDADES PREVENTIVAS

- *Difteria*: causa una capa espesa en la nariz, garganta y vías respiratorias. Puede conducir a problemas respiratorios, fallo cardíaco, parálisis o muerte. La vacuna DTaP previene la difteria.
- *Haemophilus influenzae tipo B*: causa meningitis (infección de la capa del cerebro y la espina dorsal), neumonía y otras infecciones. Puede conducir a lesiones cerebrales permanentes y hasta la muerte. La vacuna Hib previene *Haemophilus influenzae* tipo B.
- *Hepatitis B*: causa enfermedades crónicas a largo plazo. Puede conducir a enfermedad hepática crónica o cáncer. La vacuna HBV previene la hepatitis B.

- *Influenza (flu)*: causa fiebre (usualmente alta), dolor muscular, cansancio extremo, tos seca, nariz tupida o que gotea y, menos común, náusea, vómitos y diarrea. Puede ser severa en niños pequeños. Puede causar complicaciones como la neumonía, bronquitis y sinusitis e infecciones de oídos. Es muy raro que cause la muerte.
- *Sarampión*: causa salpullido, tos y fiebre. Puede conducir a diarrea, infección de oído, neumonía, lesiones cerebrales y hasta la muerte. La vacuna MMR previene el sarampión.
- *Paperas*: causa fiebre, dolor de cabeza e inflamación de las glándulas bajo las mandíbulas. Puede conducir a la pérdida de la audición; dolorosa inflamación de los testículos; o meningitis (infección de la capa del cerebro y la espina dorsal). La vacuna MMR previene las paperas.
- *Tosferina*: causa tos y ahogo por varias semanas. Puede conducir a la neumonía, ataques repentinos, lesiones cerebrales y hasta la muerte. La vacuna DTaP previene la pertusis.
- *Neumococo*: causa neumonía, meningitis, infecciones del torrente sanguíneo, y algunas infecciones de oído. Puede conducir a lesiones cerebrales permanentes y hasta la muerte. La vacuna PCV previene el neumococo.
- *Polio*: causa fiebre, irritación de la garganta, náusea, diarrea, dolor de cabeza, dolor de estómago, rigidez en el cuello, espalda y piernas. Puede conducir a dificultades respiratorias, parálisis y hasta la muerte. La vacuna IPV previene la polio.
- *Rubéola*: causa salpullido, fiebre ligera, inflamación de las glándulas y artritis. La rubéola puede causar que las mujeres embarazadas pierdan a sus bebés

o tengan bebés con defectos de nacimiento tales como la sordera, la ceguera, enfermedades cardíacas y lesiones cerebrales. La vacuna MMR previene la rubéola.

- **Tétanos:** causa espasmos severos y dolorosos de todos los músculos. Puede conducir a la rigidez de la mandíbula, de modo que el paciente no puede abrir la boca ni tragar. Algunos pacientes con tétanos mueren. La vacuna DTaP previene el tétanos.
- **Varicela:** causa fiebre, ampollas con picazón y a veces enfermedades más graves. Puede complicarse con infecciones bacteriales de la piel y los pulmones. Se previene con la vacuna contra la varicela (V).

EL DESCANSO DEL PEQUEÑO GUERRERO

- **Cuestiones horarias:** ¿cuántas horas debe dormir? Al igual que sucede con los adultos, unos niños necesitan más horas de sueño y otros menos. Dicho esto, sirvan las siguientes líneas a

modo de orientación. Los recién nacidos suelen dormir 15-17 horas diarias repartidas en períodos que pueden variar de 2 a 6 horas. Lo habitual es que alrededor del tercer mes, y con un poco de ayuda, empiecen a adoptar el ciclo día-noche, lo que significa que durante el día duerman 3 o 4 siestas y su sueño nocturno empiece a ser el más largo, entre 5 y 9 horas.

A los 6 meses duermen unas 14 horas diarias en total. Las siestas se han reducido a 2 horas y su sueño nocturno se prolonga entre 10 y 12 horas. A estas alturas, si ha adquirido un buen hábito del sueño, será capaz de dormir toda la noche de un tirón.

- 1 semana: 16-17 horas
- 3 meses: 15 horas

- **Síntomas por falta de sueño:** Sin embargo, si aún duerme menos, se debe observar su conducta para comprobar la presencia de síntomas por falta de sueño: ¿está irritable?, ¿absorto?, ¿es incapaz de mantener la atención? Entonces se deberán controlar sus horarios y hábitos nocturnos para ver si pueden aumentar las horas de sueño. Si, por el contrario, duerme más, se comprobará que su crecimiento sea normal y que cuando está despierto se muestra atento y activo. Si es así, no es preocupante; lo único que sucede es que el niño, por suerte, es un dormilón.

ACCIDENTES

- **Boca, nariz, ¡cuidado si se mete algo!** A los bebés les llaman mucho la atención los objetos de pequeñas dimensiones, y por lo general se los llevan a la boca, nariz u orejas. ¿Qué se debe hacer? Botones, piezas de juguetes... sobre todo si son de pequeñas

dimensiones, son cosas que llaman mucho la atención al pequeño. Incluso, antes de cumplir un año de edad, si ya gatea o empieza a dar sus primeros pasos, el bebé se dirigirá rápidamente hacia estos objetos para explorarlos a fondo. En esta fase, hay que poner mucha atención porque una de las formas preferidas del niño para conocer las cosas es metiéndoselas en la boca, pero también en la nariz y en las orejas.

- **En la garganta.** Si el objeto aún se encuentra en el inicio de la cavidad oral, es suficiente con introducir un dedo en la boca del niño y sacarlo. Pero, si el niño se pone de repente morado y parece que se está ahogando, es porque el objeto ha bajado un poco más. En este caso, se debe sujetar rápidamente al niño por los pies, ponerlo de cabeza y sacudirlo con firmeza, dándole también golpes en la espalda, entre los hombros. Así, debido a la fuerza de la gravedad, se intenta provocar el estímulo de la tos para lograr que el niño expulse el objeto.

Si el niño ya tiene más de dos años de edad, se puede hacer la "maniobra de Heimlich": se coge al niño rodeando con los brazos entre el tórax y el estómago. La mano derecha, cerrada en un puño, se apoya un poco arriba del ombligo, en la boca del estómago, y la izquierda debe estar sobre la mano derecha. En este punto, hay que apretar hacia el interior y hacia arriba; esta maniobra se debe repetir más veces, con los mismos movimientos hasta que el objeto sea expulsado.

- **En la nariz.** Hay objetos que pueden terminar dentro de la nariz del niño por casualidad, y otros que él se introduce intencionadamente.



El niño continuará respirando normalmente, ya que tiene un orificio de la nariz y la boca libres. La única forma para darse cuenta es por la formación de moco mezclado con pus, debido a una leve infección, que sale de la nariz a veces de un solo orificio de ésta. Si el daño ya está hecho, hay que llevarlo al médico.

Las cosas introducidas en la nariz del pequeño parecen fáciles de sacar, pero el riesgo es que, en el intento por sacarlos, vayan a terminar en la garganta o al aparato respiratorio.

El objeto podría ir directamente a los bronquios y causar daños como una pulmonía por aspiración, que es provocada por un objeto extraño. Cuando esto sucede, se presenta una infección de los bronquios que intentan expulsar "el objeto". Por esta razón, no se debe intentar intervenir en ningún caso, ni siquiera aunque le parezca que puede sacar fácilmente el objeto con unas pinzas. Esto podría empeorar seriamente la situación.

