



nº 46 • Revista de Auxiliares de Enfermería
Segundo Trimestre 2006

La transformación adolescente

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



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

- | | |
|---|----------------------|
| ☐ Atención a domicilio | (65 h. 9,1 créditos) |
| ☐ Cuidados al paciente con Alzheimer y otras demencias | (65 h. 7,2 créditos) |
| ☐ Cuidados materno-infantiles | (65 h. 7,7 créditos) |
| ☐ Atención al paciente disminuido físico y psíquico | (80 h. 5,1 créditos) |
| ☐ Riesgos laborales en el medio sanitario | (65 h. 6,5 créditos) |
| ☐ Úlceras por presión | (65 h. 7,9 créditos) |
| ☐ Cuidados al paciente trasplantado | (65 h. 6,6 créditos) |
| ☐ Cuidados intensivos | (40 h. 6,6 créditos) |
| ☐ Prevención cardiovascular | (40 h. 4,2 créditos) |
| ☐ Aparato digestivo. Patologías | (20 h. 3,5 créditos) |
| ☐ Cuidados paliativos | (95 h. 5,0 créditos) |
| ☐ Cuidados en salud mental y psiquiatría | (40 h. 4,3 créditos) |

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.

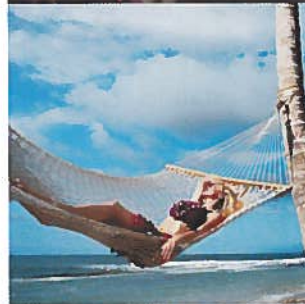
No se admitirá boletín alguno que no esté debidamente cumplimentado. La formalización total de los cursos solicitados se realizará cuando se verifique el pago correspondiente.

TOTAL

TOTAL



Sumario



04 VACUNANDO AL PERSONAL. Una de las mayores causas de morbi-mortalidad son las enfermedades infecciosas. **08 XVII CONGRESO NACIONAL DE AE/TCAE.** Más de 500 AE/TCAE han asistido a esta edición del congreso, que este año ha tenido como escenario La Rioja. **13 LA SIESTA, ¿PLACER O PELIGRO?** Dormir más de media hora de siesta puede ser síntoma de padecer apnea del sueño. **37 X CERTAMEN NACIONAL DE INVESTIGACIÓN.** M^a José Solís, AE del H. Clínico S. Carlos de Madrid, recogió el primer premio de manos del subgerente, Javier Guerra, y la directora de Enfermería, Encarnación Fernández, del centro hospitalario. **40 TRANSFORMACIÓN ADOLESCENTE (II).** La historia evolutiva anterior o previa a la adolescencia marca, junto con otros factores, la vivencia de la misma.



CONSEJO EDITORIAL DE NOSOCOMIO

DIRECTORA Dolores Martínez Márquez **REDACCIÓN** Montse García, Cristina Botello, Javier Viloslada **COMITE CIENTIFICO** José Ángel Peña, Agustina Sánchez, M^a Dolores Domínguez **COLABORADORES** BERBES ASOCIADOS, PLANNER MEDIA. **EDITA** FAE (Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería). Tomás López nº 3, 1^a izq. 28009 Madrid. Tels.: 91 521 52 24/95. Fax: 91 521 53 83. E-mail: administracion@fundacionfae.org **REDACCION, ADMINISTRACIÓN Y SERVICIOS COMERCIALES** Tomás López, 3, 2^a 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.

CARGAR CON MATERIAL PESADO, trabajar con productos químicos o radiológicos, estar en contacto con sangre y otros fluidos corporales o atender a pacientes con enfermedades infecciosas, son sólo algunas de las situaciones de riesgo a las que se tiene que enfrentar diariamente el personal sanitario.

La Administración debe controlar estos escenarios y desarrollar un plan preventivo adecuado en el que se contemplen las medidas de seguridad necesarias para cada unidad hospitalaria.

Pero no sólo es responsabilidad de la Administración, el personal sanitario no debe descuidar en ningún momento su protección, estando obligado a cumplir el protocolo de seguridad establecido para su unidad. El uso de guantes, mascarillas o de los contenedores específicos para desechar las jeringuillas usadas, son sólo algunas de las medidas de prevención que el profesional sanitario debe cumplir.

Dentro de este plan preventivo, las vacunas juegan un papel determinante, ya que una de las mayores causas de morbi-mortalidad la encontramos en las enfermedades infecciosas. En este sentido, la exposición continua del personal sanitario a este tipo de patologías hacen imprescindible un calendario de vacunación que incluya, entre otras, la vacuna de la Hepatitis B, la Hepatitis A, la tuberculosis, la varicela o la gripe, debido al elevado riesgo de contagio que existe en el ámbito sanitario.

Buzón de sugerencias

HOUSE

Irene López

Desde hace unos meses hay un personaje con el que podemos compartir una hora de televisión semanal. Es un tipo egocéntrico, vanidoso, grosero, prepotente, con una malsana ironía y con una sinceridad que no es tal sino mala educación... eso sí, parece un prodigio de médico capaz de encontrar respuesta allá donde otros ni siquiera han visto la pregunta. A la audiencia, ese santo santorum de las televisiones, le gusta. Es evidente porque se mantiene en la parrilla y porque los desayunos de los miércoles suelen empezar con alusiones al singular médico. Supongo que a la mayoría les atrae porque dice las cosas como a ellos les gustaría pero no se atreven, porque envidian su clarividencia y el respeto y el cariño, que en el fondo, le

tienen sus compañeros. Sólo espero que esa atracción no se convierta en imitación y empecemos a percibir comportamientos semejantes y no sólo en el ámbito hospitalario. Además, ya tenemos nuestro médico gruñón, y entre House y nuestro Vilches de Hospital Central, el producto nacional no parece tan alejado de la realidad y de nuestro carácter.

UN POQUITO DE SENSATEZ, POR FAVOR

Enrique Martínez

¿Qué tal el viaje? Un aburrimiento, como sólo se puede ir a 120. A buen seguro todos hemos escuchado esta conversación en algún momento. En ocasiones, incluso seguidas de argumentaciones y justificaciones del tipo de “para que hacen las carreteras tan buenas si luego no puedes correr” o “pues que no

fabriquen coches que alcanzan los 300 km/h” o “yo sólo corro donde se puede” (como si se pudiera correr en algún sitio que no sean los circuitos de velocidad). Y cuando oigo estas conversaciones pienso en cómo se debe aburrir alguien con la velocidad que alcanza una silla de ruedas, cómo le gustaría correr —e incluso andar— por cualquier sitio, y que afortunadamente la red de carreteras españolas es cada vez mejor pero que está demostrado que la velocidad puede matar, causa tetrapléjicos y destroza la vida de muchas familias. Igual una visita al Hospital de Parapléjicos de Toledo le hará pensar la próxima vez que más vale aburrirse en un viaje que perder la vida en él o hacer que la pierdan otros.

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:

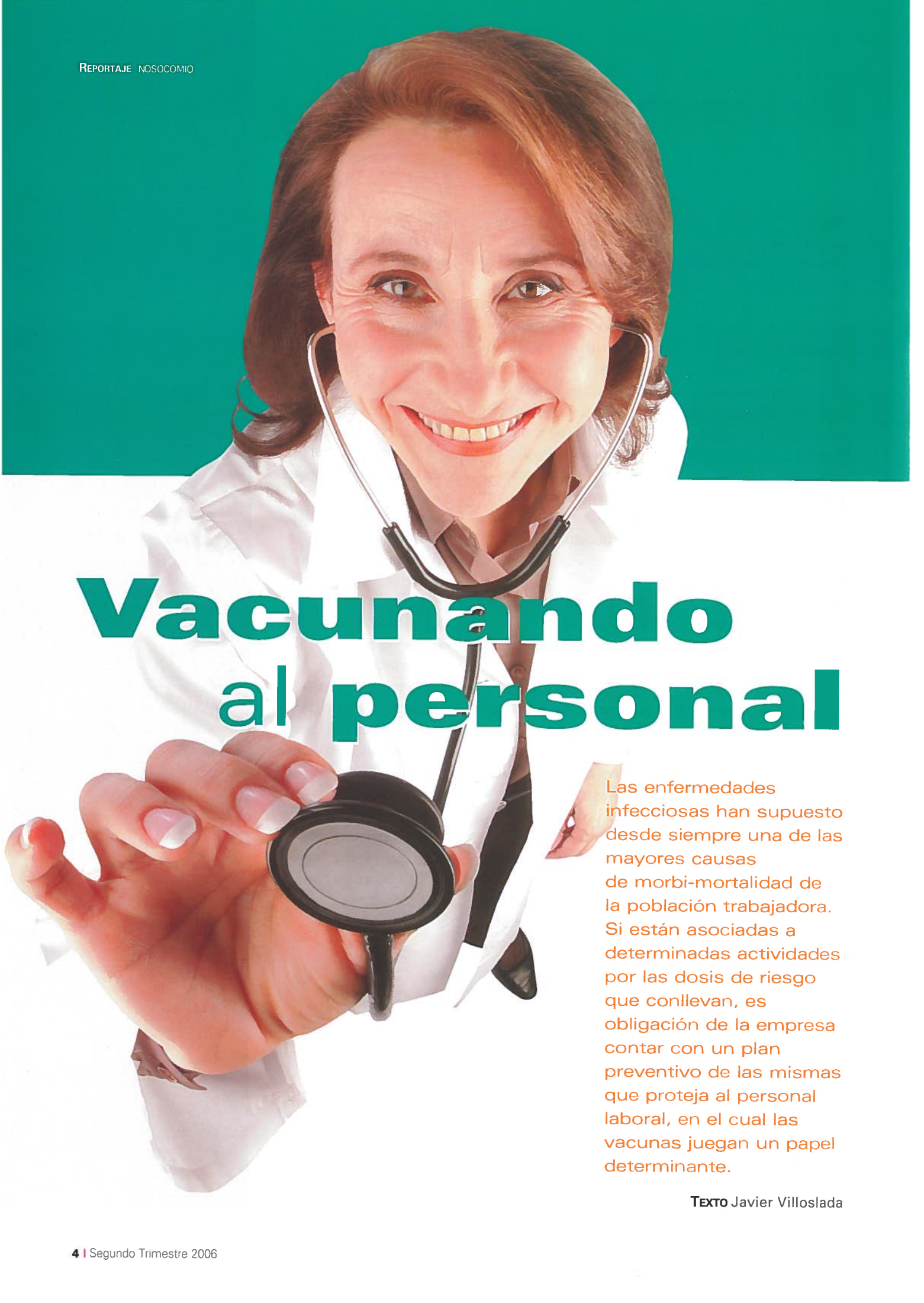
NOSOCOMIO

Tomás López, 3 - 1º izq.

28009 Madrid

E-mail:

administracion@fundacionfae.org

A full-page photograph of a middle-aged woman with brown hair, smiling warmly at the camera. She is wearing a white lab coat over a dark top and has a stethoscope around her neck. In her right hand, she holds a small, dark-colored vaccine vial. The background is a solid teal color.

Vacunando al personal

Las enfermedades infecciosas han supuesto desde siempre una de las mayores causas de morbi-mortalidad de la población trabajadora. Si están asociadas a determinadas actividades por las dosis de riesgo que conllevan, es obligación de la empresa contar con un plan preventivo de las mismas que proteja al personal laboral, en el cual las vacunas juegan un papel determinante.

TEXTO Javier Villoslada

ENTRE LAS ACTUACIONES sobre el individuo susceptible de contraer una infección destacan la quimioprofilaxis, la inmunización pasiva (inmunoglobulinas) y la inmunización activa (vacunación), siendo esta última la más efectiva y la que menor coste y riesgo conlleva.

No haber sido vacunado en la infancia o la aparición de nuevas vacunas específicas para adultos son razones para la inmunización activa de adultos. La incorporación al mercado laboral puede ser, además, un momento oportuno para actualizar el calendario de vacunas.

Hay enfermedades infecciosas que afectan a los trabajadores de un ámbito laboral concreto. Dentro del sector sanitario, se pueden establecer una serie de recomendaciones específicas respecto a las enfermedades que suponen un riesgo potencial frente al cual la vacunación es una solución muy útil.

» Hepatitis B

Ha sido la enfermedad profesional más común entre el personal sanitario durante muchos años. Está implantada una estrategia de vacunación universal para todas las

categorías profesionales, tanto de atención primaria y especializada como para el personal de los servicios de emergencias y ambulancias.

Se recomienda también la vacunación a todos los estudiantes de enfermería y medicina antes del inicio de su actividad laboral e, incluso, antes de sus prácticas clínicas.

Las instituciones para discapacitados físicos o mentales también son lugares de alto riesgo debido a otras patologías asociadas a los mismos y a conductas especiales de sus usuarios. El riesgo está relacionado con el contacto con la sangre y también debido a probables mordeduras, arañazos y contacto con lesiones cutáneas y otros fluidos corporales que contienen VHB. El personal que trabaja en estos centros debe ser vacunado lo antes posible.

Los trabajadores de atención social y rehabilitación y el personal que realiza voluntariado para atención de pacientes también son candidatos a la vacunación.

» Hepatitis A

Es una vacunación indicada para todo el personal sanitario del país. Dentro del contexto sanitario, se

consideran destinos de mayor riesgo: las unidades de cuidados intensivos neonatales y pediátricos, unidades geriátricas o de atención de adultos con incontinencia fecal, servicios de aparato digestivo y, en general, trabajadores que manipulan heces.

También se recomienda la vacunación al personal de instituciones para deficientes físicos o mentales, ya que son recintos de alta incidencia de hepatitis A.

» Hepatitis A+B (Vacuna combinada)

Lo ideal es la vacunación combinada para el personal sanitario que no recibió previamente ninguna de las dos anteriores vacunas y es susceptible frente a la hepatitis A.

Los estudiantes del sector sanitario son un colectivo idóneo para esta estrategia: antes del inicio de su actividad laboral e, idealmente, antes de iniciar sus prácticas clínicas.

Se incluye también en este apartado al personal de instituciones para deficientes físicos o mentales, siendo lugares de alto riesgo para ambos virus.

Dentro del sector sanitario, se pueden establecer una serie de recomendaciones específicas respecto a las enfermedades que suponen un riesgo potencial, frente al cual la vacunación es una solución muy útil.

» Meningococo

Esta vacuna está indicada sólo en dos situaciones:

- En el trabajador susceptible con alguna de las siguientes enfermedades de base: asplenia anatómica o funcional, déficit de los factores terminales del complemento (C5-C8), déficit de properdina, enfermedad de Hodgkin y otras

» Neumococo

Indicada en los siguientes casos:

- *Trabajadores con enfermedades crónicas.* Se incluyen en este grupo: cardiopatías, EPOC, alcoholismo, cirrosis, diabetes mellitus y fistula de LCR.
- *Trabajadores inmunodeprimidos.* Este grupo incluye: asplenia anatómica o funcional, mieloma



neoplasias hematológicas, inmunodeficiencias primarias de tipo humoral o combinadas.

- En el caso de personal sanitario en contacto cerrado con un caso esporádico de enfermedad meningocócica ocasionada por alguno de los serogrupos contenidos en la vacuna.

múltiple, drepanocitosis, linfoma, enfermedad de Hodgkin, insuficiencia renal crónica, síndrome nefrótico, infección por el VIH, trasplantados y candidatos a quimioterapia o tratamiento corticoideo prolongado.

- *Trabajadores mayores de 65 años.*

» Difteria-Tétanos del adulto (AdT)

En España hay una estrategia de vacunación universal frente a estas enfermedades.

» Difteria-Tétanos *Pertusis* (Acelular-dTpa)

Las evidencias científicas disponibles sugieren la existencia de un

mayor riesgo de infección y transmisión de la tos ferina en el personal sanitario que en otros colectivos profesionales, especialmente en aquellos países que han alcanzado coberturas vacunales muy elevadas en la edad pediátrica y con escasa circulación del agente patógeno *B. Pertussis*, lo que coincide con la situación actual en España.

La vacuna está indicada en los trabajadores sanitarios, especialmente en los que desempeñan su actividad en áreas pediátricas (sobre todo los que están en contacto con niños prematuros y recién nacidos) y en los servicios de urgencias, tanto hospitalarios como de atención primaria.

» Gripe

Tiene gran impacto entre el personal sanitario, por el riesgo elevado de contraer la enfermedad y transmitirla a su vez a los pacientes, muchos de ellos inmunodeprimidos. Puede generar gran absentismo laboral en caso de epidemia.

La vacuna está indicada en todos los profesionales sanitarios, primordialmente en los trabajadores con los siguientes condicionantes:

- Mayores de 50 años.
- Que atienden a pacientes con alto riesgo de complicaciones por gripe.
- Con patologías crónicas que aumentan el riesgo de complicaciones.
- Embarazadas en el segundo y tercer trimestre de embarazo durante la época de gripe.

» Triple vírica

Indicada en todos los trabajadores sanitarios no inmunes, con independencia de sexo y edad, antes de su incorporación al trabajo.

Se tendrá en cuenta la edad del trabajador, la anamnesis (haber padecido o no la enfermedad), la constatación documental de la vacunación y el cribaje serológico de inmunidad previo, si fuese necesario.

» Varicela

Es una vacunación de gran importancia en este contexto laboral para evitar a los trabajadores una enfermedad mórbida en la edad adulta y su transmisión a pacientes que puedan estar inmunodeprimidos. Está indicada en todos los trabajadores susceptibles de contraerla.

» Poliomielitis

Está indicada en trabajadores sanitarios en contacto con pacientes que pueden excretar poliovirus.

» Tuberculosis

Se consideran más eficaces otras medidas de protección, como el control ambiental (aislamiento respiratorio del enfermo, uso de protectores respiratorios por los expuestos...), pruebas tuberculínicas periódicas y quimioprofilaxis de los infectados.

Sólo hay indicación de vacuna en aquellos sanitarios que tienen un alto riesgo de transmisión de tuberculosis multirresistente y en los que las otras estrategias de control no pueden ser implantadas o han fracasado.

Incluso en esta situación, la eficacia de la vacuna sería dudosa y no debe utilizarse como estrategia fundamental ni única para evitar la transmisión nosocomial de la tuberculosis.

Fuente: *Vacunación en el ámbito laboral*.
Equipo de Riesgos Laborales. Hospital
Clínico Universitario San Carlos. Madrid.

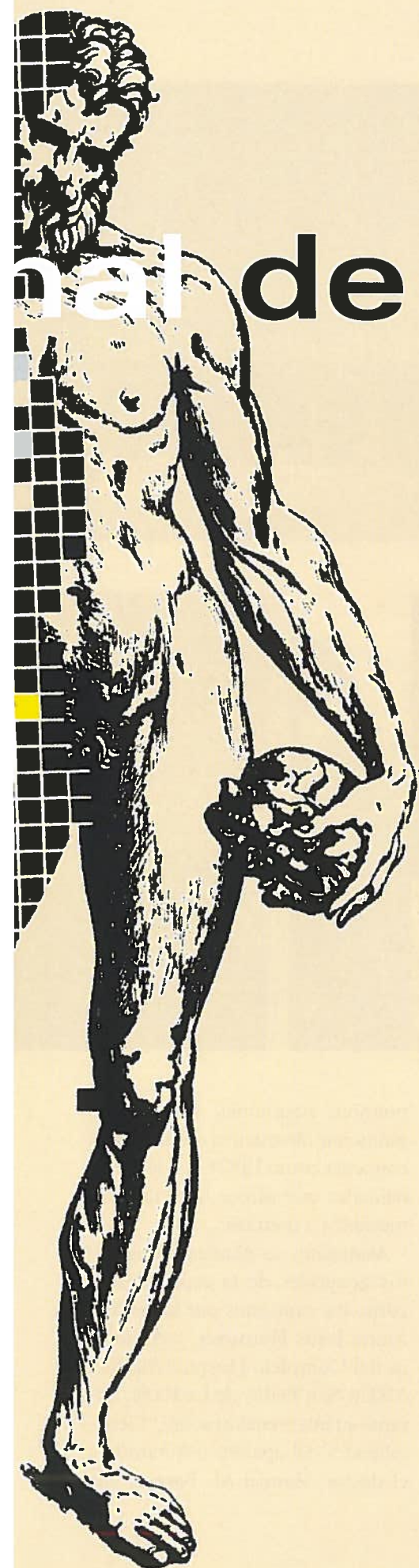
Los estudiantes del sector sanitario son un colectivo idóneo para esta estrategia: antes del inicio de su actividad laboral e, idealmente, antes de iniciar sus prácticas clínicas.