Intoxicación por ingesta accidental de medicamentos

Medicinas de toxicidad media

- Paracetamol.
- Ácido acetilsalicílico.
- Antidepresivos modernos.
- Antihistamínicos.
- Espasmolíticos.
- Benzodiacepinas.
- Ácido bórico (desinfectante cutáneo).
- Antihipertensores.
- Anticoagulantes dicumarínicos.
- Diuréticos.
- Integradores del hierro.
- Productos con flúor para la prevención de la caries.

- Desinfectantes cutáneos a base de mercurio.
- Nitroderivados (medicamentos para la angina de pecho).
- Sedantes "centrales" de la tos.
- Fármacos antiulcerosos (Anti H₂, inhibidores de la bomba protónica).
- Antieméticos (fármacos contra el vómito).
- Antidiarreicos.
- Hormonas tiroideas.

Medicinas de toxicidad elevada

- Algunos tipos de antidepresivos.
- Antiarrítmicos.
- Beta bloqueantes (por ejemplo, fármacos antihipertensores).
- Beta estimulantes (por ejemplo, broncodilatadores).
- Broncodilatadores en general.
- Calcio antagonistas (por ejemplo, fármacos antihipertensores).
- Carbamacepina (antidepresivo, antiepiléptico).
- Digital.
- Colchicina (antigotoso).
- Antidiabéticos orales.
- Antiepilepticos.
- Sedantes "mayores" (neurolepticos).
- Anorexizantes (anfetamínicos).
- Antihipertensores.
- Antimaláricos.
- Barbitúricos.

En caso de ingestión accidental de medicamentos el pequeño no corre grandes riesgos si sólo tomó el fármaco en pocas cantidades. De todas formas, incluso en este caso conviene llevarle a urgencias; normalmente es suficiente con unas pocas horas de observación en el hospital para comprobar la ausencia o la desaparición de los síntomas que se puedan presentar, para poder regresar tranquilamente a casa.

No ocurre lo mismo si, por ejemplo, el niño ingirió todo un frasco de paracetamol o de

aspirina. Entonces, los riesgos son graves e igualmente se debe acudir en seguida a urgencias para proceder a una rápida intervención. Debemos recordar que estamos hablando de la ingesta de gran cantidad de fármacos de toxicidad media o cualquier cantidad de fármacos de toxicidad elevada y que, por tanto, pueden causar trastornos graves en el organismo del niño. En cualquier caso, es necesario una atenta observación del pequeño en el hospital.

BOTIQUÍN

Estas son las cosas necesarias que nunca deben faltar en casa para hacer una cura de urgencia. El botiquín debe contar con el siguiente material:

- Gasas esterilizadas de 10x10cm, útiles para limpiar y cubrir las heridas.
- Vendas de 5 cm de ancho para vendar las heridas.
- Vendas elásticas de 10 cm de ancho.
- Apósitos de distintos tipos y medidas.
- Un paquete de algodón hidrófilo.
- Un rollo de esparadrapo de 2,5 cm de ancho.
- Solución fisiológica para despejar la nariz.
- Un desinfectante que no tenga alcohol.
- Agua oxigenada.
- Un producto que contenga antibiótico para poder aplicarlo a las heridas con el fin de evitar infecciones.
- Un analgésico para el tratamiento provisional de un traumatismo.
- Un termómetro.
- Una caja de jeringas.
- Un par de guantes desechables.

ALIMENTACIÓN

La alimentación materna

- Se cambia el pañal al niño antes de la toma para que esté cómodo y relajado.
- Se le indica a la madre que tome una posición cómoda y adecuada.
- Se coloca al neonato de manera que su cabeza esté por encima del abdomen para evitar regurgitaciones.
- El niño estará unos 10 minutos en cada pecho (dependiendo de la cantidad de leche o de lo cansado que esté el niño). Nunca debe pasar los 30 minutos por toma.
- Se coloca al niño primero en el pecho en que se terminó la toma anterior.
- Al finalizar, se espera a que eructe (para que elimine los gases), poniéndolo recto y apoyado sobre el hombro o sentado en el regazo dándole suaves palmaditas en la espalda.
- Se le acuesta de cúbito lateral derecho, para favorecer el vaciamiento gástrico.
- Se le indica a la madre que se lave las manos y los pezones.
- Se anota en la historia de enfermería todas las incidencias.

Alimentación artificial

- Preparación del biberón. En nuestro caso se realiza en biberonería.
- La cantidad de leche depende de cada niño.
- Le cambiamos antes de cada toma.
- Nos lavamos las manos. Comprobamos la temperatura del biberón echando unas gotas de leche sobre la muñeca: 34° C.
- Nos sentamos en una silla en posición cómoda. Se sujeta al niño por la cabeza y los hombros colocándole sobre las rodillas, con la cabeza apoyada en el hombro izquierdo y con el tórax levantado,

mientras que con la otra mano se le da el biberón.

- Se mantiene el extremo de la teta siempre lleno para que el neonato no trague aire. Al administrarle el biberón, se interrumpe la toma dos o tres veces para que eructe.
- La toma no se alargará más de 40 minutos.
- Se espera a que eructe como se explicó anteriormente.
- Se especifica la cantidad de leche que ingiere en cada toma y se anota.
- También se anotan todas las incidencias en la historia de enfermería.

Ventajas de la alimentación materna

- Siempre se encuentra a temperatura ideal, no precisa preparación y se adapta a las necesidades del niño.
- Disminuye la aparición de ciertos tipos de alergias e intolerancia alimenticia.
- Aporta al bebé anticuerpos contra numerosas infecciones y reduce el riesgo de diarrea, otitis, infecciones respiratorias, etc.
- Durante los primeros días se produce calostro, rico en proteínas e inmunoglobulinas y adaptado a

las necesidades del bebé hasta que sube la leche. El calostro actúa de laxante y ayudará a expulsar el meconio (primeras deposiciones del lactante).

- Posee anticuerpos contra diversas enfermedades (varicela, parotiditis, sarampión y poliomelitis), por lo que proporciona defensas al lactante.
- Contiene todos los nutrientes adecuados a las necesidades del lactante (agua, proteínas, grasas, hidratos de carbono, minerales y vitaminas).
- Protección frente al cáncer de mama.
- Menos posibilidades de infección, al no tener que manipular biberones.
- El contenido en lactosa es más elevado que en otras leches y se transforma en el intestino en ácido láctico, el cual crea un medio ácido que impide el crecimiento de bacterias y ayuda a la absorción de calcio y otros minerales.

La vida y los libros no nos dan las soluciones, pero sí algunas herramientas. Porque el apoyo psicológico no es una ciencia exacta; más que una cuestión de ciencia, es una cuestión de conciencia. (Manuel Gallar)

BIBLIOGRAFÍA

- Carlos García Caballero: *Escuela de padres*, Madrid, 2000.
- Eduard Estivill y Sylvia de Béjar: "Como solucionar el problema del insomnio infantil". *Duérmete, niño*. Gava. Barcelona, 2002.
- Ana I. Piqueras: *La salud infantil y su atención médica*. Centro Francisco Tomás y Valiente. UNED Alzira-Valencia. Barcelona, 2003.
- Delegación Nacional de la Sección Femenina del Movimiento: *Nociones de puericultura post natal*. 17ª ed. Almena. Madrid, 1974.
- A. Albet Mas y M. Casas Vilalta: *Ciencias Sociales*, Geografía. Vicens Vives, 2003.
- Ana María Fernández y Evangelina Pérez: *Higiene del medio hospitalario*. Ciclo formativo de grado medio. McGraw Hill. Madrid, 2004.
- Manuel Gallar: *Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente*. 3ª ed. Thomson Paraninfo, 2004.



La transformación adolescente (I)

El aumento de demandas de atención psicoterapéutica para adolescentes que está produciéndose en los últimos tiempos merece una reflexión detenida. Por un lado, para poner de manifiesto cómo los vertiginosos cambios sociales y tecnológicos que estamos viviendo en nuestra cultura actual pueden tener una influencia decisiva sobre la adolescencia, obligándonos a reformular muchos conceptos para poder comprender mejor la realidad clínica a la que nos enfrentamos diariamente. Por otro lado, para mostrar algunas de las diversas presentaciones clínicas de adolescentes (y sus familias) que acuden a consulta en la actualidad, y cómo es posible trabajar con ellos desde un enfoque de psicoterapia. La adolescencia como condición social y como periodo de transición entre la infancia y la adultez parece tener límites conceptuales cada vez más difusos. Cambia y se transforma del mismo modo que lo hacen la familia como contexto de desarrollo humano y también la propia sociedad de la que forma parte. Se inicia con la metamorfosis de la pubertad y finaliza con el comienzo de la edad adulta, pero hoy podemos observar que el tiempo de la adolescencia parece “invadir” el tiempo propio de la infancia, con el adelanto progresivo del comienzo de la pubertad, y también adolescencias prolongadas o “perpetuas”, que pueden obstaculizar el ingreso en la adultez.

TEXTO D. Francisco Julián Barriga Godoy
Psicólogo y Psicoterapeuta. Cáceres

Los vertiginosos cambios sociales y tecnológicos que afectan a nuestra forma de vida actual caracterizados por la aceleración creciente de la tasa de cambio producido por el desarrollo tecnológico, la omnipresencia de la Sociedad de la Información en un mundo cada vez más uniforme, interdependiente y globalizado, y la preeminencia de valores de comportamiento centrados en el

consumo constituyen parte del contexto cultural e histórico de las familias y adolescentes actuales.

En la exposición que sigue vamos a tratar de comprender y valorar los efectos que la propia *transformación cultural y familiar* pueden estar teniendo sobre la construcción de la personalidad de los adolescentes, especialmente de aquellos que demandan tratamiento en un ámbito

concreto de psicoterapia privada, sin pasar por alto que la visión previa interiorizada que podamos tener sobre estos fenómenos puede condicionar nuestro enfoque de sus problemas y dificultades, pero también de sus potencialidades y recursos, debido a lo cual trataremos de evitar el riesgo de problematizarlo todo para así intentar construir un *discurso positivo y útil sobre la adolescencia* (Funes, 2003).



La adolescencia es un producto del siglo XX, y por tanto, cultural e históricamente, un fenómeno reciente (Palacios, 1990). Además se trata de un fenómeno circunscrito a nuestra cultura occidental, puesto que es en ella en donde la incorporación de los adolescentes al estatus adulto se ha retrasado de modo apreciable hasta llegar a formar una segunda década de la vida —cuando no una tercera—, alargando los procesos educativos y demorando el momento de adquisición de la autonomía personal (Antona et al. 2003).

Hablaremos entonces de lo que voy a llamar la “*transformación adolescente*”. Transformar (del latín *transformare*), según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua, significa: “Hacer cambiar de forma a alguien o algo”. En un principio, la expresión parece referirse directamente a los cambios morfológicos que caracterizan la pubertad (la llamada “*metamorfosis puberal*”), como puerta de entrada a la adolescencia, pero la expresión tiene para nosotros un sentido más amplio, referido a la personalidad en su conjunto. *Transformación, por tanto, en un triple sentido: biológico, psíquico y social*, puesto que el mismo concepto social de adolescencia está cambiando.

» Etapa de transición

Entendemos habitualmente por adolescencia (Palacios, 1990) la etapa de transición en la que ya no se es niño pero en la que tampoco se tiene el *estatus* adulto, aquella que transcurre generalmente desde los 12-13 años hasta aproximadamente el final de la segunda década de la vida, entre la dependencia o tutela familiar y la incorporación a la sociedad y a la vida laboral. Para Erikson (1968) la adolescencia configura una suerte de “*moratoria social*”, algo así como un paréntesis o compás de espera que la sociedad da a sus miembros jóvenes mientras se preparan para ejercer los roles correspondientes a la vida adulta.



En gran medida, la adolescencia es un producto del siglo XX, y por tanto, cultural e históricamente, un *fenómeno reciente* (Palacios, 1990). Además se trata de un fenómeno circunscrito a nuestra *cultura occidental*, puesto que es en ella en donde la incorporación de los adolescentes al *estatus* adulto se ha retrasado de modo apreciable hasta llegar a formar una segunda década de la vida —cuando no una tercera—, alargando los procesos educativos y demorando el momento de adquisición de la autonomía personal (Antona et al. 2003).

Las chicas y chicos adolescentes de nuestra cultura pueden caracterizarse por tener estas señas de identidad (Palacios, 1990):

- Encontrarse todavía en el sistema escolar o en otro contexto de aprendizaje.
- Dependen de sus padres y viven con ellos.
- Están realizando la transición de un sistema de apego centrado en la familia a uno centrado en el grupo de iguales, y de aquí a uno basado en la pareja (sea de distinto sexo o del mismo sexo).
- Pertenecer y sentirse miembros de una cultura de edad (“la cultura adolescente”), que se caracteriza por tener sus propias modas, hábitos, estilos de vida y valores.
- Por tener preocupaciones e inquietudes que no son ya las de la infancia pero tampoco coinciden con las de los adultos.

» Pubertad y adolescencia

Es importante diferenciar los conceptos de pubertad y de adolescencia (Palacios, 1990). La *pubertad* es el conjunto de cambios físicos que a lo largo de la segunda década de la vida transforman el cuerpo infantil en cuerpo adulto con capacidad para la reproducción, mientras que la *adolescencia* es un período psicosociológico cada vez más amplio y que se caracteriza por la transición entre la infancia y la adultez. La pubertad es, por tanto, un fenómeno universal para todos los miembros de nuestra especie, es un hito biológico así como un proceso de la mayor importancia en nuestra maduración y crecimiento (ontogénesis). La adolescencia, por su parte, es un hecho psicosociológico no necesariamente universal y que no adopta necesariamente en otras culturas el patrón que adopta en la nuestra. Es un tiempo social (cada vez más largo) en el que hay que “dedicarse a ser adolescente”; *una condición social* cuyas claves interpretativas deben

ser buscadas en el contexto social e histórico en el que nos encontramos (Funes, 2003).