XVII Congreso Nacio

La tierra de uno de los vinos con denominación de origen más famoso del mundo, la cuna del castellano y la sede del XVII Congreso Nacional de Auxiliares de Enfermería. Por todo eso, La Rioja es recordada por muchos, entre otros por todos aquellos que tuvieron ocasión de participar o asistir a tres jornadas de trabajo sobre los *Cuidados al Paciente Neumológico*.

TEXTO Montse García





nal de AE/TCAE

MÁS DE MEDIO MILLAR de Auxiliares de Enfermería/TCAE participaron en el XVII Congreso Nacional de Auxiliares de Enfermería, organizado por la Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería (FAE), y patrocinado por el Sindicato de Auxiliares de Enfermería (SAE).

Cuidados al Paciente Neumológico ha sido el eje central sobre el que prestigiosos profesionales y expertos en neumología han profundizado y debatido en el Palacio de Congresos y Auditorio de La Rioja, RiojaForum, durante los días 31 de mayo y 1 y 2 de junio.

Los congresistas que participaron en esta edición del Congreso, declarado de interés científico sanitario por el Ministerio de Sanidad

y Consumo y por la Consejería de Salud del Gobierno de La Rioja, tuvieron la ocasión de asistir a una treintena de intervenciones entre ponencias y comunicaciones, y a la exposición de más de cincuenta pósters.

Además, pudieron comprobar el apoyo de las autoridades riojanas al colectivo de Auxiliares de Enfermería. Primero por su presencia tanto en el acto de inauguración, en el que participaron José Ignacio Ceniceros González, presidente del Parlamento de La Rioja; Pedro Soto García, consejero de Salud de La Rioja; y José Abel Bayo, subdirector general de Universidades y Formación Permanente; como en el de clausura, que contó con la presencia de José Ignacio Nieto,



Foto 1 y 2:

Pedro Soto García, Consejero de Salud de La Rioja; Inmaculada Ballesteros, presidenta del Congreso; José Ignacio Cenicerós González, presidente del Parlamento de La Rioja; Ana Briz Arrieta, AE miembro del Comité Científico; y José Abel Bayo, subdirector general de Universidades y Formación Permanente, en un momento de la inauguración del Congreso.

Foto 3:

M^a Dolores Martínez, presidenta de FAE; Inmaculada Ballesteros, presidenta del Congreso; Pedro Soto, consejero de Salud de La Rioja; José Ignacio Nieto, director general de RR.HH. de Sanidad; y José Ignacio Cenicerós, presidente del Parlamento de La Rioja, junto con otras autoridades riojanas que asistieron a la inauguración de esta edición del Congreso.

Foto 4:

M^a José Solís junto a Rosa Catalina, secretaria autonómica de SAE Madrid, y las delegadas de SAE en el Hospital Clínico San Carlos.

Foto 5:

Inmaculada Ballesteros García, presidenta del Congreso, durante un momento de su intervención.

Foto 6:

José Ignacio Cenicerós, presidente del Parlamento de La Rioja, se interesa por el trabajo de los AE/TCAE.

Foto 7:

Un momento del Congreso.

Foto 8:

Julio Revuelta Alzuna, alcalde de Logroño, recibe a los AE/TCAE.

Foto 9:

Inmaculada Ballesteros, presidenta del Congreso; José Ignacio Nieto, director general de RR.HH. del SERIS; y M^a Dolores Martínez, presidenta de FAE, durante un momento de la clausura de esta edición del Congreso.



director general de Recursos Humanos de Sanidad. Además, durante sus intervenciones reconocieron expresamente el apoyo que desde esta comunidad se ha manifestado en el Ministerio de Sanidad y Consumo respecto a la subida al Nivel 3 de los Auxiliares de Enfermería.

Durante las tres jornadas de trabajo en las que se extendió el congreso, se profundizó en aspectos como la insuficiencia respiratoria, hipertensión pulmonar, cáncer de

pulmón, neumonía, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (más conocida como EPOC), o las posibilidades que ofrece la ventilación mecánica a domicilio.

Asimismo, se plantearon aspectos generales de la especialidad, como los expuestos por la doctora María Jesús Hermosa, neumóloga del Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro de La Rioja, durante su intervención sobre "Generalidades del aparato respiratorio"; el doctor Manuel M. Barrón, jefe



de la unidad de neumología del CH. San Millán-San Pedro de La Rioja, quien expuso “Tuberculosis pulmonar en el medio sanitario”; Carlos Emparan, gerente de la Fundación Hospital Calahorra, autor de “Procesos asistenciales neumológicos según norma ISO 9001:2000 en la Fundación Hospital Calahorra”; la doctora Dolores Rubio, quien llevó a cabo una exposición sobre la “Calidad de vida relacionada con la salud en Neumología”; o la intervención de



los Auxiliares de Enfermería Carmen Lorenzana y Ascensión Martín, del Complejo Hospitalario San Pedro de Alcántara en Cáceres, quienes desarrollaron su ponencia sobre el “Laboratorio del Sueño y el diagnóstico del síndrome de apneas”.

Esta edición del Congreso ha planteado diferentes aspectos relacionados específicamente con el trabajo que desempeñan los Auxiliares de Enfermería, y experiencias concretas como quedó patente con la comunicación presentada por Pedro del Río, Auxiliar de Enfermería del Hospital Costa del Sol de Marbella, “Cómo aumentamos el nivel de satisfacción del paciente en aislamiento”; o con “El papel del TCAE en la prevención de las neumonías nosocomiales”, de Azucena Barco, Auxiliar de Enfermería de la Fundación Hospital Calahorra, entre otras.

El asma infantil, el manejo de inhaladores, espirometrías... todas estas y otras cuestiones han sido planteadas en profundidad durante tres jornadas, en las que las exposiciones realizadas han estado en perfecta sintonía con el trabajo expuesto en más de medio centenar de pósters.

» Conclusiones

En definitiva, tal y como quedó patente en las conclusiones del Congreso, se ha presentado un programa científico que ha dimensionado los cuidados básicos de enfermería, conociendo y dominando la aplicación de nuevas tecnologías, añadiendo una impresionante experiencia combinada con el conocimiento técnico-asistencial que el Auxiliar de Enfermería tiene sobre el paciente afectado de patologías respiratorias. Asimismo, en cuanto al aparataje se refiere, se subrayó la importancia

de un cuidado, mantenimiento y conservación adecuados del mismo.

Inmaculada Ballesteros, presidenta del Congreso, afirmó que “el programa científico del congreso ha puesto de manifiesto el papel fundamental que desempeñan los Auxiliares de Enfermería en estas unidades, especialmente importante no sólo en cuanto a los cuidados ofertados en el centro sino respecto a la labor de educación sanitaria que emprenden los profesionales de la enfermería básica al inculcar y aconsejar al usuario la continuidad de los cuidados en su domicilio”.

“A medida que se emplean y aplican nuevas tecnologías, nuestro colectivo amplía conocimientos y experiencia, que repercuten directamente sobre el usuario, avanzando dentro del equipo multidisciplinar y ciñéndonos siempre a los protocolos establecidos, que garantizan nuestra actividad asistencial. Por eso estamos aquí, para adaptar nuestra formación a las necesidades que la sociedad nos demanda. Nuestro compromiso con la sociedad y con nuestra profesión nos exige una formación continua, nuestro indispensable y fundamental papel en la sanidad nos obliga a ello”, concluyó M^a Dolores Martínez Márquez, presidenta de FAE.

» Mejores comunicaciones y mejor póster

El primer premio a la mejor comunicación recayó en “Plan de cuidados del Auxiliar de Enfermería al paciente trasplantado de pulmón”, elaborado por un grupo de Auxiliares de Enfermería del



Póster ganador del XVII Congreso Nacional.

Hospital Reina Sofia, integrado por Dolores Frías, Gloria Camacho, Magdalena López y Ana Blanco.

El trabajo refleja la actividad habitual en la UCI de pediatría del Hospital Reina Sofia, aunque, como han manifestado los autores de la misma, “no existían referencias previas sobre los cuidados que el Auxiliar de Enfermería proporciona en las situaciones posteriores a un trasplante de pulmón”.

Asimismo, se ha concedido un segundo premio a la comunicación titulada “La higiene de la cavidad oral: la gran olvidada”, de María Teresa López Durán y María Victoria González Palomino, Auxiliares de Enfermería del Hospital San Pedro de Alcántara de Cáceres.

Por su parte, el Comité Científico decidió otorgar el primer premio al póster “Cómo girar sin liar: técnica del decúbito prono” de los autores Rocío Osinaga Pérez y Nuria Martínez de Osaba, Auxiliares de Enfermería del Hospital Santiago Apóstol de Vitoria.

Los Congresos de FAE cumplirán su mayoría de edad el próximo año en Las Palmas (Gran Canaria), bajo el epígrafe “El paciente diabético. Educación y cuidados”, tal y como anunció en la clausura de la decimoséptima edición, M^a Dolores Martínez, presidenta de FAE.



La siesta, ¿placer o peligro?

Tumbonas, sofás, sillones, camas, parques, hamacas..., dentro o fuera de casa, cuando Morfeo nos llama después de comer cualquier lugar es bueno para echar una cabezadita. La llegada del buen tiempo y el aumento de las horas de sol potencian la práctica del deporte nacional, la siesta.

TEXTO Cristina Botello

AUNQUE RELAJANTE Y PLACENTERA, la siesta no es tan saludable como se cree. Su práctica habitual durante más de media hora evidencia la posible existencia de padecer apnea del sueño, hipertensión arterial o cualquier otra enfermedad cardiovascular. Así lo pone de manifiesto el estudio presentado por el equipo del neumólogo Fernando Masa Jiménez, jefe del servicio de Neumología del Hospital San Pedro de Alcántara de Cáceres.

La apnea del sueño, que padecen dos millones de españoles reconocidos y que se manifiesta en frecuentes paradas respiratorias mientras se duerme ocasionadas

por la caída del velo del paladar, que impide el paso del aire por la faringe, puede llegar a interrumpir, en los casos más graves, entre 600 y 700 ocasiones el sueño —ante la falta de oxígeno el cerebro se despierta bruscamente de forma inconsciente—. Por lo que, al despertar, se tiene la sensación de no haber descansado durante la noche.

Este hecho, según las conclusiones del estudio, hace que se recurra a la siesta duradera —más de media hora— para recuperar el sueño perdido durante la noche, lo que lo convierte en un indicador fiable de apnea del sueño y, por tanto, de sus riesgos asociados.





La siesta, entendida como un momento tácito para relajarse, es una costumbre antigua que designaba la expresión *hora sexta*, usada por los romanos para identificar el lapso de tiempo entre las 14 y 16 horas.

Las personas que padecen este trastorno del sueño tienen el doble de posibilidades de sufrir un infarto. La entrada irregular de oxígeno provocada por la apnea del sueño, hace que éste sea insuficiente, con lo que se incrementa el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares. Así lo constatan diferentes estudios que afirman que la siesta de más de una hora eleva el riesgo de mortalidad cardiovascular. Otra de las consecuencias directas es la hipertensión. Según ha concluido el equipo del doctor Masa, en las personas que padecen apneas, la hipertensión está ligada a ellas.

Dormir la siesta durante más de media hora, después de haber descansado durante la noche entre siete y ocho horas, es síntoma de algún trastorno de la salud, según el estudio, en el que participaron 400 personas que declararon dormir una media de 7,4 horas al día, tiempo suficiente para reparar el cansancio de una jornada.

» Necesidad fisiológica

La siesta, entendida como un momento tácito para relajarse, es una costumbre antigua que designaba la expresión *hora sexta*, usada por los romanos para identificar el lapso de tiempo entre las 14 y 16 horas.

Sentir sueño después de la comida es algo normal, ya que se produce un descenso indudable de nuestra actividad debido al efecto postprandial. El periodo de digestión implica el aumento del flujo

sanguíneo hacia la zona gastrointestinal, lo que provoca un descenso en la actividad de diversos sistemas del organismo.

Por tanto, la práctica del *yoga ibérico*, como la denominaba Camilo José Cela, entre 15 y 30 minutos es un hábito saludable que favorece el rendimiento intelectual, estimula la creatividad, mejora la agudeza y la atención visual, y protege contra el estrés. Además, diferentes estudios aseguran que su efecto reparador combate los radicales libres, previene el envejecimiento y alarga la vida.

» La siesta por ley

Aunque invento nacional, la buena costumbre de echar una cabezadita vespertina ha abierto fronteras, convirtiéndose en práctica obligatoria por sus beneficios para la salud.

Países como Chile ya han legislado a favor de establecer unos 20 minutos al día de siesta en el trabajo. Una práctica que en Oriente está recogida en la Constitución. Japoneses y chinos reconocen el Xiu-xi —siesta— como prerrogativa laboral que favorece la productividad. Por ello, las principales empresas del país han instalado en sus edificios salas de reposo con tumbonas para que sus empleados las utilicen después de comer.

Esta costumbre se enmarca dentro de la necesidad de crear hábitos de vida más saludables: una dieta más equilibrada, realizar ejercicio físico, consumir menos tabaco y, por supuesto, dormir la siesta.

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

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

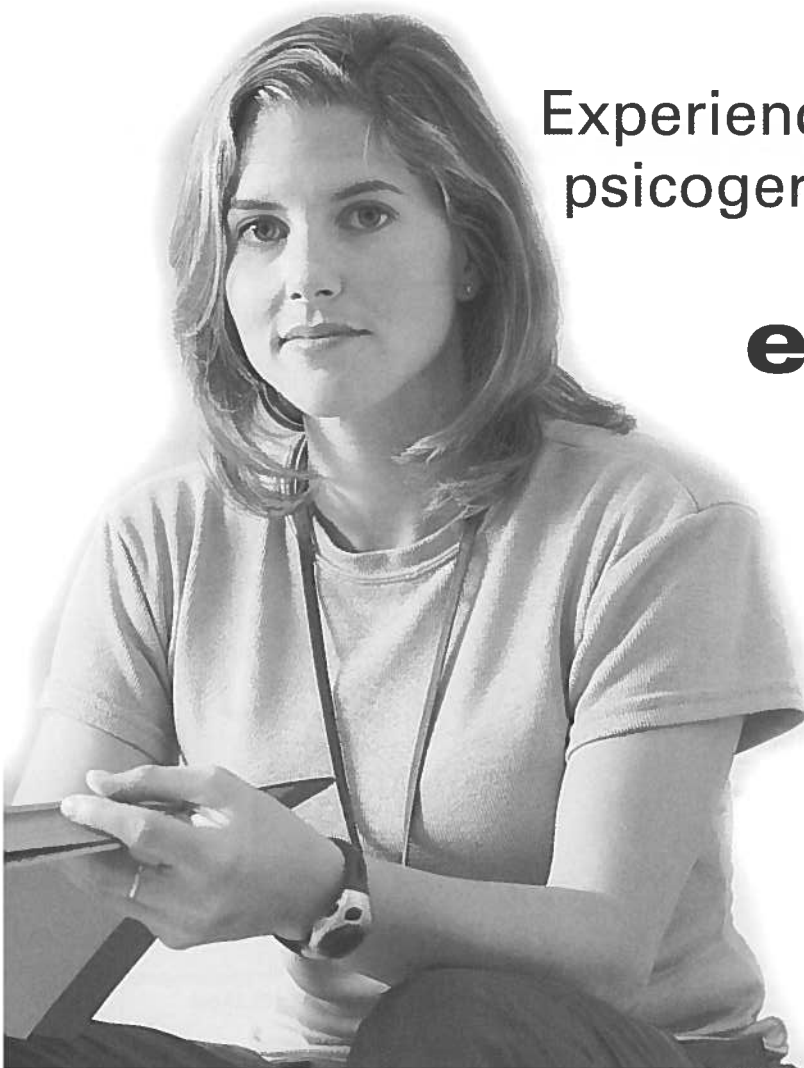
☐ AFILIADOS

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

Tarifa de afiliados para bibliotecas, empresas e instituciones: podrán hacer efectiva la tarifa mediante

Salón bancario ☐ Domiciliación ☐ Cheque bancario (nominativo) adjunto nº Banco/Caja

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



Experiencia en una unidad de psicogeriatría de un paciente diagnosticado con **enfermedad de Pick**

La enfermedad de Pick es un trastorno neurodegenerativo poco frecuente, una de las demencias que afecta al individuo en la etapa de productividad de la vida, más frecuente en mujeres que en hombres. La atención de pacientes con demencia en unidades de psicogeriatría nos lleva a cuidar a pacientes con esta enfermedad en fases evolucionadas y con trastornos de conducta severa.

CARMEN TERMES BOLADERAS

Área de Psicogeriatría. Corporación Sanitaria Parc Taulí. ALBADA

ANTECEDENTES

La enfermedad de Pick es un trastorno neurodegenerativo poco frecuente con una prevalencia 10 veces inferior a la enfermedad del Alzheimer. Fue descrita en 1892 por Pick en una mujer que presentaba una demencia presenil con disfasia, cuyos hallazgos neuropatológicos, descritos por Alzheimer, se caracterizaban por una atrofia cerebral de predominio lobular, degeneración neurofibrilar o cuerpos de Pick.

Esta enfermedad es una de las demencias que afecta al individuo

en la etapa de productividad de la vida, siendo más frecuente en mujeres que en hombres, y la padece a una persona cada 100.000.

Comienza entre los 40 y 60 años, siendo el promedio de inicio a los 55 años. La media de vida de estos pacientes es de 5 a 7 años.

A pesar de que la mayoría de los casos de enfermedad de Pick son esporádicos, se han descrito algunos casos familiares con un patrón de herencia autosómica dominante. Sin embargo, no se ha descrito ningún gen como posible candidato.

La existencia de dispositivos de institucionalización de pacientes con demencia en unidades de psicogeriatría, conlleva a estas unidades a atender a pacientes con esta enfermedad en fases evolucionadas, habiendo pasado previamente por unidades de psiquiatría, pero al ser ésta una enfermedad con escasa prevalencia, con sintomatología muy rápida y grave similar a la demencia senil tipo Alzheimer y sin tratamiento efectivo, se hace necesaria una intervención en unidades más especializadas.

Nuestra unidad de psicogeriatría está especializada en atender

a pacientes con trastornos de conducta severa, por eso fue remitida a nuestra unidad. Estas conductas, catalogadas muchas veces como problemáticas, requieren un correcto manejo por parte de los profesionales.

SINTOMATOLOGÍA

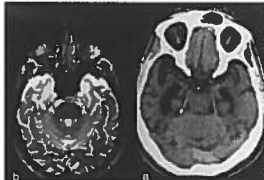
Los síntomas pueden ser similares a los de la demencia senil tipo Alzheimer, con afasia (pérdida de las habilidades del lenguaje), agnosia (merma de la capacidad para reconocer objetos o personas) y apraxia (pérdida de la capacidad de movimientos hábiles). Los cambios en el comportamiento son prominentes, con pérdida de la inhibición y cambios en la personalidad, al contrario de lo que sucede con la enfermedad de Alzheimer, en la cual la pérdida de la memoria es con frecuencia la característica principal. No existe tratamiento efectivo en la enfermedad de Pick.