La pubertad puede caracterizarse como la “puerta de entrada” a la adolescencia. La metamorfosis puberal, además de su especificidad biológica tiene, por un lado, una serie de consecuencias psíquicas y, por otra parte, una dimensión simbólica y cultural relevantes. Los cuerpos infantiles de chicas y chicos son muy parecidos, salvo en los caracteres sexuales primarios, pero al final de los procesos de cambio que acontecen durante la pubertad se diferenciarán enormemente tanto en los caracteres sexuales primarios como secundarios. Este proceso de transformación física es iniciado por una serie de mecanismos hormonales que desencadenan un largo proceso de cambios que presenta un *patrón diferencial para chicos y chicas*. La pubertad, por tanto, inicia un proceso de mayor diferenciación física, psíquica y simbólica entre varones y mujeres. Proceso que, en realidad, se ha originado mucho antes, en las distintas atribuciones sociales y roles que la sociedad establece sobre niños y niñas desde el comienzo del desarrollo y con base en el dimorfismo sexual de la especie humana.

No es casual que en las sociedades agrarias tradicionales se situase justamente en este periodo de desarrollo puberal que, partiendo de la infancia, anticipa y/o acompaña a la propia adolescencia la realización de una serie de ritos de paso característicos que marcaban a un nivel simbólico el paso o transición de una etapa infantil o de minoridad y dependencia a la vida adulta. Como si la pubertad biológica tuviese en sí misma un valor simbólico propio y adjudicado por la cultura. Un ejemplo de ello puede ser en la mujer la



La pubertad es el conjunto de cambios físicos que a lo largo de la segunda década de la vida transforman el cuerpo infantil en cuerpo adulto con capacidad para la reproducción.

menarquía, puesto que los rituales antiguos concedían una importancia especial a la sangre como sustancia asociada a la vida, al nacimiento y a la muerte.

El proceso de metamorfosis pube-
ral se produce de un modo bastante
lento (Palacios, 1990), y algunas de
las manifestaciones del cambio que
más evidentes pueden ser para el
observador externo (cambio de voz,
vello pigmentado en las axilas y en la
cara, en el caso de los chicos; prime-
ra menstruación, desarrollo del pe-
cho en las chicas), no son sino la
parte final de un proceso iniciado
con bastante antelación, de un mo-
do que podríamos llamar “silencio-
so” o latente, progresivo o gradual,

aunque algunas de sus manifesta-
ciones más llamativas puedan darse
de modo bastante rápido o incluso
abrupto a través de “acelerones”,
como es el caso del típico “estirón”.

Las edades promedio en las que
estos cambios tienen lugar son algo
diferentes para chicos y chicas
(Palacios, 1990). En las chicas, pue-
den comenzar por término medio
hacia los 10-11 y acabar hacia los
14-16 años, mientras que en los chi-
cos estos cambios se inician hacia
los 12-13 años y finalizan hacia los
16-18. Las chicas se anticipan en es-
te proceso de desarrollo, según po-
demos ver. Estas edades promedio
no impiden, sin embargo, que se dé
una variedad enorme, empezando el
proceso de maduración pube-
ral en algunos niños a los 10 años y termi-
nando en otros a los 20, y comen-
zando en algunas niñas a los 9,
mientras que se prolonga en otras
hasta los 18. Dentro de esta enorme
diversidad y con independencia de
la edad en que se pongan en mar-
cha, se da, sin embargo, una gran
semejanza en la secuencia en la que
ocurren estos cambios, presentando
así el mismo perfil en los distintos
individuos.

Las causas por las que la madu-
ración se adelanta parecen deberse
a factores genéticos y ambientales,
y dentro de estos últimos, la ali-
mentación juega un papel muy
destacado. Existiendo también di-
ferencias en función del contexto
urbano o rural, puesto que la me-
narquía aparece más tarde en chicas
rurales que en chicas urbanas. Este
dato expresa la posible influencia
de factores sociales y culturales a la
hora del adelantamiento de la pu-
bertad, como pueden ser los dife-
rentes estilos de vida presentes en
cada contexto social y los propios
factores relacionados con la salud y
la enfermedad.

» Repercusión psíquica

A pesar de todas estas diferencias en maduración, todos los chicos y chicas son normales desde el punto de vista del crecimiento. Sin embargo, nos interesa la repercusión psíquica y emocional que la maduración precoz o tardía puede tener, así como la vivencia que el propio proceso de transformación corporal despierta en ellos. Hay que tener en cuenta que la adolescencia es una de las etapas de la vida en que más atento se está al propio cuerpo, a su forma, tamaño, desarrollo, a su parecido y diferencias respecto al cuerpo de los demás, constituyendo así parte de lo que podemos llamar “narcisismo adolescente”. Eso ocurre así en nuestra cultura porque existen una serie de estereotipos de belleza respecto a los cuales se va a valorar el adolescente, que se sentirá más cómodo con su propio cuerpo cuanto más se aproxima a esos estereotipos, y tanto más incómodo cuanto más se aleje de ellos (Palacios, 1990). De ahí la importancia que las presiones hacia la delgadez y hacia cuerpos de alto nivel de exigencia física por parte de los medios de comunicación y de la estrategia publicitaria pueden estar teniendo en la génesis de toda una serie de síntomas presentes no solamente en los adolescentes, aunque ellos puedan ser los exponentes más característicos de este proceso, sino también y cada vez más en adultos e incluso en niños.

Según Palacios (1990), los efectos de la maduración precoz o tardía pueden ser diferentes para chicos y chicas. Así, la maduración precoz puede ser bien recibida en los varones porque les distingue de los demás por su fuerza y vigor físicos, que son aspectos valorados habitualmente por los adolescentes varones, mientras que el chico que madura



más tarde puede sentirse más inseguro, o menos competente. Sin embargo, también por eso mismo el impacto de las exigencias de los procesos de socialización pueden ser mayores para el chico que madura

La adolescencia es un período psicosociológico cada vez más amplio y que se caracteriza por la transición entre la infancia y la adultez.

antes, viéndose presionado a comportarse de acuerdo a criterios basados más en su madurez física (la apariencia corporal, en definitiva) que en su madurez psicológica (es decir, el desarrollo global real del chico) que puede ser todavía muy escasa, lo cual puede conducirle también a sentimientos de malestar. En el caso del chico que madura más lentamente puede suceder lo contrario porque se espere de él un comportamiento más infantil y menos adolescente del que es capaz de realizar, originándose por eso mismo fricciones con los adultos. Esto nos lleva a pensar en la importancia que tiene la imagen percibida que tenemos de los otros y cómo esa “interpretación personal” puede llevar a condicionar los procesos de socialización sobre el niño y adolescente que, no lo olvidemos, necesitan del adulto para constituirse como sujetos.