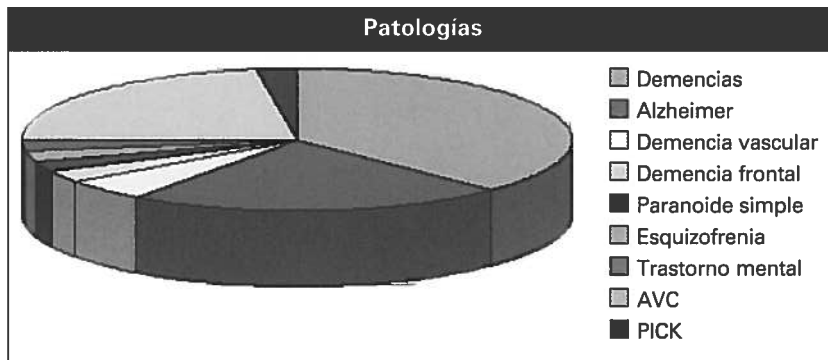
Es una enfermedad progresiva que puede necesitar cuidados las 24 horas al día, en el hogar o en institución, para poder satisfacer las necesidades del individuo y poder brindar un ámbito seguro.

DIFERENCIAS Y SIMILITUDES ENTRE LA ENFERMEDAD DE PICK Y ALZHEIMER

Demencia frontotemporal: enfermedad de Pick
RNM en T2 correspondiente a una mujer de 59 años de edad con alteración progresiva en su comportamiento social (incluyendo apatía y desinhibición ocasional) de tres años de evolución.

Similitudes	
ALTERACIÓN DE LAS FUNCIONES SUPERIORES	AFASIA: pérdida de las habilidades del lenguaje. AGNOSIA: pérdida de la capacidad para reconocer objetos o personas. APRAXIA: pérdida de la capacidad de movimientos.
PRUEBAS DIAGNÓSTICAS (TAC Y RM CRANEALES)	Hallazgos en estudios de neuroimagen similares.
TRATAMIENTO	En ambas enfermedades no existe tratamiento efectivo curativo.

Diferencias		
Enfermedad de Pick	DIFERENCIAS CLÍNICAS	Enfermedad de Alzheimer
• Los síntomas son un reflejo de la distribución de la atrofia cortical. • Trastornos de personalidad. • Déficit de memoria más grave que en Alzheimer. • Cambios en el comportamiento.		• Pérdida de memoria (característica principal). • Alteraciones visuo-espaciales. • Apraxias.
40- 80 años	EDAD DE INICIO	Inicio presenil (antes de los 65 años)
La atrofia cerebral se encuentra más circunscrita.	HALLAZGOS EN ESTUDIOS DE NEUROIMAGEN	La atrofia cerebral se encuentra menos circunscrita.
 Imágenes RM en el plano axial y en secuencias de densidad protónica y ponderadas en T1, que muestran una acusada y asimétrica dilatación global ventricular y de los espacios aracnoideos de la convexidad cerebral de predominio frontal.		 Imágenes de TC (a) y RM potenciada en T2 en el plano axial que muestran una severa atrofia simétrica de ambos lóbulos temporales.
Déficit bifrontal.	ESTUDIOS FUNCIONALES DE IMAGEN PET. CONTRASTA	Déficit biparietal.
Cuerpos de Pick.	Localización LESIÓN ANATÓMICA	Ovillos neurofibrilares.



Se aprecia atrofia frontotemporal bilateral grave.

La Unidad de Psicogeriatría recoge 38 camas. En el momento del estudio existían las siguientes patologías: 15 demencias, 9 Alzheimer, 2 demencias vasculares, 1 demencia frontal, 1 paranoide simple, 1 esquizofrenia, 1 trastorno mental, 9 AVC y la aparición de un caso de Pick.

En nuestra unidad de psicogeriatría tuvimos la oportunidad de diagnosticar una paciente con enfermedad de Pick de 55 años de edad, brindándonos la ocasión de conocer síntomas y signos como: grandes trastornos de conducta, fumadora compulsiva, insomnio nocturno, incontinencia, apatía fluctuante, riesgo de fuga, requiriendo un gran soporte familiar y supervisión continuada.

Se nos presentó como equipo multidisciplinar la siguiente pregunta: ¿qué medidas de acción y actuación del personal de enfermería llevarán con un paciente de estas características cuando ingresa en nuestra unidad?

Lo que pretendemos es analizar los trastornos de conducta más frecuentes y establecer un plan de actuación de enfermería, a través del plan terapéutico (es un instrumento de organización de las atenciones de forma individualizada del paciente en sus aspectos bio-psico-social y cultural), garantizando, de esta manera, una adecuada continuidad en el proceso asistencial y permitiendo mejorar una atención de calidad mediante una evaluación constante.



OBJETIVOS

1. Proporcionar soporte y atención a las familias para mejorar su calidad de vida a nivel emocional-social en el rol de cuidadores y soporte en las relaciones con el resto de familia.
2. Proporcionar ayuda, estrategias y técnicas de adaptación al entorno, tanto para el paciente como a la familia.
3. Proporcionar y garantizar un tratamiento adecuado a su patología.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo de la dinámica de funcionamiento delante de un paciente con esta enfermedad.

RESULTADOS

- El equipo interdisciplinar está formado por diversos profesionales, cada uno competente en su especialidad, que se coordinan para elaborar y llevar a término el plan terapéutico integral con objetivos comunes a todos los profesionales.
- Se desarrolla un programa específico de psicoestimulación adaptado a sus necesidades, mediante una hoja de registro donde se apuntará el grado de respuesta a su mejora funcional y/o cognitiva.
- Se planificará un diseño de sesiones de abordaje, de integración y soporte a la familia.

CONCLUSIONES

Proporcionar tratamiento adecuado para intentar retrasar el deterioro y poder mejorar en lo que se pueda su calidad de vida.

(sigue en la página 22)

Datos/perfil paciente

Ingreso procedente de domicilio con carácter permanente en nuestra unidad.

- **Edad:** 55 años
- **Sexo:** mujer
- **Diagnósticos principales:**
 - Demencia de Pick
 - Osteoporosis
 - Ulcus duodenal
- **Tratamiento farmacológico actual:**
 - Trankimazin Retard 1 mg: 3 veces al día
 - Sinogan 25 mg: 1 al día
 - Noctamid: 1 por la noche
- **No alergias** conocidas
- **Alimentación:** dieta normal, come sola
- **Higiene:** dependiente
- **Control esfínteres:** portadora de pañal. Cada 2 horas llevar a WC
- **Descanso:** duerme bien toda la noche, no precisa barandas de protección en la cama
- **Movilidad:** camina sin problemas
- **Comportamiento:**
 - Fumadora c/ 1 o 2 horas un cigarro (suministrar tabaco con el fin de evitar trastorno conductual)
Aparición de lesiones cutáneas debido al hábito tabáquico (quemaduras en los dedos)
 - No peligro de fugas
 - Valoración durante tres días de su estado basal de comportamiento (posible cambio de unidad si es necesario)
 - Integrar en los talleres de la unidad (costura, cerámica, bingo)

Antecedentes psiquiátricos de ingresos previos hospitalarios de otros centros:

(Año 1994)

Paciente de 49 años que ingresa para estudio de trastorno de la conducta de unos cuatro meses de evolución, la paciente presenta síntomas caracterizados por episodios recortados de irritabilidad, así como tendencia a la perseverancia con conductas y lenguaje reiterativo y discreta labilidad emocional. No se constata sintomatología efectiva ni psicótica. Existe problemática familiar (problemas con su hijo) coincidiendo con el inicio de los síntomas:

Cuadro progresivo de inicio insidioso caracterizado por no realizar auto cuidado (habiendo sido ella una mujer muy presumida) y abandono de las responsabilidades familiares, conductas impulsivas, extravagantes, paradoxales y repetitivas; irritabilidad, desinhibición, humor vacuo con labilidad afectiva, falta de crítica y de conciencia de enfermedad, incapacidad para la planificación y la organización, disminución de la capacidad de juicio.

Se mantiene conservada la capacidad de memoria, orientación y lenguaje. En principio se valoró como una demencia presenil de tipo cortical, y finalmente fue diagnosticada en hospital mutua de Terrassa de demencia debido a la enfermedad de Pick.

TAC CRANEAL (1995): resultado normal.

ESPECT CEREBRAL: asimetría en la fijación del trazador de perfusión cerebral a ambos temporales, objetivándose una menor actividad en *región temporal izquierda*, mostrando extensión hacia *región frontal*. Resto de áreas corticales normales.

Plan terapéutico personalizado

PROBLEMAS	OBJETIVOS	ACTIVIDADES
Alimentación: obesidad Riesgo de bronco aspiración.	Control ponderal. Vigilar la deglución.	Control en las comidas de las cantidades que ingiere, así como de la deglución. Informar a personal y voluntariado de las pautas dietéticas.
Descanso: insomnio nocturno.	Normalizar ritmo circadiano.	Registro por escrito en todos los turnos de cómo duerme o descansa la paciente (ritmo nocturno y diurno).
Control esfínter: incontinencia nocturna.	Minimizar incidencia.	Levantar al paciente durante la noche y acompañarla al WC.
Trastornos conductuales: apatía fluctuante, cambio de humor, agresividad, inquietud (agitación psicomotriz: gritos, estados eufóricos).	Disminuir estado apático. Mantener estado humor tranquilo.	Aumentar actividades recreativas y socializantes (estimular a la paciente con el soporte de servicio de voluntariado y familia). Evitar situaciones que pueden alterar el humor y la libido de la paciente. Controles periódicos por psiquiatría. Evitar ingesta de café.
Problemas de salud relacionados con el tabaquismo: lesiones por quemadura en los dedos de mano derecha. problemas respiratorios y circulatorios potenciales.	Control del estado de la piel de la mano derecha. Problemas potenciales: minimizar impacto en vías respiratorias, así como control de la circulación en EEII.	Controlar signos y síntomas de posibles infecciones o aparición de nuevas lesiones. Controlar periódicamente capacidad pulmonar, aumento de las secreciones bronquiales, así como aparición de disnea, tos, etc. Control de la aparición de edemas en las EEII u otros signos de problemas circulatorios (isquemia).
Déficit de autocuidado: higiene, alimentación.	Mejorar el grado de autonomía para las AVD.	Estimular y potenciar la autonomía de la paciente para realizar AVD con control y supervisión por parte del equipo asistencial.
Déficit de actividades recreativas.	Mantener socialización y actividad diurna de la paciente.	Diseñar un plan de actividad diurna por parte del equipo de la unidad de día que está dentro de nuestra unidad (manualidades).
Riesgo potencial de fuga.	Evitar la salida de la paciente de la unidad sin control o sin ir acompañada.	Poner carteles informativos en las puertas de entrada a la unidad para informar a familiares y resto de personal asistencial.

RADIOLOGIE

(viene de la página 19)

Según nuestra experiencia con relación a esta enfermedad, constatar:

- Su escasa prevalencia y su dificultad a la hora de tratar este tipo de paciente, debido a la gravedad de los síntomas acompañados de su temprana edad.
- Hemos decidido hacer un análisis durante su estancia en nuestro centro, diseñando y consensuando un plan de trabajo individualizado adecuado a los problemas detectados a este paciente, aplicables a próximos ingresos de pacientes con esta patología.

AGRADECIMIENTOS

Al equipo de la unidad de psicogeriatría del centro socio sanitario Albada (corporación sanitaria Parc Taulí), por su colaboración en los documentos gráficos.

A Silvia Díaz y Gema Sánchez, por su ayuda en la búsqueda de información.

A Antonia Martínez y Villegas, por su supervisión del trabajo realizado.

Al equipo de recepción del centro socio sanitario Albada, por su colaboración en fotografías y documentos de papelería.

A Guadalupe Julián Castro, por su ayuda en la transcripción del trabajo en soporte informático (transcripción del material fotográfico, gráficos y diseño).

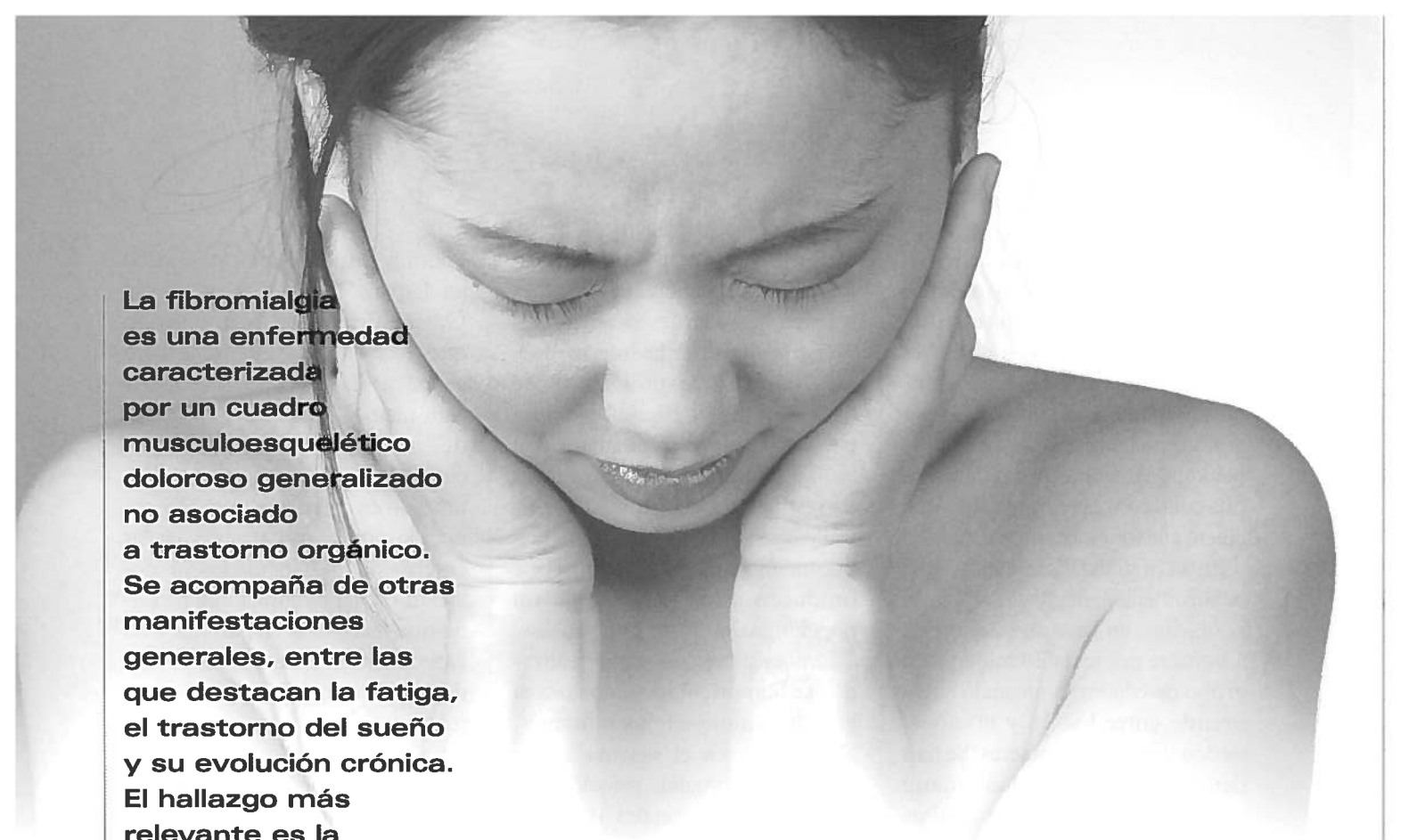
Agradecimiento especial a los familiares y pacientes de la unidad que han dado su consentimiento para ser fotografiados.

BIBLIOGRAFÍA

- E. MARTÍN, J.P.: *Manual de Geriatría*. Barcelona. Toray-Masson, 1976.
- Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology*. Brocklehurst, 1985 London. Churchill Livinston.
- LÓPEZ-POUSA, C. PUJOL-GÓMEZ: *Registro de demencia: situación actual en Cataluña*. *NEUROL*, 1998; 27 (155):96-101.
- ROMÁN ALBERCA SERRANO: *Demencia: Diagnóstico y Tratamiento*. Ed. Masson, S.A. Año 1998, España.
- JOSÉ MANUEL RIBERA CASADO: *Patología Neurológica y Psiquiátrica en Geriatría*, 1989 Madrid. Médicos.
- A. GIMENO. ÁLAVA: *Neurología Básica*. Ed. Medicad. Madrid: Idepsa, DL 1985.
- N. ACARIN TUSELL, J. ÁLVAREZ SABÍN, J. PÉREZ SERRA: *Glosario de Neurología*; Dirección, redacción y edición, Sociedad Española de Neurología. Barcelona, 1989.
- P. THOMAS, A. PESCE, J. P. CASSUTO: *Abc de enfermedad de Alzheimer*, prólogo a la edición española de Mercè Boada i Rovira; edición en castellano de Bibiana Lianas i Massot. Barcelona, Masson, 1990.
- DECLAMED. *Definición, clasificación y estudio del paciente demente*. Sociedad Española de Neurología. Grupo de estudio de demencias. Barcelona: Prous, 1989.
- Actualización clínico patológica de la enfermedad de Pick. Dickson DW. Pick's disease: a modern approach. *Brain Pathol* 1998; 8:339-354.
- Alzheimer*. Glosa. Realidades e investigación en demencia. Noviembre/diciembre 1998, nº 10. Glosa Barcelona.
- DRA. LIUBA y. PEÑA GALBÁN, DR. JUAN CARLOS RODRÍGUEZ ACOSTA y DRA. LUDMILA CASAS RODRÍGUEZ: *Demencia en la enfermedad de Pick*, Hospital Clínico-quirúrgico Docente Dr. Octavio de la Concepción y de la Pedraja. Camagüey. *Cubana Med. Milit*, 2001.

OTRAS FUENTES

- <http://www.scn.es/cursos/demencias/tac/radiolog.htm>
- http://www.latinsalud.com/Temas/enf_pick.htm
- http://www.elnegrodeneuro.com/cerebro/enf_pick.html
- <http://www.psicoactiva.com/cie10/cie1.htm>
- http://www.psicoplaner.com/temas/tema09_contenido.htm
- <http://www.scn.es/cursos/demencias/lewy/lewy1.htm>
- <http://www.scn.es/cursos/demencias/ela/ela.htm>
- <http://scn.es/cursos/demencias/tac/radiolog.htm>
- <http://www.igerontologico.com/salud/Temas/pick.htm>
- http://www.avera.org/adam/esp_ency/article/000744sym.htm
- <http://www.psicoguiacom/pick.php3>
- http://www.fisterra.com/recursos_web/mbe/vancouver.htm
- <http://www.aesm.net/investiga/programa.htm>



La fibromialgia es una enfermedad caracterizada por un cuadro musculoesquelético doloroso generalizado no asociado a trastorno orgánico. Se acompaña de otras manifestaciones generales, entre las que destacan la fatiga, el trastorno del sueño y su evolución crónica. El hallazgo más relevante es la palpación de determinados puntos dolorosos en la exploración. Las causas no están bien definidas y la forma de presentación más común es el dolor generalizado que afecta a músculos, tendones y ligamentos. Los síntomas más habituales son: dolor musculoesquelético, fatiga y alteraciones del sueño. Actualmente no existe un tratamiento que produzca su curación definitiva. Realizar ejercicio moderado de manera periódica, una alimentación adecuada y evitar en lo posible situaciones de estrés puede mejorar la calidad de vida de la persona con fibromialgia.

La fibromialgia

MARÍA BEGOÑA SANTAMARÍA CORTEZÓN
MARÍA ISABEL CALVO DE DIOS
Auxiliares de Enfermería

INTRODUCCIÓN

La fibromialgia (conocida por las siglas “FM”) es una entidad clínica y compleja que causa dolores generalizados y un agotamiento profundo que afecta fundamentalmente a los tejidos blandos del cuerpo (músculos, tendones, ligamentos), apreciándose en un mismo paciente síntomas muy variados.

Su nombre deriva de “fibro” o tejidos fibrosos (tales como tendones y ligamentos), “mios”, o músculos; y “algia”, que significa dolor. Aunque se llamó fibrositis durante años, se sustituyó el término por fibromialgia con la finalidad de excluir el concepto de

enfermedad inflamatoria que daba a entender el término utilizado previamente. A diferencia de la artritis, la fibromialgia no ocasiona dolor o hinchazón de las articulaciones; más bien, produce dolor en los tejidos blandos alrededor de las articulaciones y en todo el cuerpo. Puesto que produce pocos síntomas que se puedan percibir, ha llegado a apodarse como la “invalidez invisible”.

Muchas veces se describe como un “dolor de pies a cabeza”. Su severidad varía y puede cambiar de lugar, llegando a ser más severo en aquellas partes del cuerpo que se usan más (es decir, el cuello, los hombros y los pies). En algunas

personas, el dolor puede ser lo suficientemente intenso como para interferir en las tareas diarias, mientras que en otras sólo les ocasiona un malestar leve. También el agotamiento producido por la fibromialgia varía de persona a persona. Afortunadamente, no es una condición que incapacite o que afecte a la longevidad.

En la actualidad se estima que la fibromialgia afecta al 2,4% de la población, en una proporción de 1 hombre por cada 20 mujeres. El grupo de edad más afectado comprende entre los 30 y 60 años, siendo un 80-90% mujeres. Se han detectado casos en edad infantil y, en menor medida, en adultos mayores de 65 años.

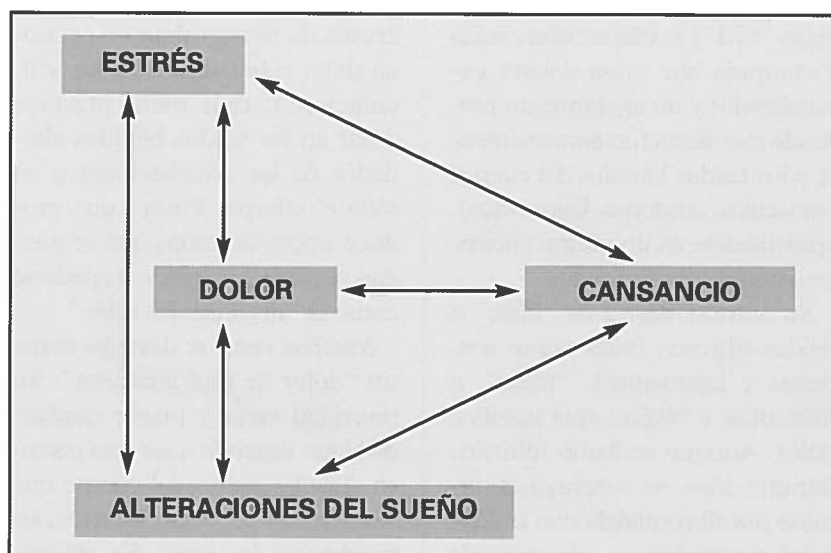
CAUSAS

La causa de la fibromialgia es desconocida, sin embargo, se han descrito casos que comienzan después de procesos identificables, como puede ser una infección bacteriana o viral, un trauma físico o emocional, cambios hormonales u otra enfermedad conocida que limite la calidad de vida (artritis reumatoide, lupus eritematoso...) que pueden contribuir al dolor generalizado, fatiga y

trastornos del sueño, que caracterizan a esta dolencia.

Estos agentes desencadenantes no parecen causar la enfermedad, sino que lo que probablemente hacen es "despertarla" en una persona con una anomalía oculta en la regulación de su capacidad de respuesta a determinados estímulos. Es posible que una respuesta anormal a los factores que producen estrés desempeñe un papel importante en este proceso.

Los estudios médicos realizados se han orientado a analizar si hay alteraciones en los músculos, alteraciones en el sistema inmunológico, anomalías psicológicas, problemas hormonales o, como se ha señalado previamente, alteraciones en los mecanismos de percepción del dolor. Se han detectado en el sistema nervioso de personas con fibromialgia niveles bajos de algunas sustancias importantes en la regulación del dolor, particularmente la serotonina. Asimismo, se ha detectado en el sistema nervioso el incremento de una sustancia productora de dolor, sustancia P, un neuroquímico del cerebro que en estos pacientes se encuentra con niveles tres veces superiores a los hallados en el cerebro de las personas sanas.



Últimos estudios llevados a cabo en España por el doctor Ferrán García Fructuoso han revelado que esta enfermedad tiene base genética. De los pacientes analizados, un 77,3% son portadores de una variante del gen Catecol-O-Metiltransferasa (COMT), ubicado en el cromosoma 22 y conocido por su implicación en las enfermedades vinculadas al dolor. El COMT fabrica una proteína que inactiva la dopamina y las catecolaminas, responsables de transmitir el impulso nervioso entre las neuronas.

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

SÍNTOMAS

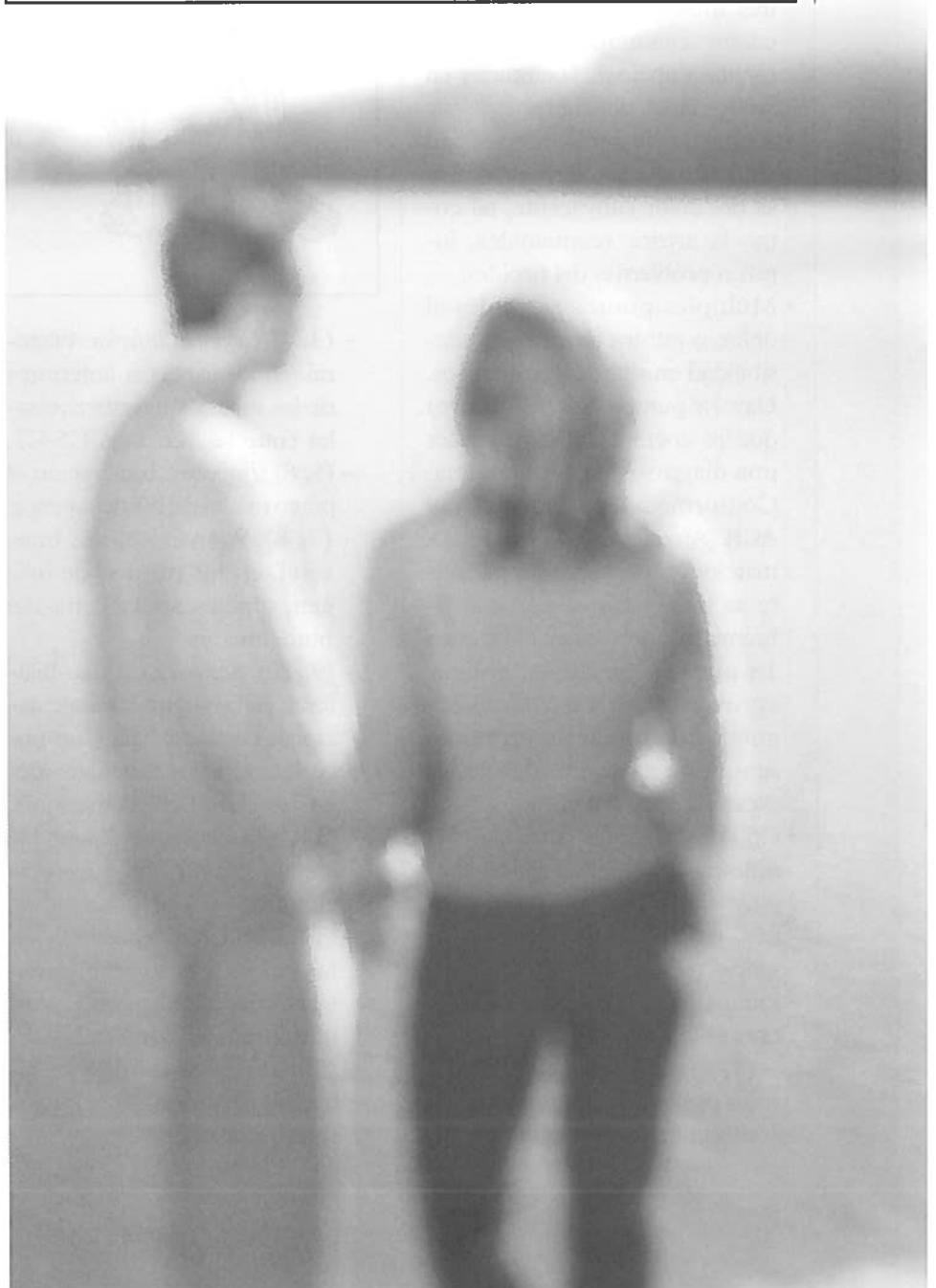
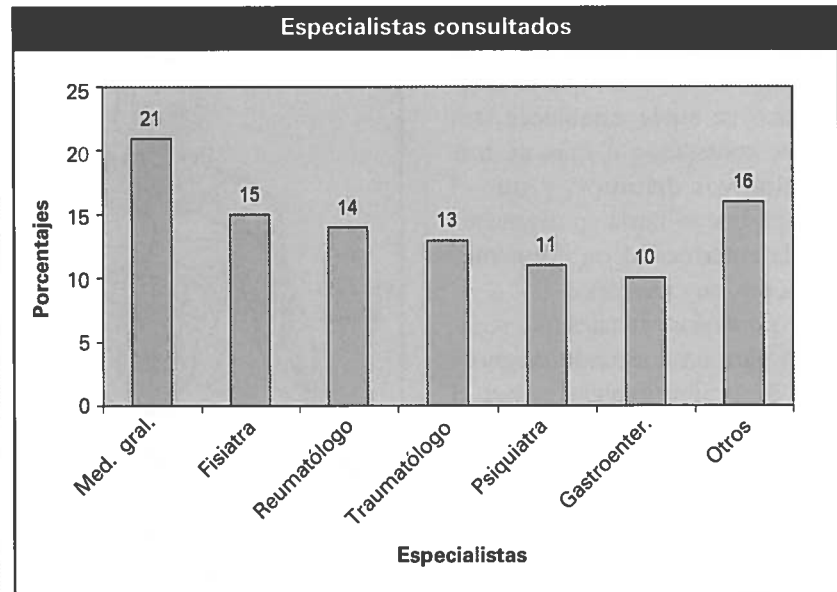
- **Dolor:** la forma de presentación más común es el dolor generalizado o en una zona amplia, mal delimitada, que comprende músculos, prominencias de los huesos y uniones de los huesos con los tendones. Otra forma de manifestación consiste en la aparición de dolor tras la presión y/o movilización de las articulaciones.
- **Fatiga:** aparece al levantarse por la mañana y se acentúa a medida que transcurre el día. Esta sensación suele ser generalizada y representa un gran obstáculo para llevar a cabo las actividades diarias.
- **Alteraciones del sueño:** estos enfermos duermen poco y mal, atribuyendo las alteraciones del sueño al dolor. De hecho, se sienten más desvelados y activos por la noche que por el día. Algunos

pacientes con fibromialgia tienen otros síntomas asociados, tales como apnea nocturna, mioclonías del sueño (movimientos bruscos de brazos y piernas) y bruxismo (rechinar de dientes), lo cual puede explicar la fatiga con la que inician la jornada.

- **Intestino irritable:** del 40 al 70% de los pacientes con FM tienen síntomas de intestino irritable, tales como estreñimiento alternado con diarrea, dolor abdominal, gases y náuseas.
- **Otros síntomas comunes:**
 - Problemas genito-uritarios: dolores menstruales, vejiga irritable y cistitis.
 - Problemas dermatológicos: prurito, sequedad y manchas.
 - Alteraciones digestivas.
 - Anquilosamiento: rigidez, acorchamiento y calambres musculares.
 - Desequilibrio: mareos, piernas inquietas, sensibilidad a la luz, sonido y olores.
 - Síndrome de sequedad: ojos, boca, piel, vagina y tracto digestivo.
 - Problemas psíquicos: ansiedad y depresión.
- **Factores agravantes:** los cambios en el clima, ambientes fríos o muy secos, hormonales, estrés, depresión, ansiedad, exceso de ejercicio, agentes nocivos sonoros como ruido o ambientes ruidosos, inactividad, esfuerzo físico excesivo, movimientos de repetición, posturas forzadas y una alimentación inadecuada son factores que pueden contribuir a un empeoramiento de los síntomas.

DIAGNÓSTICO

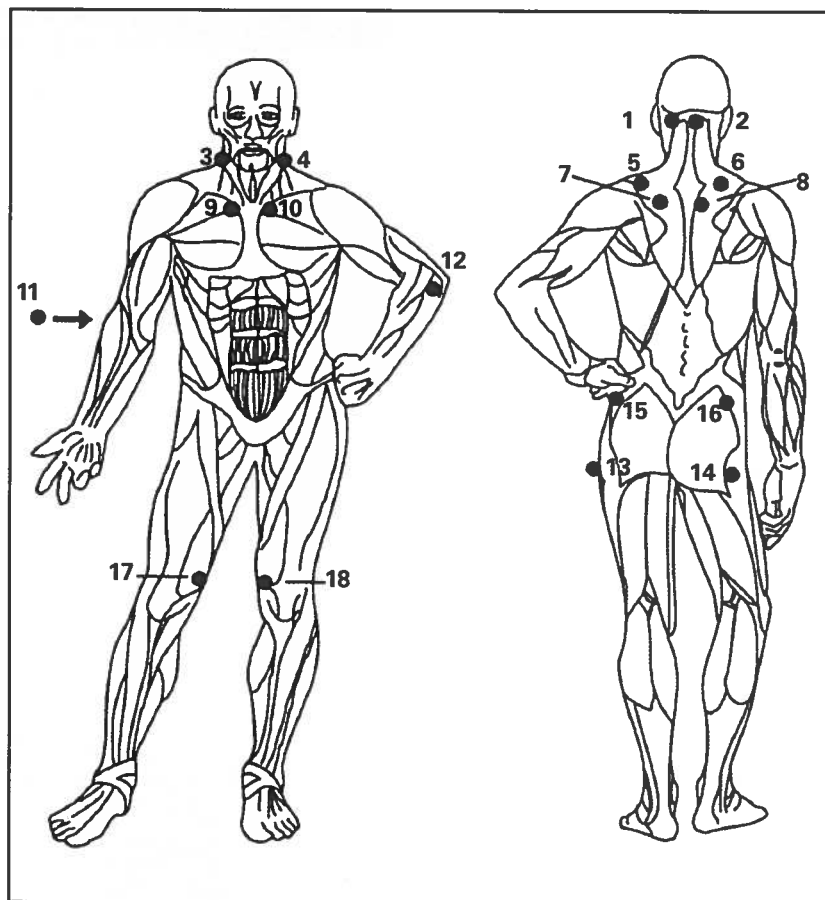
Aunque se ha admitido la existencia de la fibromialgia por parte de la Organización Mundial de la Salud en los años noventa, no



existe en la actualidad un criterio de determinación fiable. Diversos estudios demuestran que el diagnóstico se suele establecer tras haber consultado a más de tres facultativos distintos, y que el tiempo que se tarda en diagnosticar la enfermedad es, aproximadamente, de cinco años.

Los criterios oficiales que se siguen para un adecuado diagnóstico de la fibromialgia, según el American College of Rheumatology, son:

- Dolor crónico, generalizado, musculoesquelético por más de tres meses en cada uno de los cuatro cuadrantes del cuerpo (arriba y abajo de la cintura y en ambos lados del cuerpo).
- Ausencia de otra enfermedad sistémica que pudiera ser la causa del dolor subyacente, tal como la artritis reumatoidea, lupus o problemas del tiroides.
- Múltiples puntos sensibles al dolor, o puntos de extrema sensibilidad en sitios característicos. Hay 18 puntos “gatillo” (clave) que los doctores buscan al hacer una diagnosis de fibromialgia. Conforme a los requisitos del ACR (American College of Rheumatology), para que un paciente se pueda considerar con fibromialgia, debe tener 11 de estos 18 puntos. Se deben aplicar aproximadamente cuatro kilogramos de presión a un punto sensible, y el paciente deberá indicar si siente dolor.
- Criterios menores (modulan los síntomas): actividad física, factores climáticos, ansiedad o estrés, trastornos de sueño, cansancio...
- Puntos sensibles típicos de la fibromialgia:
 - (1, 2) *Occipucio*: bilateral, en los puntos de inserción de los músculos suboccipitales.



- (3, 4) *Cervical inferior*: bilateral, en los aspectos anteriores de los espacios intertransversales entre las vértebras C5-C7.
- (5, 6) *Trapecios*: bilateral, en el punto medio del borde superior.
- (7, 8) *Supraespinosos*: bilateral, en los puntos de origen, supraescapular cerca del borde medio.
- (9, 10) *Segunda costilla*: bilateral, en las segundas articulaciones costocondrales, un poco lateral a las articulaciones en las superficies superiores.
- (11, 12) *Epicondilo lateral*: bilateral, 2 cm distal a los epicondilos.
- (13, 14) *Glúteo*: bilateral, en los cuadrantes superiores externos de las nalgas en el pliegue anterior del músculo.
- (15, 16) *Trocánter Mayor*: bilateral, posterior a la protuberancia trocantérica.

- (17, 18) *Rodilla*: bilateral, en la almohadilla medial de grasa cerca de la línea de la articulación.

Otro criterio de diagnóstico se encuentra en el enrojecimiento de la piel al presionar con la mano en cualquier lugar del cuerpo. Ésta es la consecuencia de pequeñas alteraciones en la regularización de los síntomas de riego de sangre a la piel.

Límites de los criterios de diagnosis de la fibromialgia

Dado que las pruebas convencionales como son los análisis de laboratorio y rayos X son frecuentemente normales en los pacientes de fibromialgia, es imprescindible que un facultativo lleve a cabo una historia clínica y un examen físico exhaustivo para

un diagnóstico correcto. Ya que los síntomas de la fibromialgia se asemejan a otras enfermedades, es necesario descartar éstas antes de hacer un diagnóstico definitivo para poder iniciar un tratamiento adecuado.

TRATAMIENTO

Los tratamientos se enfocan al manejo de los síntomas de la fibromialgia en el mayor grado posible. De la misma manera que las manifestaciones varían de paciente a paciente, también varían las formas de tratamiento que tienen éxito. Lo que sirve para un paciente puede ser que no sirva para otro. El tratamiento exitoso de la fibromialgia puede implicar la combinación de una gran variedad de profesionales de la salud y terapias complementarias.

Es preciso señalar que no hay enfermedad sino enfermo. De hecho, cada caso es individual y requerirá un tratamiento adaptado y personalizado.

A pesar de que se puede conseguir una gran mejoría en la calidad de vida de la persona con fibromialgia, en el momento actual no existe un tratamiento que produzca su curación definitiva.

La estrategia terapéutica de este síndrome se compone de varios elementos, cada uno de los cuales ocupa su lugar, siendo todos ellos complementarios.

Para un correcto tratamiento se deben tener en cuenta los siguientes puntos:

- El diagnóstico firme.
- La explicación de la naturaleza de la enfermedad.
- La educación para evitar los factores agravantes.

- El tratamiento de las alteraciones psicológicas asociadas si las hay.
- El cambio de comportamiento.
- El ejercicio físico para estirar los músculos y mejorar la capacidad cardiovascular.
- Una alimentación adecuada y adaptada a su estado sintomatológico.
- El tratamiento con medidas locales como infiltraciones y masajes.
- El uso de analgésicos y medicamentos que aumenten la tolerancia al dolor y mejoren el sueño.