Podría pensarse que en el caso de las chicas la maduración temprana no es tan bienvenida (Palacios, 1990), llegando incluso a ocultar sus características externas más visibles y tener miedo a llamar excesivamente la atención, crecer poco o demasiado o a engordar más de la cuenta. Además, como consecuencia de su aspecto físico, estas chicas pueden verse presionadas por los chicos a establecer un tipo de relaciones para las que aún no están preparadas. La chica que madura más tardíamente quizás tenga menos problemas desde este punto de vista. Sin embargo, puede haber chicas que miren con envidia la atención que reciben sus compañeras más desarrolladas por parte de los chicos, con lo cual las que se adelantan ven una parte fundamental de su autoestima adolescente reforzada a través de su desarrollo puberal precoz o más

avanzado que el de las chicas que maduran más tarde, quienes pueden en este sentido sentirse menos satisfechas con su cuerpo. Este aspecto puede tener bastante importancia porque el adolescente, pese al desarrollo creciente de su sistema cognitivo, tiene todavía algunos problemas para integrar conceptos como la diferencia y relación entre la esfera física o somática (que parece ser sobrevalorada en exclusiva en muchas ocasiones), con la parte psíquica o de personalidad. Es decir, que puede valorar más el atractivo físico y gustar a otros

» La transformación física

La vivencia del cuerpo pasa, por tanto, a tener una importancia primordial para el adolescente, y aquí es conveniente diferenciar esquema corporal e imagen del cuerpo. El esquema corporal es, en principio, el mismo para todos, es el que nos caracteriza como especie, pese a las diferencias de estatura, peso, tamaño, proporción, raza, pigmentación, equilibrio, fuerza, etc. Mientras que la imagen del cuerpo es propia y característica de cada sujeto, es idiosincrásica, tiene una



por ese motivo que el caer bien o atraer por su carácter o personalidad. Como si la anatomía siguiera siendo para muchas chicas el “destino”, incluso adquiriendo algo así como un carácter de “fijeza”, no de transitoriedad o provisionalidad —cuando en la adolescencia “todo es provisional” (Funes, 2003)—, debido a lo cual se impacientan con facilidad aquellas que no se desarrollan tan rápido como esperan o ven en otras. En este sentido, puede haber chicas que son tan competitivas entre sí como pueden serlo los varones.

historia detrás con una parte consciente y otra inconsciente en la que anidan los mecanismos de somatización que tanta importancia tienen en los procesos de salud y enfermedad o morbilidad de los seres humanos. El cuerpo es soporte fundamental de la autoestima y de la identidad y primera fuente de ellas, en cuanto a través de él la cría humana siente las primeras sensaciones de bienestar o frustración, constituyéndose así en mediador de comunicación básico con los otros, con las figuras de apego y con los agentes de socialización.

La adolescencia es también una etapa de juegos, aunque se trate de juegos diferentes ya a los de la infancia. Se juega a ser adulto y de un modo cada vez más parecido al del adulto y menos simbólico, esto es, con menor distancia y analogía, pero por esa misma dimensión de juego, de "como si", conlleva una serie de riesgos importantes. Así, por ejemplo, la formación de parejas en esta fase tiene mucho de imitación de la pareja adulta, pero a la vez conlleva una serie de riesgos para la salud: embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual, etc.

El cuerpo es una realidad cambiante a lo largo del ciclo vital. Siempre el mismo y a la vez siempre cambiante, distinto. No solamente cambia con la pubertad y durante la adolescencia. Cambia desde el comienzo hasta el final. Configura una de las realidades más importantes con las que tenemos que contar. Una realidad que se nos impone, pues, querámoslo o no, "este cuerpo somos", y que exige un proceso de adaptación, de penetración, de identificación con el mismo, susceptible de aceptación o rechazo. Rechazos que configurarían todo el campo de la *patología de la imagen del cuerpo*, desde los trastornos de la identidad sexual, que tienen un evidente origen infantil, pasando por el rechazo al propio sexo que se da en ciertas depresiones que aquejan a las personas de orientación homosexual, que quieren convertirse en el sexo opuesto para ser aceptados y amados por el *partenaire* del mismo sexo si resulta que éste desea la diferencia anatómica como fuente de placer y realización erótica, y llegando, por supuesto, a los trastornos de la alimentación, especialmente la anorexia mental nerviosa, como rechazo frontal y categórico a la imagen corporal dada, como "fracaso" de la propia pubertad cuya maduración y consolidación no llega a alcanzarse. Como búsqueda de la muerte, de la *autólisis*, a través de la obsesión por la delgadez, rechazando el cuerpo de mujer recién adquirido o el cuerpo de hombre, si se trata de un chico.

Durante la pubertad y adolescencia la propia transformación física que, en el plazo de pocos años, da lugar a cambios corporales que pueden llegar a ser en algunos casos espectaculares, produce una reacción psíquica y emotiva que puede ser de fuerte alcance en el púber y adolescente. No se suele sentir cómodo ni

satisfecho con su propio cuerpo, generando así uno de los factores del habitual descenso en la autoestima que se produce en la temprana adolescencia. Y los efectos de comparación social con otros y de lo que es esperable y deseado por los valores estéticos vigentes van a tener una importancia capital. Éste constituye, por tanto, un componente básico de la autoestima de los adolescentes, especialmente centrados en sí mismos y en su relación con el grupo.

Al mismo tiempo, la anticipación del comienzo de la propia adolescencia con el adelanto progresivo de la pubertad puede estar produciendo que algunos factores de la "crisis adolescente" empiecen a afectar a niños/as prepúberes o preadolescentes. Uno de los más importantes es la reactivación pulsional de este período. La adolescencia, como segundo tiempo de la vida sexual, va actuar, desde las nuevas capacidades recién adquiridas, dándole un nuevo sentido al tiempo infantil inmediatamente precedente, como en un despertar a los deseos, sentimientos e impulsos de carácter erótico y sexual. (Así, el cuento de *La Bella Durmiente* de Perrault comentado por Bettelheim en *Psicoanálisis de los cuentos de hadas*.)

La adolescencia es también una etapa de juegos, aunque se trate de juegos diferentes ya a los de la infancia. Se juega a ser adulto y de un modo cada vez más parecido al del adulto y menos simbólico, esto es, con menor distancia y analogía, pero por esa misma dimensión de juego, de "como si", conlleva una serie de riesgos importantes. Así, por ejemplo, la formación de parejas en esta fase tiene mucho de imitación de la pareja adulta, pero a la vez conlleva una serie de riesgos para la salud: embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual, etc.

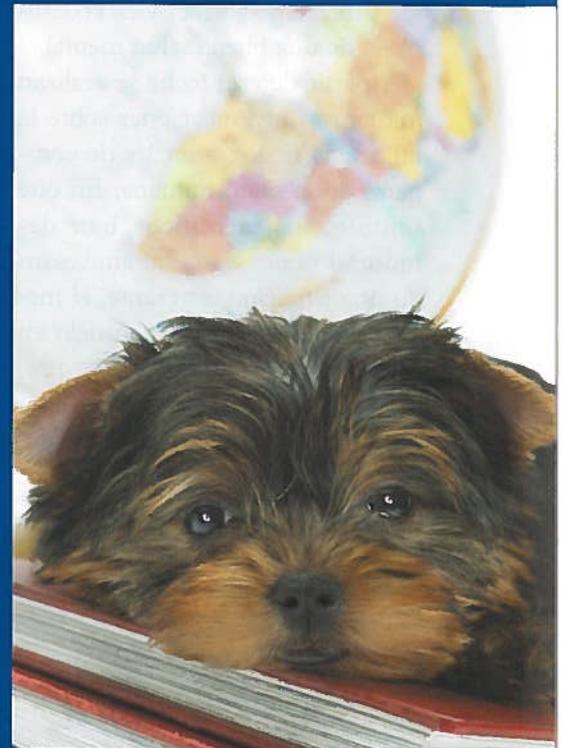
Terapeutas con



Perros, gatos, pájaros, tortugas, peces... son muchos y muy diversos los animales denominados de compañía que, además de estar a nuestro lado, se convierten en aliados eficaces que nos aportan numerosos beneficios, tanto desde el punto de vista emocional como físico.