Respecto del diagnóstico firme, hay que señalar que el conocimiento por parte del paciente de la enfermedad que tiene evitará una peregrinación en busca de diagnósticos o tratamientos, disminuirá la ansiedad que produce encontrarse mal sin saber por qué y permitirá la fijación de objetivos realistas.



En cuanto a la naturaleza de la enfermedad hay que aclarar que la fibromialgia no tiene nada que ver con el cáncer, no destruye las articulaciones y no ocasiona lesiones irreversibles ni deformidades.

Es necesario evitar los factores que agravan los síntomas. En general, si hay alteraciones al caminar (una pierna más corta que otra, calzado inadecuado...), habrá que corregirlos con alzas, plantillas o zapatos correctores. Si se adoptan posturas forzadas y poco naturales, se fuerzan las inserciones de los músculos que se hacen dolorosas. Por este motivo habrá que cuidar las posturas en el trabajo o en casa. Hay que evitar levantar o sostener pesos para los que la musculatura de la persona en cuestión no está preparada. La obesidad es un factor de sobrecarga musculotendinosa. Por este motivo, se recomienda la pérdida de peso en las personas obesas con fibromialgia.

La ansiedad y la depresión no son la causa de la fibromialgia, pero cuando se asocian a la misma, hacen que su tratamiento sea más difícil; por este motivo, es fundamental buscar la presencia de estos problemas y, en el caso de que existan, hay que procurar su control con la colaboración del psiquiatra.

Una actitud positiva ante las cosas de cada día es fundamental. Uno de los elementos claves de la fibromialgia es saber que la excesiva preocupación por los pequeños problemas está en la raíz de la enfermedad.

Por este motivo hay que procurar un cambio de mentalidad tanto en quien la padece como en los que le rodean, buscando un ambiente familiar relajado y libre de exigencias constantes. Hay que ser realista, siendo conveniente marcarse objetivos diarios que se sepa que se pueden cumplir.



Se debe valorar siempre lo que se consigue y no hay que desanimarse por lo que queda. Es mejor hacer una sola cosa en cada momento. Nadie es perfecto, por lo tanto no se debe esperar la perfección ni de quien la padece ni de los demás.

Se debe cuidar la autoestima, no hay que olvidar que, a pesar de tener dolor, es una persona útil, necesaria, con una vida propia, que tiene valor por sí misma.

Hay que planificar en lo posible una reducción del estrés. La práctica de aficiones o medios de entretenimiento (música, pintura, humor...) pueden ser importantes.

De todas las medidas que se han empleado en el tratamiento de la fibromialgia, el ejercicio físico y una adecuada fortaleza muscular son, sin duda, las más eficaces. Es evidente que el ejercicio por encima de la capacidad física del individuo empeora el dolor, lo que invita a abandonarlo. Por eso, esta fortaleza muscular se ha de conseguir de forma progresiva.

Una alimentación adecuada puede contribuir a una mejoría de

la fibromialgia. En la actualidad se conoce la relación causa-efecto entre alimentación y enfermedad. La carencia de ciertos minerales (calcio, magnesio y zinc), vitaminas (C, E, B6, B1) y aminoácidos como el triptófano que el organismo utiliza para sintetizar la serotonina (sustancia que actúa de neurotransmisor) puede agravar los síntomas. Se debe evitar el alcohol, consumo de sal y las comidas demasiado elaboradas o en conserva.

Las inyecciones locales de los puntos dolorosos con anestésicos locales acompañados de un masaje son de gran ayuda para dolores localizados intensos.

Los calmantes o analgésicos pueden ayudar. La mayoría de los enfermos con fibromialgia los toman, pero su eficacia es parcial y nunca deben ser administrados sin la supervisión de un facultativo.

Hay un grupo de medicamentos, entre otros mecanismos de acción, que actúa aumentando los niveles de serotonina y que mejora los síntomas en un buen número de enfermos. En general

son fármacos usados como anti-depresivos a dosis más altas que las que son precisas en la fibromialgia. En este último caso, aumentan el umbral de percepción del dolor y tienen, por tanto, una cierta actividad analgésica.

Rehabilitación física

Hay una gran variedad de terapias manuales, directas, disponibles para los enfermos de fibromialgia. Algunas sólo pueden ser administradas por profesionales de rehabilitación física capacitados que están familiarizados con el síndrome de la fibromialgia, mientras que otras pueden practicarse en casa, especialmente bajo supervisión profesional. Entre las más comúnmente practicadas se encuentran las siguientes:

- Alivio miofascial
- Ejercicios aeróbicos
- Ejercicios de estiramiento
- Masaje
- Osteopatía
- Quiropráctica
- Terapia craneosacral
- Terapia de los puntos desencadenantes

Terapias auxiliares

- Higiene postural
- Terapia ocupacional
- Terapia de relajación
- Terapia cognitiva/de conducta
- Sentido común
- Natación
- Dietética

Medicina alternativa

- Acupuntura
- Homeopatía
- Mesoterapia
- Oligoterapia
- Fitoterapia
- Hidroterapia

CUIDADOS PALIATIVOS DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA

En el caso de que un paciente ingrese en una unidad hospitalaria con la sintomatología de una fibromialgia y sin un diagnóstico firme será atendido en la unidad de reumatología.

- Aplicará el protocolo de acogida, con la toma de constantes y registro de los mismos.
- Colaborará con la enfermera en la recogida de muestras de orina, sangre, etc.
- Evitar el encamamiento. La piel puede tener alteraciones debido a los puntos de presión y aparecer úlceras por decúbito.
- Vigilar el control de esfínteres y deposiciones.
- Evitar temperaturas extremas, exceso de ruidos, luminosidad.
- Respetar el descanso del paciente.
- Observar los posibles cambios de carácter.

- Ayudar en la higiene y alimentación.
- En caso de encamamiento prolongado, efectuar cambios posturales de manera periódica.
- Prestar apoyo emocional al paciente.

OBJETIVOS

- Promover una actitud positiva: una excesiva preocupación por los pequeños problemas es causa de enfermedad.
- Mejorar la calidad de vida física: la fortaleza muscular se ha de conseguir poco a poco, ya que el ejercicio por encima de sus posibilidades invita a dejarlo.
- Cuidar su autoestima: no hay que olvidar que, a pesar del dolor, es una persona útil, necesaria y con vida propia que tiene valor por sí misma.
- Crear un ambiente agradable: guardar un momento a lo largo del día para oír música, relajarse, pintar, ir al teatro... aprender a decir "no" sin sentimiento de culpa. Es importante compartir sentimientos.

BIBLIOGRAFÍA

- BESSON, PHILIPPE-GASTON: *La fatiga crónica (la fibromialgia). Cómo aliviar los síntomas*. Oniro, 2001.
- BOIXADER GUITAR, JUAN: *La fibromialgia y aspectos relacionados*. MAPFRE, Madrid, 2000.
- ENCICLOPEDIA SALUD ACTIVA: *Enfermedades y tratamientos*. Plaza & Janés Editores, 2003.
- GONZÁLEZ ÁLVAREZ, BEATRIZ: *Adaptación a la población española de un cuestionario de salud para la evaluación de la capacidad funcional en pacientes con fibromialgia*. Publicad: Universidad Autónoma de Barcelona. Bellaterra, 1998.
- GONZÁLEZ-ESCALADA CASTELLÓN, J. R.: *Fibromialgia en búsqueda de su realidad orgánica y psicológica*. Madrid, 2002.
- GUIL, J.: "Investigadores españoles detectan un gen implicado en la fibromialgia", *ABC*, 26/01/2005.
- LEÓN IGLESIAS, JAVIER: *El defensor de la fibromialgia*. León, Foro Alternativo. Bilbao 2003.
- Revista La Sana Crítica*, nº 7. Editada por AVAFAS. Diciembre de 2004.

Central integral de

“El principal agente de toda central son las personas que trabajan en ella. Las centrales han pasado de ser unidades y servicios centrales o técnicos a ser servicios de ayuda centrados en el paciente, siendo, por tanto, necesarias la cualificación técnica y profesional de las personas que desarrollan su actividad en estas unidades”

DR. JUAN JOSÉ CRIADO ÁLVAREZ

Una correcta organización y dinámica del trabajo en la central permite incrementar y optimizar la efectividad de la misma, la seguridad de los trabajadores y de los pacientes, asegurando un producto de calidad a los clientes de la central y siendo respetuosos con el medio ambiente. El objetivo de la calidad es inseparable del objetivo de seguridad.

M. JOSÉ SOLÍS SÁNCHEZ

*Auxiliar de Enfermería. Unidad de Esterilización
Hospital Clínico de San Carlos*

INTRODUCCIÓN

En España hay varios modelos de central de esterilización totalmente diferentes respecto a la garantía de calidad de los procesos de limpieza, desinfección y esterilización. Los modelos son tan distintos como las infraestructuras y la organización de los centros sanitarios. Los más habituales son:

- Centrales de envasado y esterilización.
- Subcentrales quirúrgicas.
- Centrales integrales.

Pero todos ellos deben cumplir unos controles de calidad.

El papel de la central de esterilización en los hospitales es fundamental: es el punto crítico en control de riesgo biológico, al ser la responsable de la desinfección y esterilización del material necesario para el desarrollo de la actividad asistencial.

Un objetivo preferente es conseguir que las centrales de esterilización adopten una estrategia de mejora continua de la calidad, estrategia que se fundamenta en tres acciones:

1. Diseño de una plan de actividades.
2. Verificación de que se cumple lo planificado en dichas tareas.
3. Formación del personal.

La estrategia de mejora significa seguir unos criterios, que ha de adoptar cada hospital según su estructura y condiciones. Las centrales de esterilización que controlan y supervisan el proceso de esterilización de los materiales sanitarios necesitan una licencia de funcionamiento.

Los centros españoles nunca han estado tan preparados como ahora para abordar el riesgo de infecciones en los hospitales, pero jamás habían tenido que hacer frente a tantos problemas. Por ejemplo, microorganismos resistentes, procedimientos

esterilización (I)

quirúrgicos cada vez más complicados...

Los modelos técnicos que se utilizan para el control de calidad ofrecen una guía para mejorar esa calidad. Una central certificada es una central responsable: ayuda a documentar los procesos, identificar las tareas, medir los resultados y trabajar en la mejora.

Todo ese proceso requiere la implicación activa del personal, la existencia de aspectos críticos suficientes para conducir el cambio.

HISTORIA

Antisepsia y asepsia

La antisepsia es la lucha contra la invasión microbiana. La destrucción de los gérmenes que se encuentran en un objeto, un cuerpo, un instrumento o un líquido, se lleva a cabo por medio de agentes químicos (productos antisépticos) o del calor en cualquiera de sus formas. La antisepsia conduce a la esterilización, la cual, a su vez, crea la asepsia, que se define como la ausencia de todo germen o microbio.

Antes de Pasteur, las intervenciones quirúrgicas, a causa de infecciones de toda especie,

producían una gran mortalidad. Gracias al descubrimiento de los agentes patógenos, Lister, un cirujano inglés, buscó la manera de destruirlos, y en parte lo consiguió.

Sin embargo, mucho antes de que Pasteur demostrara la importancia patológica de los gérmenes y de que Lister practicara la antisepsia, Ignacio Semmelweis (1818-1865), ginecólogo austriaco, llamado también "Salvador de Madres", descubrió la relación entre las manos contaminadas de los médicos, cirujanos, matronas y estudiantes y la fiebre post-parto, escandalizando a sus colegas al sugerir que eran ellos mismos

los causantes involuntarios de la muerte de muchos pacientes. Semmelweiss murió loco y perseguido por sus colegas.

Otro "visionario" de la época, O. Wendell Holmes (americano), vivió lo suficiente para ver cómo se confirmaban sus teorías. Más tarde, en 1881, el microbiólogo alemán Robert Koch empezó a trabajar sobre técnicas estériles, cultivos puros, cultivos sólidos e indicadores biológicos.

A lo largo de la historia hemos ido pasando, poco a poco, de no lavarnos las manos a la creación de un servicio, como es la Central de Esterilización, que se ocupa fundamentalmente de la antisepsia y asepsia, de la desinfección y de la esterilización.

PERSONAL Y PERFILES PROFESIONALES

En la central trabajan diferentes estamentos profesionales:

- Diplomado de Enfermería.
- Auxiliar de Enfermería.
- Celadores.
- Administrativos.
- Técnicos de mantenimiento.
- Limpiadoras.

Cada uno de ellos desempeña distintas funciones y asume sus correspondientes responsabilidades.

Es necesaria la cualificación técnica y profesional de las personas que desarrollan su actividad en estas unidades. Sin embargo, en la esterilización, los conocimientos que se adquieren sobre ella son teóricos y alejados de toda práctica asistencial.

En los temarios de Auxiliar de Enfermería se imparten conceptos obsoletos o erróneos y los

programas de las enfermeras tampoco se han actualizado.

La formación específica de los técnicos de mantenimiento es fundamental, porque son los responsables de las infraestructuras de la unidad de esterilización, que repercuten de forma directa en el funcionamiento de la misma y la calidad de los procesos. Todo el personal que trabaja en la central tiene que tener o debería tener un perfil general:

- Motivación.
- Preocupación por el orden y la calidad.
- Búsqueda de información.
- Visión integral del proceso.
- Gestión del tiempo.
- Conocimientos básicos de informática.

Y luego, dependiendo de su estamento profesional, debería tener un perfil específico que incluyera:

- Pensamiento analítico.
- Experiencia.
- Autocontrol.
- Liderazgo.
- Conocimiento organizativo.
- Capacidad de priorizar.
- Iniciativa.
- Capacidad docente.
- Capacidad negociadora.
- Conocimientos de técnicas básicas de calidad.
- Capacidad de asumir riesgos, etc.

No todo el mundo puede trabajar en una Central de Esterilización: tiene que cumplir unos requisitos mínimos y poseer una preparación adecuada, así como poseer una condición física y mental idóneos, condición que no en todas las centrales se da pues se siguen utilizando como "almacén" de personal con problemas de salud laboral, ignorando que esto es perjudicial tanto para ellos que se

ven incapacitados para realizar un determinado trabajo y llevar el ritmo de sus compañeros, como para sus compañeros que deben estar pendientes de ellos, lo que repercute negativamente en la Central de Esterilización.

FORMACIÓN DEL PERSONAL

La calidad que vamos a dar depende, en gran medida, de la formación de las personas, de su cualificación profesional.

Las Auxiliares de Enfermería tienen la titulación FP1 en rama sanitaria, que actualmente corresponde a técnico medio. Es absolutamente necesaria la cualificación técnica y profesional de las personas que desarrollan su actividad en estas unidades.

Sin embargo, el peso curricular de la esterilización, en el terreno de la Auxiliar de Enfermería, es pobre o escaso.

En muchos países se está produciendo un cambio para exigir la certificación y acreditación del personal de las unidades de esterilización.

La formación no debe orientarse sólo al cumplimiento de protocolos, el desempeño de las funciones propias de la central implica una continua toma de decisiones.

El aprendizaje alcanza su verdadera dimensión con la experiencia.

La formación debe ser personalizada y titulada, con evaluación puntual y permanente de los objetivos conseguidos. La formación del personal de esterilización debe incluir conocimientos teóricos y aprendizaje en la práctica.

Los conceptos teóricos abarcan, principalmente:

- Higiene.
- Calidad.
- Desinfección.

- Esterilización.
- Legislación.

La fase práctica depende del tipo de central, el personal que trabaja en centrales de modelo A (centrales de envasado y esterilización) y B (subcentrales quirúrgicas), precisa solamente una formación básica, puesto que no asume responsabilidades en la limpieza y preparación del material quirúrgico.

Sin embargo, cuando es un modelo tipo C (central integral), es imprescindible la formación exhaustiva del personal con la colaboración de los profesionales de todo el hospital, especialmente las enfermeras instrumentistas y los Auxiliares de Enfermería.

Siempre se debe garantizar el conocimiento de un nivel antes de pasar al siguiente, y la formación en cada fase debe estar tutelada por una persona experta. La clasificación de niveles que comienza con las actividades menos complejas, hasta llegar a las de más complejidad y mayor responsabilidad, es la siguiente:

- Preparación del material textil y cargas de autoclave.
- Control de autoclaves y otras tecnologías.
- Almacenaje.
- Recogida y entrega de material.
- Selección de material:
 - Método de lavado (automático, ultrasonido, manual).
 - Proceso de envasado y esterilización.
- Acompañante de guardias.
- Composición de cajas de instrumental.
- Realización de guardias.
- Comunicación y docencia.

Todo este proceso formativo dura una media de seis meses.

Después del aprendizaje, la formación del personal debe orientarse sobre los siguientes puntos:

- Condiciones de uso del material.
- Composición y tratamiento de los materiales.
- Procedimientos de montaje/desmontaje.
- Criterios de reposición y reparación.
- Recomendaciones del fabricante del producto.

La formación de la enfermera debe incluir los conocimientos básicos, y además los siguientes:

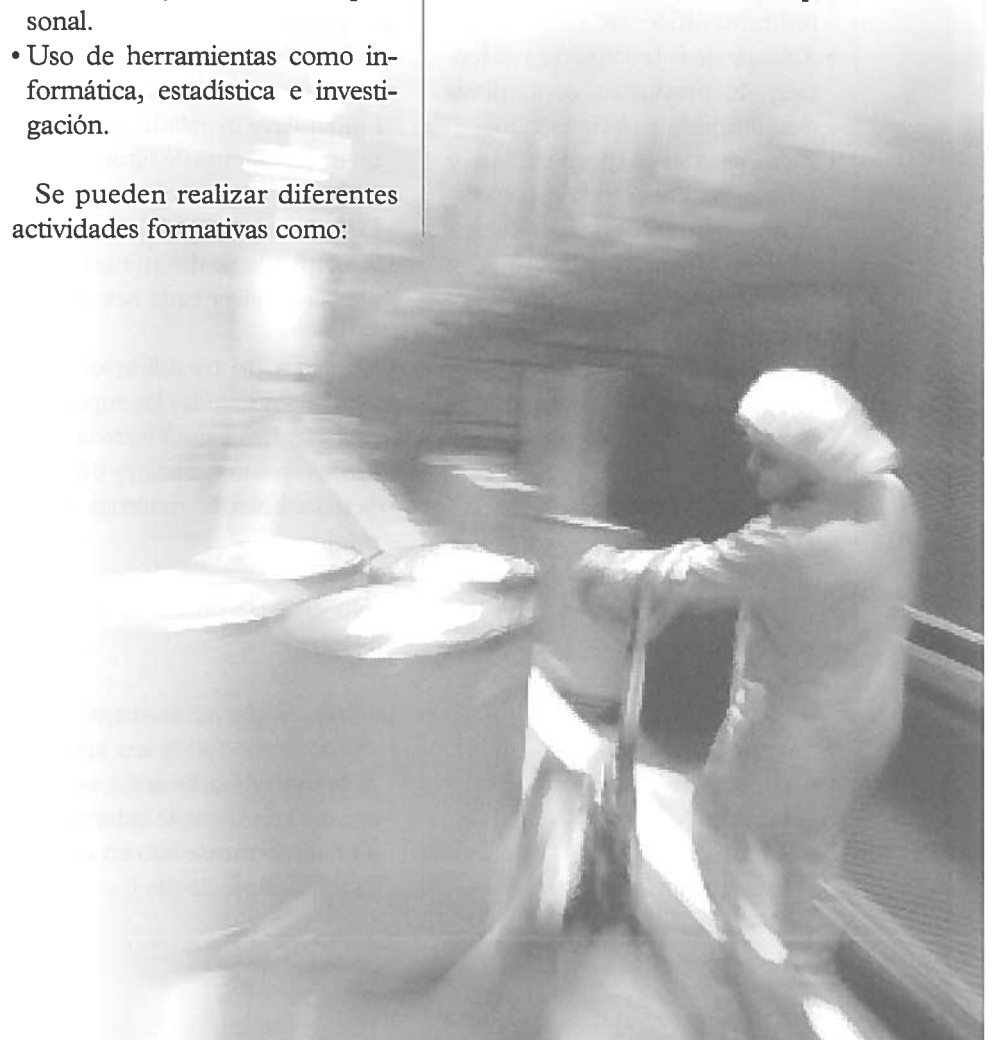
- Gestión y control de calidad.
- Gestión económica-financiera y de recursos humanos.
- Control de producción y cálculo de costes.
- Archivo de documentación y registros.
- Formación y desarrollo del personal.
- Uso de herramientas como informática, estadística e investigación.