TEXTO Cristina Botello

cuatro patas



LA TERAPIA ASISTIDA CON MASCOTAS consiste en la participación de animales de compañía en intervenciones terapéuticas con el fin de propiciar o promover la salud y el bienestar humano. Se trata de aprovechar los valores intrínsecos del animal —respuesta invariable, fidelidad, incapacidad de juzgar, etc.— para facilitar el trabajo del facultativo, del educador o del terapeuta en la educación, recuperación,

rehabilitación, reinserción, tratamiento o mejora de la calidad de vida de determinadas personas.

» Beneficios desde 1792

La práctica de esta terapia, aunque reciente en nuestro país, se remonta a 1792 en Inglaterra, donde el médico William Tuke empleó animales para que los pacientes ingresados en un centro para enfermos

mentales mejoraran su autocontrol aprendiendo a cuidarlos.

A lo largo de los años se llevaron a cabo diversas experiencias de este tipo. Sin embargo, no es hasta la década de los cincuenta cuando la terapia asistida con animales de compañía nace oficialmente en EE.UU. gracias al psicólogo estadounidense Boris Levinson y su perro *Gingles*.

Los avances logrados por este médico en sus pacientes gracias a la



presencia de *Gingles* mientras pasaba consulta, le llevaron a afirmar que los animales como coterapeutas brindan beneficiosos avances en los pacientes, sobre todo en los traumatismos emocionales y en el desarrollo de una buena salud mental.

A partir de esta fecha se realizan numerosas investigaciones sobre la influencia de los animales de compañía en la salud humana. En este sentido, los científicos han demostrado que, si se está atravesando una situación estresante, el mejor remedio es buscar consuelo en los animales de compañía: su presencia ayuda a mejorar a las personas convalecientes, y personas deprimidas o violentas han visto cómo

su comportamiento se transformaba. Así, podemos hablar de beneficios en el aspecto físico (reducción de la presión arterial, fortalecimiento de los músculos, recuperación de los enfermos cardíacos), en el mental (disminuye la ansiedad y el estrés, mejora el estado de ánimo), y en el social (facilita la interacción con otras personas, estimula el diálogo).

No obstante, a pesar de todos los estudios e investigaciones realizadas en terapia asistida con animales, “en España, la gente ve este tipo de terapias con reticencia debido a la falta de información que existe al respecto. Por ello hay que dejar siempre claro que son terapias complementarias a la medicina tradicional; el animal de compañía es un coterapeuta que hace de puente de comunicación entre la persona con necesidades y el terapeuta, el psicólogo o el educador”, concluye María Azkargorta, directora gerente de la Fundación Affinity.

» Fundación Affinity

Partiendo de estas experiencias y de uno de los principales objetivos de la Fundación Affinity, el estudio del papel que pueden desempeñar los animales para mejorar el bienestar y la calidad de vida de las personas, y definir su papel en la sociedad, nacen los programas de terapia y educación asistida por animales de compañía, TEAAC, puestos en marcha por esta organización en la década de los noventa.

Los programas que desarrolla Affinity, siempre con la aplicación del método científico tanto en su diseño como en la medición de los resultados, están encaminados a diferentes colectivos. Existen programas de adopción para personas jubiladas, programas en residencias geriátricas, programas para enfermos de Alzheimer, programas en centros penitenciarios, en escuelas especiales dedicadas a la rehabilitación de adolescentes con problemas de comportamiento, en



ENTREVISTA

María Azkargorta, directora gerente de la Fundación Affinity

P.: *¿Qué camino debe seguir una persona que quiera beneficiarse de los programas TEAAC?*

R.: Una de las condiciones para patrocinar programas desde Affinity es que éstos se lleven a cabo en centros. No se esponsorizan animales para particulares ya que no llegaríamos a todo el mundo. La fundación patrocina programas en centros públicos de ancianos, discapacitados, prisiones o centros de menores.

hospitales psiquiátricos penitenciarios, en centros penitenciarios de formación ocupacional y programas para personas con problemas psicológicos —niños autistas, hiperactivos, afectados de timidez psicológica o que han sufrido malos tratos, personas hipoacústicas, disminuidos profundos y enfermos mentales—, en los que la fundación participa con equipos

terapéuticos —logopedas, psicólogos, educadores especiales—.

Para que un programa TEACC se desarrolle con normalidad y se cumplan los objetivos marcados, es necesario que exista una buena relación entre las personas implicadas en el proyecto y los animales, así como un buen equipo multidisciplinar que englobe a profesionales de la medicina, la psicología y veterinarios.



Beneficios de los TEAAC

TEAAC con personas de la tercera edad	TEAAC en centros penitenciarios y escuelas especiales para menores	TEAAC con personas con problemas psicológicos
<ul style="list-style-type: none"> • El animal propicia el contacto social y la comunicación (más visitas, menos soledad, nuevos intereses). • Les hacen sentirse queridos, vitales y útiles, lo que mejora la autoestima y el estado de ánimo. • Reducen la ansiedad, la tristeza y la depresión e, incluso, algunos pacientes pueden ver disminuidas sus dosis de medicación. • Favorecen el ejercicio físico. • Relajan la tensión arterial. 	<ul style="list-style-type: none"> • El animal da un aire de normalidad en el centro, lo que permite mejorar la comunicación y las relaciones. • Mejoran la autoestima del preso, ya que éste asume la responsabilidad del bienestar de otro ser vivo. • Se trabaja la responsabilidad, el compromiso y los hábitos higiénicos. • El preso da y recibe afecto en los juegos con el animal, lo que supone un enriquecimiento emocional. • Se aprenden nuevas habilidades y se valora la vida, respetando a los seres vivos. 	<ul style="list-style-type: none"> • El animal favorece la respuesta del niño y ayuda al terapeuta a sacarle de su aislamiento. • El paciente deja de autolesionarse. • Aumenta el contacto físico y visual con personas de su entorno, lo que facilita la comunicación y sociabilidad. • Incrementa la actividad espontánea y las reacciones positivas respecto al juego. • Le ayuda a salir del aislamiento y a manifestar más sus sentimientos, lo que supone más autoestima y alegría. • Aprende a cuidar y a adiestrar en obediencia. • Favorece el ejercicio físico y ello permite trabajar el equilibrio.

P.: *A partir del momento en que el centro interesado y Affinity contactan, ¿cómo se estructuran los programas?*

R.: Una vez que el centro decide poner en marcha un programa de asistencia con animales de compañía, desde Affinity se facilita material bibliográfico y se asume todo el coste económico que genera el animal: veterinario, alimentación, casetas, comedores, etc.

El perro entra en el centro con unos 3 ó 4 meses, tras haber sido destetado y haber experimentado un comienzo de socialización. A partir de aquí, el veterinario explica a los pacientes el manejo y el cuidado del animal en todo lo relacionado con deposiciones, cepillado, alimentación, etc. Cuando el can alcanza los 8 meses se convierte en un adulto capacitado para aprender órdenes, y es entonces cuando el experto imparte cuatro sesiones de adiestramiento para que los pacientes aprendan las órdenes básicas: ven, siéntate...