Se pueden realizar diferentes actividades formativas como:

- Congresos periódicos.
- Cursos dirigidos a los profesionales que trabajan en las centrales de esterilización.
- Jornadas sobre temas de actualidad o innovación tecnológica.
- Charlas, etc.

Conclusiones: el requisito fundamental para una buena formación es conseguir la estabilidad y motivación del personal, cosa que actualmente no se da en nuestros hospitales. Los canales de información y colaboración entre los distintos servicios están basados en las relaciones personales, no tendría que ser así, deberían estar estructuradas. No existen manuales o guías actualizadas sobre procedimientos en las centrales.

En definitiva, las Centrales de Esterilización necesitan gente preparada, que sepa lo que tiene entre manos y la importancia del mismo. Para esto es necesario que



el personal de esa central sea fijo, que no se le cambie continuamente, porque el trabajo de la central es muy específico y diferente al que se realiza en cualquier planta del hospital (interna, geriatría, cirugía...), no pudiéndose comparar en absoluto.

Después, a ese personal fijo de la central le podemos aplicar todas las actividades formativas que sean necesarias, para conseguir un trabajo con una calidad aceptable.

HIGIENE EN LA CENTRAL

Hay que tener en cuenta la actividad que se realiza, el riesgo de los pacientes a los que se dirige y la arquitectura de los locales.

Clasificación por zonas

- *Zonas generales* (vestuarios, despachos, servicios, almacén de residuos, office, etc.).
- *Zona de sucio* (recepción y selección de productos contaminados, limpieza y desinfección).
- *Zona de limpio* (preparación y selección, envasado, esterilización y almacén de productos estériles).

Descontaminación de zonas generales

- *Limpieza diaria de suelos y superficies.*
 - Desinfectante clorado 5%, dilución 1/100.
 - Sistema de doble cubo.
 - Cambio de agua en cada habitación.
 - Rejilla de distintos colores.
- *Limpieza a fondo.*
 - Paredes.
 - Accesorios.
 - Desinsectación.

Descontaminación de zonas críticas (limpio y sucio)

- Cada central de esterilización, dependiendo de su estructura y servicios (especialmente las que dan un tratamiento integral) debe adecuar las normas de limpieza y descontaminación ambiental y protocolizarlos.
- Todo el personal de la central debe conocer y cumplir el protocolo.

Limpieza de suelos y paredes

- Suelos:
 - Diariamente.
 - Siempre que sea necesario.
- Paredes:
 - Trimestralmente.
 - Siempre que se produzcan salpicaduras y derramas.

Limpieza de rejillas de aire acondicionado

- Es recomendable que la zona de limpio lleve instalado, al mismo, un doble sistema de filtración con el fin de disminuir las esperas.
- Limpieza quincenal de las rejillas.
- Recomendable desmontar y limpiar las rejillas cada seis meses.

Limpieza de mobiliario

- Diariamente: todas las superficies con soluciones desinfectadas adecuadas en composición y dilución.
- Semanalmente: material informático.

No está permitida la limpieza en seco.

Limpieza de aparataje

- *Diariamente:* todos los aparatos de la central (autoclaves, selladeras, etc.) en su parte externa, con un paño humedecido en una solución desinfectante.

- *Semanalmente:* el interior de las autoclaves.

Carros de transporte – estanterías

- *Estanterías:* cada tres meses.
- *Transporte:* semanalmente.
- *Transporte de material sucio:* semanalmente y siempre que sea preciso. Las cubetas de transporte de material sucio se limpiarán en cada uso.

Recomendaciones generales

- No barrer ni limpiar en seco.
- Utilizar paños de distintos colores.
- Sistema de doble cubo.
- Cambiar el agua de cada habitación.
- Secar muy bien las superficies.
- Correcta dilución.
- Guardar el material de limpieza facilitando su secado.





HIGIENE DEL PERSONAL

El personal debe cumplir unos requisitos higiénicos adecuados.

Recomendaciones generales

- *Lavado rutinario de manos con agua y jabón durante 10/20", secado con toalla de papel y cierre del grifo con éste.*
 - Al entrar y salir del trabajo.
 - Al contactar con material contaminado.
 - Antes y después de comer y beber.
 - Antes y después de usar el aseo.
 - Después de usar guantes.
 - Al pasar de la zona sucia a la limpia.
- *Vestimenta adecuada.*
 - Pijama específico para cada zona de trabajo.

• *Calzado adecuado.*

- Suela antideslizante.

• *Gorro.*

- De forma que cubra todo el pelo, especialmente en la zona de envasado y preparación.

Recomendaciones específicas

- Mascarilla, gafas protectoras, guantes anticorte, cascos para proteger los oídos y delantales de plástico en la zona de material sucio. (Material de protección ante riesgo de contaminación.)
- Todo el material lavado y desinfectado deberá manipularse asépticamente, asegurándonos de que las superficies de trabajo estén en condiciones higiénicas adecuadas, así como los embalajes y contenedores.

ÁREAS FUNCIONALES

La Central de Esterilización es un centro de producción y distribución de productos sanitarios en el que se diferencian varias zonas o áreas funcionales, con su correspondiente dotación de recursos humanos y materiales. Debe situarse en un lugar accesible a todas las unidades del hospital, cuidando especialmente su comunicación con las salas quirúrgicas que representan el mayor consumo de los materiales procesados en la Central de Esterilización. También debe atenderse a las necesidades de recepción de material textil procedente de lavandería (que puede ser intra o extrahospitalaria) y de grandes cantidades y clases de productos para envasado y control suministrados por proveedores externos.

Las áreas funcionales se crean y se diferencian dependiendo de las diferentes actividades que se desarrollan en la Central de Esterilización. Cada una de estas áreas funcionales debe disponer de unos protocolos específicos y normalizados de trabajo para responder a las necesidades de los clientes de la unidad, conservando todos los procedimientos en registros físicos, que permitan disponer de indicadores con los que lograr una mejora continua de la calidad. Las áreas funcionales que podemos encontrar en una Central de Esterilización son:

Área sucia

1. Recepción de material

- Recogida y transporte.
- Recepción.
- Mantenimiento y limpieza de los carros de transporte de material sucio.

2. Limpieza y desinfección

- Limpieza manual.
- Limpieza por ultrasonido.
- Desinfección térmica.
- Limpieza mecánica.

Área limpia

1. Preparación y selección

- Preparación de equipos de textil.
- Preparación de cajas y contenedores de umbral.
- Clasificación del material esterilizable.

2. Envasado

- Envasado en contenedores.
- Envasado en bolsa mixta.
- Envasado en tejido sin tejer.
- Envasado en plástico.

3. Esterilización

- Esterilización por calor seco.
- Esterilización por vapor de agua.

- Esterilización por gases: óxido de etileno, formaldehído, gas plasma.
- Esterilización por ácido peracético.

4. Almacenamiento

- Almacenamiento del material esterilizado.
- Almacenamiento de carros de transporte.
- Almacenamiento de textil.

5. Distribución y entrega

- Distribución de unidades asistenciales.
- Distribución del bloque quirúrgico.

- Distribución de urgencias.
- Distribución de consultas externas.

ZONA SUCIA

El área sucia corresponde a la primera fase del proceso, en la que se lleva a cabo la recepción, lavado y desinfección de los materiales del hospital.

Para este trabajo se cuenta con lavadoras de última generación de una sola cámara; lavadoras de cámaras múltiples, también llamadas túnel de lavado (más ágil y capaz de seguir funcionando si se estropea una de sus cámaras); cubas de ultrasonidos (que se encargan de realizar la limpieza de aquel instrumental que no admite el proceso de las lavadoras); pistolas de agua (muy útiles para todo el instrumental canulado).

La mecanización de esta fase permite un control exhaustivo del instrumental, garantizar una carga bacteriana mínima en el mismo y minimizar los riesgos de contaminación para el personal.

El instrumental que llega a esta zona (principalmente el de los quirófanos), debe venir en un carro que tiene varias cubetas interiores. En cada cubeta es donde debe ir el material utilizado en cada intervención, se cubrirá el material con agua y se puede añadir un detergente. Cada cubeta debe ir correctamente identificada con el nombre de la caja a la cual pertenece el instrumental.

El instrumental, en vez de ir cubierto con agua, puede ir rociado con un gel de transporte y conservación.

Este gel tiene muchas ventajas:

- Impide que los restos orgánicos se resequen.
- Impide la corrosión.
- Permite visualizar el material punzante.
- No precisa aclarado.
- Disminuye los pesos asociados en el transporte.
- Elimina los riesgos laborales del personal asociados a las salpicaduras o derrames.
- Es compatible con cualquier tipo de metal.

Los motores, ópticas, cables, etc., no se pueden sumergir, con lo cual deberán venir en una cubeta vacía, habiéndoles quitado antes con un paño húmedo los restos orgánicos que pudiesen tener para evitar que se resequen hasta su lavado en la central.

En el carro vendrá un volante con el quirófano al que pertenece, la fecha, firma de quien la rellena y, por supuesto, debidamente cumplimentado con todo el instrumental que venga en él.

Dicho volante será revisado por el personal de la zona sucia y se le dará un número de registro.

Si el volante no está debidamente rellenado, falta algo, sobra algo o el instrumental del carro no cumple el protocolo establecido debe remitirse, el mismo, al quirófano correspondiente para que sea subsanado.

FE DE ERRATAS

Autores de los artículos del número anterior:

Caídas en los ancianos institucionalizados

CRISTINA BARBERO ALAMEDA Y M^º AZUCENA PEÑA LARA

Mortalidad infantil y natalidad

SONIA SALVADOR VERDUGO Y MAGY MARIANELA PATIÑO RIVERA



Certamen Nacional de Investigación

El Certamen de Investigación, organizado por la Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería (FAE), con el objetivo de reconocer y premiar la labor investigadora de los AE/TCAE, ha celebrado su décima edición en Madrid.

TEXTO Cristina Botello

EL AULA SCHÜLLER del Hospital Clínico San Carlos de Madrid acogió, el pasado 25 de mayo, la ceremonia de entrega de estos premios, en la que estuvieron presentes el subgerente, Javier Guerra Aguirre, y la directora de Enfermería, Encarnación Fernández del Palacio, del centro hospitalario, así como la presidenta de FAE, Dolores Martínez Márquez.

El Certamen Nacional de Investigación es único en España tanto por sus características como por

sus objetivos, entre los que destacan potenciar la investigación entre los profesionales de la enfermería básica y reconocer los méritos contráidos a tal efecto con el trabajo realizado.

» Central Integral de Esterilización

Este es el título del trabajo de investigación elaborado por M^a José Solís Sánchez, Auxiliar de Enfermería de la unidad de esterilización del Hospital Clínico San Carlos,

que ha obtenido el primer premio —1.202 euros— de esta edición del certamen.

La historia de la esterilización, los diferentes tipos de centrales, su organización, el perfil y la formación que deben tener los profesionales que trabajan en la central, prestando especial atención a la labor que desempeña el colectivo AE/TCAE en la misma, conforman el eje central de esta investigación.

Del estudio se desprende como conclusión principal la importancia



que tiene tanto una formación continuada y específica, como una correcta organización y dinámica del trabajo en la central de esterilización para incrementar y optimizar la efectividad de la misma y la seguridad de los trabajadores y de los pacientes, consiguiendo así un producto de calidad para los enfermos y respetar el medio ambiente.

» Accésit y mención especial

En esta ocasión, el accésit, dotado con 300 euros y una inscripción al congreso anual de FAE, ha recaído en el trabajo “Nutrición enteral. Complicaciones y beneficios en una unidad de críticos”, elaborado por Consuelo Couce Cal, Auxiliar

de Enfermería del Servicio de Medicina Intensiva del Complejo Hospitalario Juan Canalejo de La Coruña.

Para un paciente crítico, la nutrición enteral iniciada en fases tempranas supone numerosos beneficios. No obstante, pueden aparecer complicaciones, así, por ejemplo, hay ocasiones en que la paresia gástrica puede conducir a una intolerancia de la dieta. Por su parte, las dificultades mecánicas más habituales se encuentran relacionadas con la técnica de inserción de la sonda de alimentación, el tipo de vía de acceso, material y tiempo de permanencia de la sonda.

A partir de estos datos, el estudio prospectivo, realizado con 500 pacientes, da a conocer que no siempre

se utiliza la vía de colocación más adecuada, siendo la idónea, especialmente para determinadas patologías, la vía orogástrica. Asimismo, hay medicamentos que se administran diariamente al paciente sin tomar las medidas correctas e interfieren en la absorción de la dieta, produciendo una mayor retención gástrica.

Finalmente, FAE ha concedido una mención especial al “Estudio comparativo entre el Corpitol y el Mepentol”, cuyas autoras, Nuria M^a González Catalán, Carmen Serrano Casal, María Fernández González y Manuela Viejo Curiel, equipo de Auxiliares de Enfermería de Sevilla, han recibido una inscripción anual a la revista *Nosocomio*.





1. Dolores Martínez Márquez, presidenta de FAE, e Isabel Galán Villa, vicesecretaria de SAE, con M^a José Solís Sánchez, ganadora del Primer Premio del certamen.

2. Un momento de la entrega de premios.

3. Javier Guerra, subgerente del H. Clínico S. Carlos; Dolores Martínez, presidenta de FAE; y Encarnación Fernández, directora de Enfermería del Hospital Clínico San Carlos.

4. M^a José Solís junto con Rosa Catalina, secretaria autonómica de SAE Madrid; y las delegadas del Hospital Clínico San Carlos.

El estudio, realizado sobre una muestra de 27 pacientes en el periodo de un mes y durante su estancia hospitalaria, valora la eficiencia, eficacia y efectividad de estas dos clases de aceites hiperoxigenados,

que permiten, junto con otras medidas alternativas, oxigenar e hidratar las zonas de mayor riesgo de aparición de heridas por presión en pacientes encamados y totalmente dependientes.

Según los resultados del trabajo, se desprende que el Corpitol permanece más tiempo sobre la piel del paciente, y su aplicación es más eficaz, ya que al contar con un sistema pulverizador alcanza una superficie mayor con una única aplicación.

Los tres trabajos galardonados, así como el resto de estudios que han participado en esta edición, son una muestra de la inquietud de todo un colectivo por la investigación dentro de los diferentes campos que conforman la sanidad, teniendo un vínculo común:

impulsar las posibilidades formativas de su profesión.

Dolores Martínez, tras aplaudir la calidad y el esfuerzo de los participantes en el décimo certamen, animó a todos los profesionales de la enfermería básica a continuar interviniendo en las distintas iniciativas que FAE organiza con el objeto de fomentar la formación del colectivo AE/TCAE y, consecuentemente, conseguir un mayor enriquecimiento tanto académico como laboral.

En este sentido, tanto el subgerente como la directora de enfermería del Hospital Clínico San Carlos destacaron la importancia de este tipo de actos para el desarrollo laboral y formativo de los profesionales AE/TCAE.



La transformación adolescente (II)

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

» Factores socioculturales de la crisis adolescente y algunas de sus manifestaciones clínicas

La forma que los adolescentes viven su adolescencia y realizan la transición a la vida adulta está afectada por un conjunto de variables de carácter interactivo, destacando, entre estos factores, la historia evolutiva anterior o previa a la misma adolescencia, las relaciones familiares y con los iguales, así como el éxito o fracaso académico (Palacios, 1990).

Al mismo tiempo, la adolescencia como producto histórico y cultural no es algo autónomo, sino una realidad cambiante que forma parte de un sistema social también en permanente transformación (Madrid y Antona, 2000). Entre los adolescentes se da una diversidad enorme: aquellos que viven su adolescencia de forma tormentosa y conflictiva y los que la viven de una forma más apacible, por lo cual es mejor hablar de adolescentes que de adolescencia.

En una cultura cada vez más global, homogénea y uniforme, que tiene "fobia" a las diferencias, dominada por la Sociedad de la Información y por valores de inducción al consumo, la adolescencia actual se parece a una especie de "estado de gracia". Aparece cada vez más como una categoría social "estirada" temporalmente hacia ambos extremos evolutivos (Antona, Madrid y Aláez, 2003). Hacia la infancia porque, como consecuencia de la mejora del nivel de vida y de la alimentación, la maduración fisiológica tiende a anticiparse; y hacia la juventud o etapa adulta como consecuencia de la extensión cada vez más amplia del periodo de formación académica y profesional, y, fundamentalmente, por las escasas oportunidades que encuentran los jóvenes para insertarse en el mercado laboral. Este retraso en el proceso de emancipación puede provocar en





algunos adolescentes una prolongación de las crisis por las que atraviesan, dificultando así el logro de una identidad adulta con importantes consecuencias en las relaciones con otras instituciones sociales: familia, escuela, etc.

Asimismo, la presencia en nuestro contexto social e histórico de valores de competitividad y consumo que tienden a producir un sujeto poco crítico y subordinado pasivamente a la realidad construida, con grandes dificultades para rebelarse o siquiera para plantearse un cuestionamiento, dando lugar a modelos de conducta basados en la obtención de refuerzos parciales a través de todo tipo de sustitutos (objetos de consumo) para satisfacer deseos más plenos, da lugar a la configuración de una ideología sobre lo que ha de ser la adolescencia y la juventud (Antona, Madrid y Aláez, 2003), y crean la ilusión de “poseer” como paliativo

al vacío de “ser”. Esta etapa, en lugar de caracterizarse como transición a la madurez, se está convirtiendo cada vez más, y especialmente en las clases medias y medias-bajas, en un estado o condición estable donde la identidad juvenil se ocupa en el ocio, el consumo y la moda (Conde, F. 1999).

De ahí que últimamente estemos observando una anticipación del comienzo de la adolescencia o “adolescencia anticipada”, y una prolongación de la misma. Extensión tanto en el aspecto cronológico o temporal de ampliación de la edad de finalización de la misma —cada vez más difusa— y comienzo de la vida adulta, como en un sentido simbólico de “adolescencias retardadas o perpetuas”, que no acaban de resolverse, o de “regresiones a la adolescencia” de adultos jóvenes.

Bernfeld acuña el término “adolescencia prolongada” para referirse

a sujetos que demoran la resolución del conflicto adolescente y, por tanto, la consolidación de la identidad, convirtiendo una fase del desarrollo —que podemos entender como transitoria, como cualquier fase del desarrollo humano lo es, pero al mismo tiempo como estadio con identidad propia y cada vez más estable— en su modo de vida.

Estamos encontrando en nuestra práctica clínica actual un aumento de las patologías de tipo narcisista y límite (*borderline*), así como de las que denominamos “patologías de la acción”: trastornos de la alimentación, adicciones, delincuencia. Creemos que esta creciente forma de presentación clínica tiene una de sus posibles causas en la *no-resolución del proceso adolescente*.

Por tanto, nos hallamos con trastornos *cada vez más graves*, lindantes con la psicosis y con mayor nivel de afectación o compromiso

corporal, puesto que aquello que no se tramita, que no se resuelve psíquicamente, reaparece o retorna en el cuerpo, desplazándose sobre la esfera somática. Esto es, lo que no se puede comunicar y elaborar psíquicamente pasa al cuerpo a modo de somatización o enfermedad física o psicósomática. Es el cuerpo quien “habla”, quien se expresa cuando la palabra falta o está ausente, cuando el sujeto no se comunica en la esfera psicológica. (No es posible no comunicar, es el primer axioma de la teoría de la comunicación, aunque se trate de una comunicación de ausencias y vacíos, algo que es característico de muchos adolescentes, o al menos de aquellos que estamos acostumbrados a ver en nuestro trabajo.)

Lo anterior puede motivar *consultas cada vez más inespecíficas*, con demandas ambiguas o incluso sin objetivos, donde se confunde lo psíquico con lo somático y la fantasía con la realidad, en donde la pregunta queda del lado del terapeuta y no del paciente, como si se invirtieran los roles. El paciente no sabe por lo que viene o no tiene clara su propia demanda, con lo cual el terapeuta es quien se ve “demandado” a esclarecerla. Llegan personas muy desbordadas por lo que les ocurre pero que no pueden sostener un tratamiento. Y no hay que olvidar que en un ámbito de psicoterapia privada suelen venir los pacientes que menos lo necesitan; es decir, que están mejor, con más nivel de salud mental que los que no acuden.

Una de las formas más características en que lo anterior se manifiesta es *la pérdida del valor y función de la palabra*. Cada vez es más habitual que lleguen pacientes que hablan poco o muy escasamente,

debido a lo cual el terapeuta se ve conducido a promover intervenciones relacionadas con actos y no tanto con palabras, al mismo tiempo que utiliza su palabra para estimular una mente vacía de pensamiento. Esto puede ser algo característico de los trastornos depresivos, donde puede estar ausente tanto la palabra como el pensamiento, lo que puede conducir a que el terapeuta use las técnicas propias del análisis o psicoterapia infantil en el tratamiento de adolescentes y de adultos, donde la actitud cálida y lo más tranquila posible del terapeuta, su paciencia, su escucha son más importantes que las palabras, así como el ofrecer al paciente una variedad de recursos expresivos para desplegar su mundo interno.

Sistemas familiares formados por ambos padres o por familias monoparentales con historial de separación de los padres. La madre está incorporada al mercado laboral, debido a lo cual pasa menos tiempo con los hijos. Este dato puede tener una importancia capital, puesto que la edad a la que los adolescentes que vienen a consulta ahora parece estar adelantándose, ya que antes los adolescentes que acudían pertenecían a familias donde la madre no trabajaba fuera del hogar y demandaban ayuda precisamente en el momento de tener que realizar la segunda transición de la adolescencia a la juventud o postadolescencia, es decir, en el comienzo de la edad adulta, expresando así una dificultad para la emancipación de las figuras de apego del sistema familiar de origen. Mientras que ahora este posible adelanto en la edad del adolescente expresa la necesidad de una figura que contenga y apacigüe ansiedades relacionadas con la separación y el abandono.

Hay bastante consenso entre profesionales e investigadores para señalar que la transición de la Educación Primaria a la Secundaria se caracteriza por la presencia de una serie de problemas, poniéndose de manifiesto la responsabilidad del sistema educativo para hacer frente a las necesidades del adolescente.



» **Sintomatología adolescente relacionada con actuaciones**

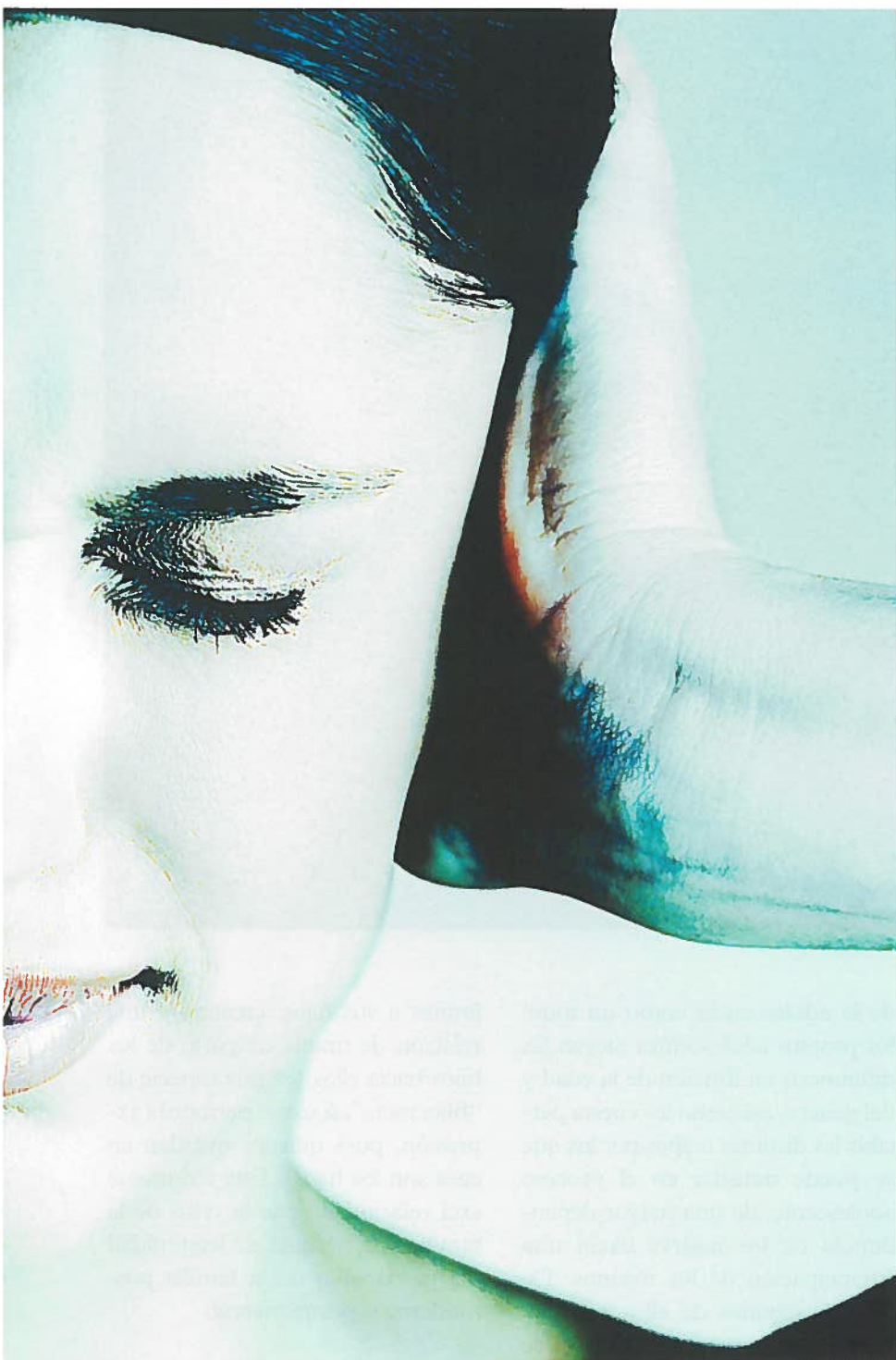
Son frecuentes las fugas del hogar, el incumplimiento de normas y horarios, la presencia de conductas suicidas o autolíticas, como mutilaciones parciales, ingesta de pastillas, etc., produciéndose, en consecuencia, una gran ansiedad en las figuras maternas y paternas que tratan que el terapeuta, antes de comprender lo que está sucediendo, sirva de refuerzo y apoyo de su autoridad. Como si fuera el rol ejecutivo o de control parental el que estuviera en crisis. El adelanto en el comienzo de la propia adolescencia puede estar produciendo una especie de “homogeneización”

de la adolescencia como un todo: los propios adolescentes niegan las diferencias en función de la edad y del género, así como les cuesta percibir las distintas etapas por las que se puede transitar en el proceso adolescente, de una mayor dependencia de los padres hacia una emancipación de los mismos. De ahí que algunos de ellos piensen, por ejemplo, que a los 12 años se puede hacer lo mismo que a los 20. No quieren tener horas para volver a casa, y algunos padres se ven desbordados no tanto por sus propios hijos como por la permisividad de los padres de los amigos de sus hijos. Encontramos con bastante frecuencia a padres que se les dificulta enormemente la tarea de ponerles

límites a sus hijos, creándose una relación de tiranía de parte de los hijos hacia ellos (es una especie de “filiocracia”, si se me permite la expresión, pues quienes mandan en casa son los hijos). Este fenómeno está relacionado con la crisis de la familia y la pérdida de legitimidad del patriarcado de la familia posmoderna o postpatriarcal.

Síntomas relacionados con problemas en el contexto escolar o académico

Fracaso escolar, suspensos, abandono de las clases, inadaptación a la escolarización propia de la Educación Secundaria. Tendríamos que plantearnos, por tanto, lo que ha significado y está significando escolarizar (el



papel de la ESO) la adolescencia (Funes, 2003). Su influencia parece tener algo de “institucionalización” de la misma adolescencia, como si el pasar de Primaria a Secundaria representara también el tránsito a un nuevo *estatus*. Hay bastante consenso entre profesionales e

investigadores para señalar que la transición de la Educación Primaria a la Secundaria se caracteriza por la presencia de una serie de problemas, poniéndose de manifiesto la responsabilidad del sistema educativo para hacer frente a las necesidades del adolescente. El aumento en

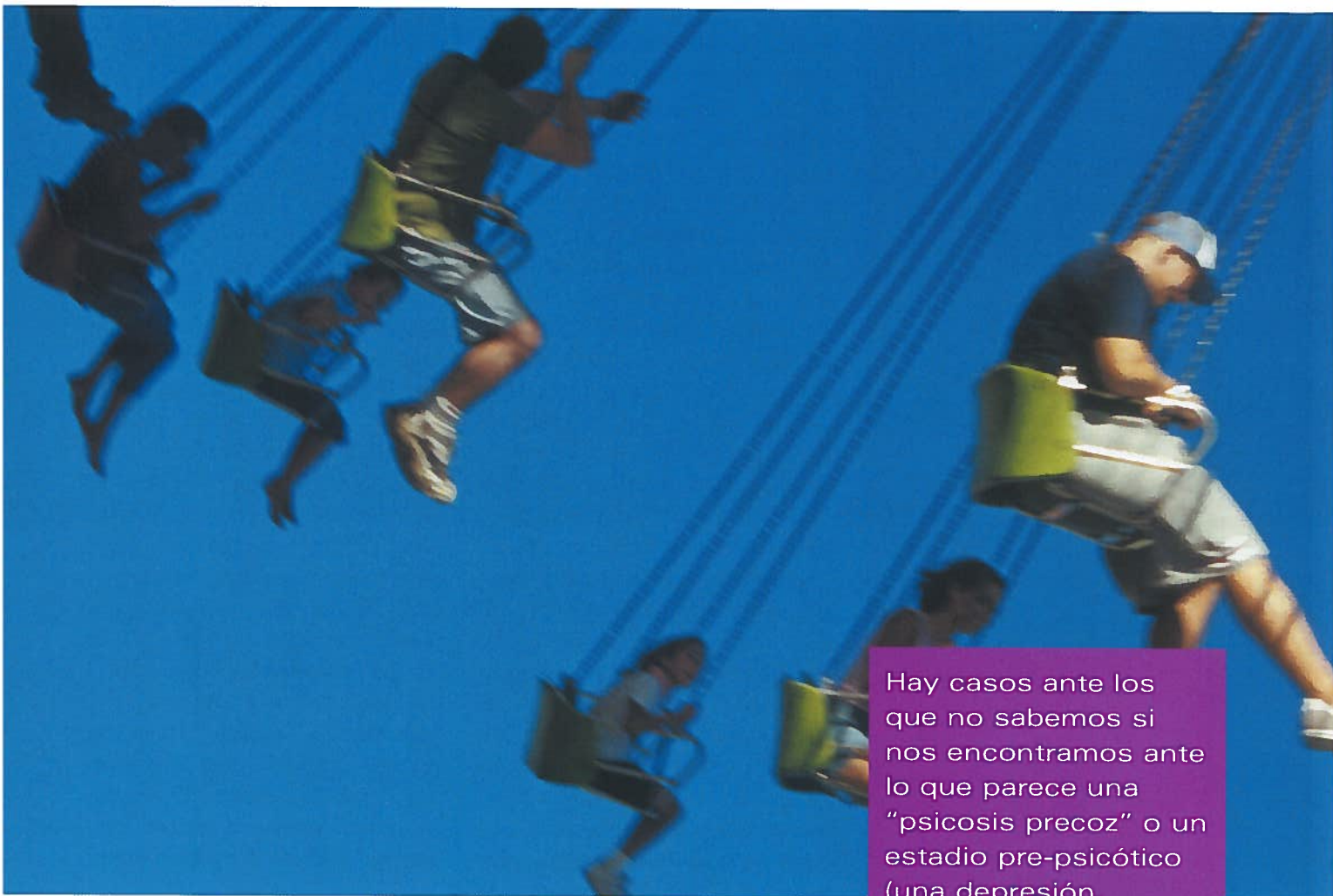
España de las cifras de fracaso escolar en comparación con otros países, está llevando a una situación de permanente reforma y provisionalidad en las políticas educativas para tratar de dar respuesta a esta situación.

Síntomas de ansiedad y trastornos de tipo depresivo

Con un característico descenso de la autoestima en años puberales, frecuentemente diagnosticados como *trastornos adaptativos* por su directa relación con los acontecimientos vitales que está atravesando el adolescente. El suicidio es la segunda causa de muerte en jóvenes a partir de los 14 años (Antona et al. 2003).

» Dificultades para el diagnóstico en la adolescencia

Si en la adolescencia “todo es provisional” (Funes, 2003), también lo pueden ser las dificultades, lo que no quiere decir que éstas no lleguen a tener relevancia clínica y que no deje de ser necesario el apoyo familiar, psicoterapéutico, educativo, médico e institucional a los adolescentes y a sus familias. La psicopatología, los propios trastornos, no son algo estático sino una realidad procesual que va cambiando y modificándose con el tiempo, adoptando distintas manifestaciones. Nos encontramos con lo que podríamos llamar “estructuras en formación o en transformación”. Hay casos ante los que no sabemos si nos encontramos ante lo que parece una “psicosis precoz” o un estadio pre-psicótico (una depresión, por ejemplo, con características psicóticas), o si el propio proceso de desarrollo puberal y adolescente es una especie de crisis transitoria o episódica, una reacción depresiva a una serie de



Hay casos ante los que no sabemos si nos encontramos ante lo que parece una "psicosis precoz" o un estadio pre-psicótico (una depresión, por ejemplo, con características psicóticas), o si el propio proceso de desarrollo puberal y adolescente es una especie de crisis transitoria o episódica, una reacción depresiva a una serie de acontecimientos vitales entre los que cobra gran importancia la separación de unos padres.

acontecimientos vitales entre los que cobra gran importancia la separación de unos padres. El diagnóstico debe quedar, por tanto, en suspenso, hasta ver con más perspectiva la evolución del propio cuadro clínico; debe ser, por tanto, una mera hipótesis u orientación que no debemos tomar de un modo rígido e inapelable. El "etiquetaje" que adjudica una identidad patológica a través del diagnóstico psiquiátrico o psicopatológico a quien se aplican y a su grupo familiar, puede servir de refuerzo y justificación en muchos casos de la propia "desviación" o psicopatología, y las consecuencias pueden ser graves (iatrogénicas). Asimismo, puede suponer un "enmascaramiento"

de la comprensión las verdaderas claves.

Para nosotros, el síntoma es una formación de compromiso, una metáfora. Como si estuviera en lugar de otra cosa, como una sustitución de algo que falta en la economía, homeostasis o equilibrio de la personalidad (y esta homeostasis es, no lo olvidemos, biopsicosocial). El síntoma cumple también una serie de funciones grupales y familiares. El niño, pero también el adolescente, busca con la mirada a la madre; si no la encuentra, aparece el síntoma.

Pensamos que el ser humano necesita para constituirse como sujeto de la presencia de otros que le den razón de ser y con respecto a los

Al mismo tiempo que se puede dar esta situación conflictiva con los padres, se produce una gran necesidad de los mismos, de su presencia y apoyo cercanos. No es cierto que el adolescente no esté necesitado de afecto y cariño, lo necesita tanto como el niño, solamente puede que haya que cambiar su modalidad. La gran necesidad de modelos de identificación del adolescente y la propia crisis de modelos hablan de una crisis de transmisión.

cuales configure su identidad. Esta interrelación está presente desde los comienzos de la vida, llegando incluso a preexistir al propio sujeto, a un bebé que ya es alguien antes de llegar a ser, puesto que “existe” como proyecto en la mente y fantasía de sus padres. Durante la adolescencia este proceso tiene características propias, puesto que junto con la tarea de adquisición de la propia identidad, que no suele ser algo que culmine con el final de la etapa, encontramos que el adolescente necesita reelaborar todo este proceso. Para adquirir una identidad necesita “desidentificarse” de los padres, hacer el duelo por la imagen idealizada de los mismos. Y para que eso sea posible hacen falta también padres que se dejen cuestionar o desalojar del papel omnipotente que antes ocupaban. Difícil tarea, por cierto, para el narcisismo de los padres. Todo esto se relaciona con las sucesivas crisis de la adolescencia, la moratoria en la propia identidad de nuestros adolescentes y la ambivalencia frente al cambio que les puede caracterizar. Son los vaivenes entre mostrarse como chicos y chicas capaces y decididos y, a continuación, acurrucarse como los niños que todavía no expresan con claridad esta dinámica de integración, separación e individualidad respecto a la vida familiar.

Al mismo tiempo que se puede dar esta situación conflictiva con los padres, se produce una gran necesidad de los mismos, de su presencia y apoyo cercanos. No es cierto que el adolescente no esté necesitado de afecto y cariño, lo necesita tanto como el niño, solamente puede que haya que cambiar su modalidad. La gran necesidad de modelos de identificación del

adolescente y la propia crisis de modelos hablan de una crisis de transmisión.

En los procesos de socialización tiene que haber una representación o imagen del padre que influya en la estructuración psíquica de los sujetos. Hoy no encontramos que la metáfora paterna sea sostenida en la cultura. Entre los niños y adolescentes es frecuente observar que no está muy establecida una figura que represente una autoridad que legalice, que imponga las normas. Entonces nos encontramos con cuestionamientos que no tienen ni fin ni resolución, como si hubiera una “pérdida de legitimidad del patriarcado”, nos dice el sociólogo Lluís Flaquer (1999) en su libro *La estrella menguante del padre*. En la familia postpatriarcal o posmoderna, como la llaman otros autores, han surgido diferentes funcionamientos familiares, lo que conduce a una gran inestabilidad en los vínculos que sostenían la unidad familiar. En palabras del propio autor:

Así, la fragmentación de la familia nuclear y la diversificación de las formas familiares, la importancia cada vez más decisiva de los itinerarios individuales en contraste con un ciclo familiar único, y una optatividad creciente en materia de moral sexual y familiar son algunos de sus rasgos distintivos. (Flaquer, 1999)

Otra de las características, efectos o causas, según se mire, de esta transformación de la familia es la llamada “crisis de la pareja”. Con respecto al deseo, las pasiones se enfrían con facilidad. Vivimos en una cultura de “lo light”. La sociedad de consumo conduce a tener, a acumular objetos de deseo, pero



no a disfrutar de lo que se tiene. Esto parece también extenderse a la pareja (“monogamias sucesivas”). La gran frecuencia de separaciones y divorcios que se producen actualmente está teniendo un gran impacto sobre la personalidad y el desarrollo psicosocial de niños y adolescentes. Hay que darse cuenta de que, aunque hoy en día sean más la norma que la excepción, la separación de unos padres tiene una importancia comparable a la de la pérdida por fallecimiento de una figura de apego. Constituye un evento o acontecimiento vital de primer orden. Si la adolescencia ya es época de diversos duelos, nos encontramos también aquí con trastornos adaptativos caracterizados por la necesidad de elaboración de un duelo por la separación de unos padres, separación que tiene una serie de consecuencias (afectivas, económicas, etc.). La forma en que los padres se enfrenten a este proceso, cómo negocien y se adapten a la nueva situación va a repercutir directamente sobre la propia adaptación de los hijos a la nueva realidad.