P.: *¿Qué objetivos se buscan con la aplicación de los TEAAC?*

R.: Depende del colectivo en el que se implante el programa. Así, por ejemplo, en el caso de los ancianos lo que se trabaja, además de la compañía, es el aspecto físico: cepillado, lavado, paseo... En este sentido, los gatos proporcionan una terapia física eficaz, ya que sostenerlos y acariciarlos puede ayudar a la persona a ganar control muscular, además también ayudan a superar bloqueos psicológicos o emocionales. Por su parte, en los centros se busca favorecer la rehabilitación y la reinserción sociolaboral de los internos.

P.: *¿Cuánto dura un programa TEAAC?*

R.: En principio, se busca que duren lo máximo posible, pero al tratarse de centros públicos depende de mucha gente; por ello, un requisito imprescindible para que se inicie un programa y que éste funcione es que todas las partes implicadas —dirección, personal que va a tratar con los animales e, incluso, los propios pacientes— estén de acuerdo en su puesta en marcha. ➔

» **Diferentes animales, diferentes terapias**

La sola presencia de un animal mejora el estado de ánimo de una persona. Por eso no sólo podemos hablar de los beneficios que reportan los perros y gatos; delfines, conejos o loros, entre otros, pueden presumir también de contribuir

eficazmente a la mejora de diferentes patologías.

- **Hipoterapia.** Este tratamiento se basa en el aprovechamiento del movimiento del caballo para la estimulación de los músculos y articulaciones del paciente, que se ve obligado a reaccionar ante los estímulos. Además la monta de un caballo segrega hormonas que producen placer y sensación de dominio. Pacientes con esclerosis múltiple, parálisis cerebral, hiperactividad, autismo, minusvalías físicas o anorexia se ven altamente beneficiados con la equitación.
- **Delfinoterapia.** Consiste en nadar junto a los delfines, actividad que aporta numerosos beneficios y que ayuda a los niños a aprender de cuatro a diez veces

más rápido y con más atención que con otros procedimientos estándar. Su práctica es muy eficaz en el tratamiento de autismo, síndrome de Down o parálisis cerebral.

- **Animales de granja.** Por lo general, son animales huidizos y temerosos, por ello, el simple hecho de tranquilizarlos y conseguir su confianza, permite manejar los propios miedos y temores. Asimismo, acariciar a un animal asustado hace que disminuya la tensión arterial y las constantes vitales de frecuencia cardiaca y número de respiraciones por minuto.
- **Perros de asistencia.** Estos animales aumentan en un grado muy considerable la autonomía de personas que presentan algún tipo de distrofia muscular. Pueden adquirir alrededor de una decena de habilidades, entre las que se encuentran sacar cosas de cajones, apagar luces, abrir puertas o llevar al dueño a una fuente de sonido, entre otras.



P.: ¿Con qué raza de perros se trabaja?

R.: Se busca que sean perros tranquilos, muy equilibrados —para evitar sorpresas— y que aprendan rápido. Así, normalmente se trabaja con el Labrador y con el Golden Retriever.

No obstante, si el centro tiene alguna preferencia nos lo comunica y nosotros consultamos con el veterinario si es viable.

P.: ¿Con cuántos animales se trabaja en cada programa?

R.: El número de animales depende del tamaño del centro, de los objetivos que se busquen y de si se quiere que críen o no. Normalmente, si es un centro mediano o grande, desde Affinity les recomendamos dos, macho y hembra, para que críen. Si el centro es más pequeño, uno. Esto si se trabaja con perros; en el caso de los gatos es distinto: el número de animales se multiplica ya que no tiene nada que ver con la terapia que se sigue con los perros.

P.: ¿Qué profesionales participan en los programas?

R.: Affinity facilita los servicios de un veterinario que se encarga del animal, pero es el terapeuta del centro el que debe realizar la terapia con los pacientes y llevar a cabo una serie de actividades dirigidas con las que conseguir los objetivos buscados.

P.: ¿Cuántos programas se han instaurado desde Affinity?

R.: Desde que la fundación comenzó a trabajar en 1992-1993, se han puesto en marcha más de cincuenta programas. Aunque la mayoría se desarrollan en Cataluña, nuestra intención es expandirnos al resto del territorio nacional con nuevos programas dentro de los diferentes campos en los que trabajamos.

FUNDACIÓN AFFINITY

Plaza Xavier Cugat, 2-Ed. D 3ª
08174 St. Cugat del Vallés
Tel.: 93 492 70 00 / Fax: 93 492 70 01
fundacion@fundacion-affinity.org
www.fundacion-affinity.org

X Certamen Nacional de Investigación



FUNDACION PARA LA FORMACION
Y AVANCE DE LA ENFERMERIA

 1^{er} PREMIO: 1.202 €

 ACCÉSIT: 300 € + Inscripción al Congreso Nacional

 MENCIÓN ESPECIAL: Inscripción a la revista NOSOCOMIO

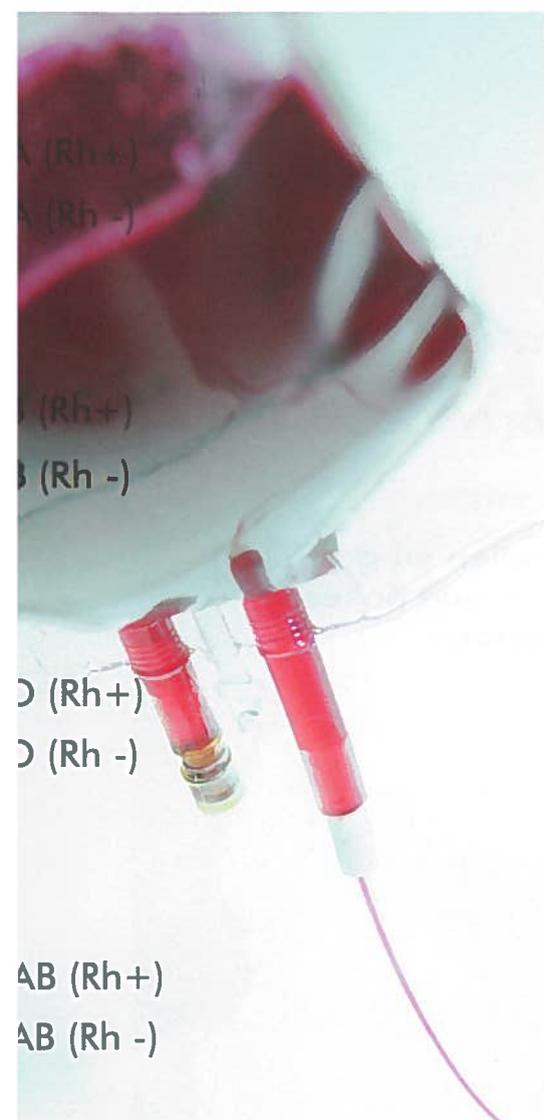
**Dirigido a Auxiliares de Enfermería que desarrollen su profesión
en cualquiera de los ámbitos de la sanidad o que posean
la titulación requerida aunque no ejerzan.**

» Las donaciones de sangre pueden aumentar con la nueva legislación

En febrero de 2005, la Unión Europea aprobó una directiva con el objetivo de fijar unos estándares mínimos de calidad y armonizar los criterios y requisitos en las donaciones sanguíneas. Concedía un plazo de seis meses a los Estados miembros para desarrollarla en función de sus necesidades. En el caso español, se ha traducido en el Real Decreto de 16 de septiembre de 2005, modificando la normativa española en cuanto a las donaciones sanguíneas.

Los cambios introducidos en España se resumen en tres. En primer lugar, se amplía la edad límite de donación, anteriormente se fijaba en 65 años y ahora se amplía siempre que no exista contraindicación médica y con un permiso que se renovará anualmente. Otra novedad es que los hipertensos, estén o no medicados, podrán donar siempre y cuando sus valores de tensión arterial sean normales en el momento de la donación. Finalmente, se establece que quienes se hayan sometido a cirugía y a ciertas pruebas médicas (como cateterismos y endoscopias), y quienes hayan tenido contacto con enfermos de hepatitis víricas o se les haya practicado acupuntura, tatuajes y *piercings*, podrán donar pasados cuatro meses desde esta intervención, cuando antes el periodo entre donaciones era de un año.

Para donar sangre, es requisito indispensable ser mayor de edad, pesar más de 50 kilos, no estar en ayunas y no haber donado en los dos últimos meses. Están excluidos los enfermos de Hepatitis B, y C, SIDA, Sífilis y demás infecciones que se transmiten por la sangre. Los diabéticos insulino-dependientes, epilépticos, pacientes crónicos y enfermos graves, también.



Mundo Médico

del Mundo Médico

El 10% de los pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) presenta una infección, mientras que en el resto del hospital, la incidencia de las infecciones nosocomiales no supera el 7%. Así se puso de manifiesto en el simposium “Infección Fúngica y por Gram+ en el paciente crítico”, patrocinado por la compañía biomédica Pfizer, y celebrado en el marco del XI Simposium Internacional de Infección en el Paciente Crítico.

La aparición de una infección en pacientes críticos aumenta el riesgo de fallecimiento. Además, tiene consecuencias de distinta índole y, según manifiesta el doctor Pedro Olaechea del Hospital de Galdakano, “es uno de los principales motivos de aumento de los costes sanitarios. Todas las infecciones suponen un incremento en los días de estancia en las UCI que puede oscilar entre dos días, caso de una infección por catéter, hasta 10 días por una neumonía. Si el coste medio de estancia en una unidad de estas características es de cerca de 1.200 euros/día, la aparición de una infección aumenta de forma considerable el gasto sanitario”.

Según los datos aportados por el doctor Olaechea, entre el 20 y 25% de los pacientes politraumatizados ingresados en una UCI sufre una infección, porcentaje que se sitúa entre el 12 y 15% de los denominados enfermos médicos (padecen una neumonía, pancreatitis, etc.), siendo menor la incidencia en personas sometidas a una intervención quirúrgica (del 5 al 8%) o enfermos coronarios (2%).

Respecto al tipo de infección más frecuente y también más grave, la neumonía es la patología con mayor incidencia (40% del total) y con mayor morbi-mortalidad, seguida de la bacteriemia (infección en sangre), que constituye el 30% del total, y, finalmente, la infección urinaria (20%).

En la infección por patógenos, como precisa el doctor José Garnacho, “se ha registrado en los últimos años un cambio significativo, puesto que en la actualidad hay un aumento de las infecciones por bacterias grampositivas, especialmente por el *Staphylococcus aureus*, e infecciones por hongos, *Candida spp.* y *Aspergillus spp.*, principalmente”.

El *Staphylococcus aureus* es uno de los causantes de la neumonía asociada a ventilación mecánica, y uno de los patógenos que más preocupan. Cuando *Staphylococcus aureus* es resistente a meticilina, su presencia se asocia a una elevada mortalidad.



» Las infecciones en las UCI afectan al 10% de los ingresados

...Y para variar

En este número *Nosocomio* recoge las poesías galardonadas con el Primer Premio de la IV edición del Certamen Nacional Literario Infantil, organizado por SAE y FAE, en la categoría de 12 a 16 y de 8 a 12 años.

Romance a ti, Sofía

Recuerdo cuando te vi,
yo ni creerlo podía,
que con sólo quince años,
te rozara la poesía.

Sonrisas me regalaste,
alegre siempre reías,
tan bonita que ni el viento,
a cortejarte se atrevía,
descifraré el arco iris,
pararé para ti el día,
buscaré en cada rincón,
la clave de tu alegría.

Como si Romeo fuera,
mar de besos te daría,
como si pájaro fuera,
hacia ti yo volaría.

No te he podido encontrar,
aunque yo ya lo sabía,
cómo se va a poder tener,
entre los brazos la poesía.

Iván Saldaña Goñi
16 años
Valencia

Mi querido abuelo

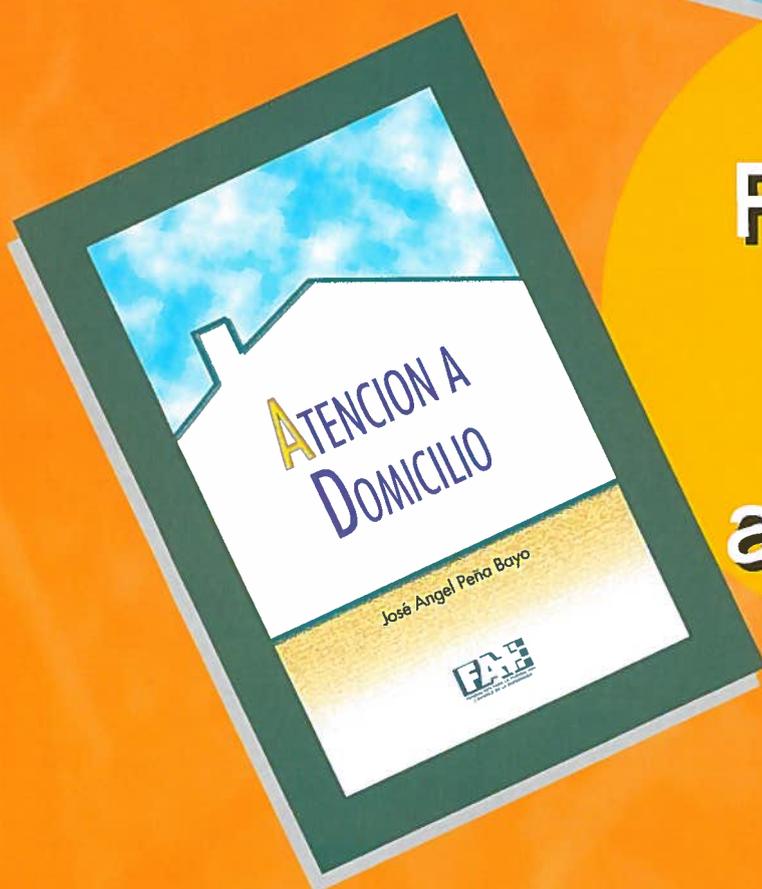
Una vez mi abuelo me contó que
hubo una revolución francesa,
pero pese a eso los espaguetis
siguen siendo a la boloñesa.

Mi querido abuelo no para de
hablarme de aquella dehesa,
porque allí fue la última vez
que sonó la Marsellesa.
Mi querido abuelo es el
mejor a la hora de rimar,
sobre todo cuando
salimos a pasear.

Mi abuelo se conoce todo
acerca de la naturaleza,
no sé cómo le cabrán tantas
cosas en su cabeza.

Pablo Sau Escudero
12 años
Zaragoza





**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
ha demostrado
científicamente
que tomando dos vasos
diarios, ayuda a reducir
el colesterol
y los triglicéridos.



Té va