Es muy frecuente que los adolescentes que demandan tratamiento presenten una serie de trastornos relacionados con historial de separación de los padres, bien en forma de reacción emocional inmediata o demorada, es decir, bien producido recientemente o bien hace muchos años. Creo que estos datos son lo bastante significativos para plantearnos el impacto que la crisis de la pareja que estamos viviendo en la actualidad está teniendo sobre el desarrollo de los niños, púberes y adolescentes.

El divorcio destructivo o difícil (Isaacs et al., 1988) surge durante una crisis vital como consecuencia de la desilusión de descubrir que el cónyuge no es tal cual uno lo imaginó en la etapa del enamoramiento, de acuerdo a las necesidades que surgen de la propia historia. La luna de miel da paso a la luna de hiel. Muchas parejas separadas mantienen un alto índice de conflictividad, involucrando a los hijos como instrumento de agresión y chantaje hacia el otro ex cónyuge. No logran controlar sus disputas y “reclutan” a los hijos como partidarios de una facción, provocando en muchos casos cuadros clínicos como el Síndrome de Alineación Parental (SAP). La intervención psicoterapéutica debe dirigirse aquí a ayudar al adolescente y a sus padres a manejar de otro modo el juego patológico en el que, inconscientemente, están inmersos, cuando ello es posible.

Junto a la elaboración del duelo por la unidad familiar perdida, debido a la formación de nuevas parejas por parte de cada uno de sus progenitores, los adolescentes se encuentran cada vez más con situaciones de convivencia con otras personas con las que no mantienen lazos de consanguinidad, de

ahí que tienen que adaptarse a una situación de reconstitución familiar (Cantón Duarte et al., 2000), por demás difícil.

» Algunas recomendaciones o sugerencias para con el trabajo y relación con los adolescentes

Los cambios socioculturales mencionados, con la crisis de la familia como principal protagonista, pueden estar produciendo lo que podríamos llamar una “crisis de transmisión” (Kaës, 1996) de los valores, saberes y pautas intergeneracionales que dan lugar a una incertidumbre cada vez mayor sobre el futuro (empezando por el propio modelo de pareja y familia percibido por los hijos). Esta ruptura de modelos anteriores prefijados, con el vacío consiguiente, da lugar a una especie de “crianza artificial” (Blos, 1996), puesto que ese vacío lo llenan u ocupan los medios de comunicación de masas. De ahí la fascinación que ejerce la pantalla, la cual reemplaza muchas veces al intercambio comunicacional y simbólico. Pueden llegar a ser “pantallas devoradoras”. La televisión se ha convertido en la “niñera” de la sociedad moderna. Pero no es la única pantalla, aunque pueda seguir siendo la más importante. Encontramos también otras pantallas complementarias y “acompañantes” que tratan de “llenar” vacíos y esperas vivenciados con angustia y aburrimiento: el teléfono móvil y el ordenador, Internet, el chat, etc. La relación con las cosas parece más importante que la relación con las personas.

Esta situación exige un “compromiso de cercanía”, de presencia próxima por parte de los padres, pues los adolescentes necesitan adultos cercanos para construirse

(Funes, 2003). Si ellos no cumplen su función ese espacio lo ocuparán otros factores sociales que ejercen una poderosa influencia, especialmente a estas edades. La tendencia general de la cultura parece ser la de eliminar la falta, la carencia, la pérdida de componentes básicos para la estructuración del psiquismo humano, y necesarios para que pueda haber una óptima tolerancia a la frustración. La consigna de los adolescentes, “no sé lo que quiero pero lo quiero ya”, caracteriza ese rasgo de inmediatez de la cultura actual. En este sentido, los adolescentes son cada vez más “conservadores” en usos y costumbres, en el estilo de vida que adoptan. Han dejado de rebelarse frente al sistema y han pasado a formar parte de lo que en sociología se llama “sociedad de masas digitalizada”.

Ninguna teoría psicológica o clínica da cuenta de toda la realidad de los fenómenos psicopatológicos a los que nos podemos enfrentar, de ahí que sea adecuado mantener una actitud lo más abierta y receptiva posible hacia enfoques interdisciplinarios e integradores. Ni el psicólogo debe pasar por alto los datos de la investigación biomédica, sociológica o antropológica, ni los médicos y profesionales sanitarios dejar de lado la perspectiva psicológica y sociocultural sobre estos fenómenos. El cuerpo no es el cuerpo aislado, ni un organismo despojado de mente. El cuerpo es identidad, medio de relación con uno mismo y con el mundo configurado por los otros, así como entidad anímica por excelencia.

Si trabajar con adolescentes tiene una especificidad propia, establecer contacto con ellos supone mostrar interés por su ámbito propio de intereses, aficiones, relaciones y



expectativas, así como ser sensible y mostrar empatía a sus miedos, ansiedades e inseguridades. En nuestra opinión, la psicoterapia, cualquiera que sea su enfoque y siempre que se realice con profesionalidad (psicoanalítico, cognitivo-conductual, sistémico, etc.), constituye un proceso de crecimiento mental, de desarrollo del psiquismo y de maduración personal y también familiar. Es un proceso de acompañamiento para que pueda producirse esa maduración. No hay que olvidar que cuando unos padres traen a nuestra consulta a un hijo, sea un niño o un adolescente, al menos uno de los padres suele presentar también dificultades psicológicas. El niño es habitualmente el depositario de una psicopatología internalizada por el grupo familiar.

La adolescencia es una edad de habitaciones con llave, de secretos,

de diarios, de cofres que encierran grandes tesoros, pero también grandes dramas personales y familiares. Todos los adolescentes no la atraviesan con “tormenta y drama”, pero no es menos cierto que muchos de ellos necesitan una ayuda psicoterapéutica que les sirva de soporte y acompañamiento en la tarea de desarrollo que están realizando ellos y sus familias. La adolescencia se configura así como una suerte de renacimiento. De ahí la importancia de saber aproximarse al adolescente. Aproximación caracterizada muchas veces por una paciente espera a que el adolescente se abra a una comunicación tanto con sus padres como con el terapeuta. Las cualidades fundamentales de la intervención terapéutica, como son el respeto por la intimidad y mundo del paciente y una consecuente actitud ética, pueden servir también

de raíces para que el adolescente no se desestabilice. Comprender al adolescente es comprender la dinámica familiar de la que forma parte. En la actualidad, cuando la mayor parte de las consultas de adolescentes que atendemos en nuestro trabajo tiene que ver con historias de separación de los padres esto se vuelve fundamental.

Entendemos así la psicoterapia como sinónimo de cuidado parental, con el fin de permitir al paciente la libertad y los límites de convertirse en sí mismo (Whitaker, 1992). En muchos procesos terapéuticos, los notables cambios experimentados por los niños y adolescentes no parecen tener, para nuestra sorpresa, otra razón que el convertirnos provisoriamente en un adulto cuidador, comprensivo y contenedor de sus ansiedades, más que el lograr la “elaboración de profundos conflictos”.

El niño y el adolescente son traídos a la consulta por sus padres con un síntoma que se inscribe en el relato de una historia congelada y repetitiva. Intentamos instalar, a

través del diálogo terapéutico, preguntas que lleven a la emergencia de nuevos significados. Sabemos que no existe una verdad única que debamos desvelar, sino que construimos una visión de los fenómenos observables que nos permitan influir sobre ellos y modificarlos. El terapeuta está llamado a llenar un vacío en el universo relacional del paciente, función que debe ocupar simbólica y provisoriamente hasta tanto el paciente deja de necesitarlo o se apoye en otra figura de su entorno natural.

Creo que una prolongación de la niñez, y no su acortamiento, ayudaría a ir adquiriendo poco a poco la tolerancia necesaria. Quien a los trece años llega a la pubertad biológica es todavía un niño. Tanto la familia como la escuela deberían tenerlo en cuenta y tolerar la incertidumbre de la espera.

No hay que olvidar que los adolescentes son, ante todo, personas que descubren, diversas y que necesitan un acompañamiento por parte de adultos responsables que les

ayuden a construir su propia identidad, (Funes, 2003).

Me gustaría terminar refiriéndome a la novela *La sombra del viento*, de Carlos Ruiz Zafón, pues creo que en ella se recogen algunos de los aspectos característicos de la adolescencia, que aunque se sitúen en un contexto y una sociedad muy distintas a la actual —la España de la posguerra—, creo que siguen estando vigentes, aunque bastante alejadas ya de nuestra forma de vida actual. Estos aspectos son, entre otros, el descubrimiento adolescente, el amor por la aventura, la iniciación a la vida, la elaboración de la pérdida de uno de los padres, así como el decisivo tema de la identidad del adolescente: la búsqueda de la propia identidad a través de la identidad de otros que es transmitida a través de objetos rituales o simbólicos, de ahí la significación y valor de la presencia y transmisión del otro, así como la importancia de la relación con el otro sexo, el descubrimiento de la sexualidad y del amor.

Bibliografía

- ANTONA, A, MADRID, J. y ALAEZ, M. (2003). “Adolescencia y salud”. *Papeles del psicólogo*, 84, 45-53.
- BLOS, P. (1996). “La transición adolescente”. Buenos Aires: Amorrortu.
- CANTÓN DUARTE, J., CORTES ARBOLEDA, M^a DEL R., JUSTICIA DÍAZ, M^a D. (2000). *Conflictos matrimoniales, divorcio y desarrollo de los hijos*. Madrid: Pirámide.
- CONDE, F. (1999) “Los hijos de la desregularización. Jóvenes, usos y abusos en el consumo de drogas”. Monografías (6). Madrid: Fundación CREFAT.
- ERIKSON, E.H. (1980). *Identidad, juventud y crisis*. Madrid: Taurus.
- FLAQUER, L.I. (1999). *La estrella menguante del padre*. Barcelona: Ariel.
- FUNES, J. (2003). “¿Cómo trabajar con adolescentes sin empezar por considerarlos un problema?” *Papeles del psicólogo*, 84, 1-8.
- KAES, R et al. (1996). *Transmisión de la vida psíquica entre generaciones*. Buenos Aires: Amorrortu.
- MADRID, J. y ANTONA, A. (2000). *Programa del adolescente*. Madrid: Ayuntamiento de Madrid. Área de Salud y Consumo.
- ISAACS, M. B., MONTALVO, B. y ABELSON, D. (1988). *Divorcio difícil*. Buenos aires. Amorrortu.
- PALACIOS, J (1990). “¿Qué es la adolescencia?”. En PALACIOS, J. MARCHESI, A y COLL, C. (comps): *Desarrollo Psicológico y Educación I, Psicología Evolutiva*. Madrid: Alianza.
- WHITAKER, C. (1992). *Meditaciones nocturnas de un terapeuta familiar*. Barcelona: Paidós.

Noticias del M

Noticias



» Re-mission: combatir el cáncer

La lucha contra el cáncer ha sobrepasado el ámbito de la medicina y ha encontrado un hueco en el campo de los videojuegos. Así lo demuestra *Re-Mission*, un videojuego dirigido especialmente a adolescentes y jóvenes con cáncer que ha desarrollado un equipo de investigadores de la institución HopeLab.

Roxxi, la nanobot protagonista del videojuego, tiene como misión acabar con las células malignas en el interior del cuerpo de un paciente con cáncer, luchar contra infecciones bacteriales y encargarse de los efectos secundarios, potencialmente fatales, relacionados con el cáncer.

El objetivo que se persigue con el juego es ayudar a los pacientes más jóvenes a comprender mejor su enfermedad e incluso a que cumplan más fielmente la pauta de sus tratamientos. A través de sus 20 niveles, los participantes pueden ir aprendiendo lo que ocurre en el interior del organismo cuando se desarrolla un tumor y cómo pueden combatir la enfermedad de una manera más efectiva.

Para la elaboración del juego se ha contado con la participación de creadores de videojuegos y animadores líderes en sus campos, con las opiniones de jóvenes con cáncer y con el punto de vista médico de

» Descifrado el cromosoma 1



El equipo de investigadores del doctor Simon Gregory de la Universidad de Duke en Durham (EE.UU.) ha finalizado, tras diez años de investigación, la secuenciación del ADN del cromosoma humano número 1, el único que quedaba por ser descifrado.

Son 3.141 los genes y 991 los pseudogenes los que componen el cromosoma 1 —un total del 8% de la información genética humana— y aportan una valiosa información tanto de nuestra historia como de nuestra salud.

Las alteraciones en estos genes están vinculadas con un total de 356 patologías conocidas, por lo que su secuenciación ayudará al diagnóstico de enfermedades y permitirá la investigación de nuevos tratamientos.

Dolencias neurodegenerativas, como el Alzheimer o el Parkinson, varios tipos de cáncer, la enfermedad de Stargardt, la enfermedad de Charcot-Marie-Tooth o la malaria, son sólo algunos de los trastornos relacionados con alteraciones del cromosoma 1.

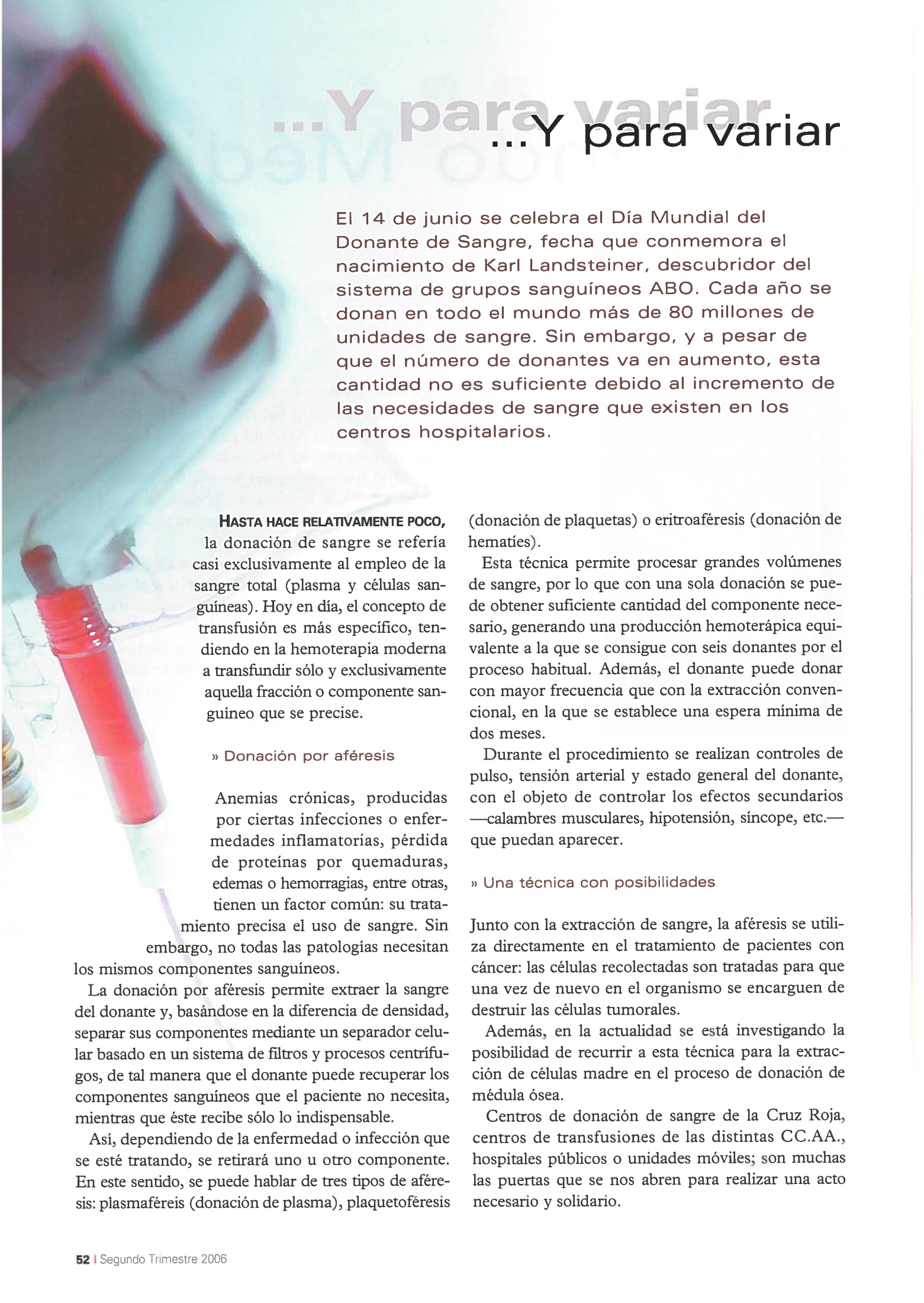
expertos en oncología, biólogos celulares y psicólogos. Aportaciones todas ellas fundamentales para conseguir un resultado final divertido, realista y entretenido.

» Trabajo de campo

Los resultados obtenidos en un ensayo clínico, realizado a 375 pacientes ingresados en 34 centros médicos de Estados Unidos, Australia y Canadá, sobre las aplicaciones terapéuticas del videojuego han puesto de manifiesto que los jóvenes se sienten más capacitados para enfrentarse a su enfermedad, mostrando una mayor voluntad para tomar sus fármacos y viendo mejorada su calidad de vida.

Desde HopeLab se trabaja ahora para utilizar este modelo de intervención con otras enfermedades crónicas como son autismo, trastorno depresivo mayor, obesidad y enfermedad de células falciformes o enfermedad drepanocítica.

El videojuego está disponible en inglés, francés y español de forma gratuita para niños y jóvenes enfermos de cáncer en la página *re-mission.net*.



...Y para variar

El 14 de junio se celebra el Día Mundial del Donante de Sangre, fecha que conmemora el nacimiento de Karl Landsteiner, descubridor del sistema de grupos sanguíneos ABO. Cada año se donan en todo el mundo más de 80 millones de unidades de sangre. Sin embargo, y a pesar de que el número de donantes va en aumento, esta cantidad no es suficiente debido al incremento de las necesidades de sangre que existen en los centros hospitalarios.

HASTA HACE RELATIVAMENTE POCO, la donación de sangre se refería casi exclusivamente al empleo de la sangre total (plasma y células sanguíneas). Hoy en día, el concepto de transfusión es más específico, tendiendo en la hemoterapia moderna a transfundir sólo y exclusivamente aquella fracción o componente sanguíneo que se precise.

» Donación por aféresis

Anemias crónicas, producidas por ciertas infecciones o enfermedades inflamatorias, pérdida de proteínas por quemaduras, edemas o hemorragias, entre otras, tienen un factor común: su tratamiento precisa el uso de sangre. Sin

embargo, no todas las patologías necesitan los mismos componentes sanguíneos.

La donación por aféresis permite extraer la sangre del donante y, basándose en la diferencia de densidad, separar sus componentes mediante un separador celular basado en un sistema de filtros y procesos centrífugos, de tal manera que el donante puede recuperar los componentes sanguíneos que el paciente no necesita, mientras que éste recibe sólo lo indispensable.

Así, dependiendo de la enfermedad o infección que se esté tratando, se retirará uno u otro componente. En este sentido, se puede hablar de tres tipos de aféresis: plasmaféresis (donación de plasma), plaquetoféresis

(donación de plaquetas) o eritroaféresis (donación de hematíes).

Esta técnica permite procesar grandes volúmenes de sangre, por lo que con una sola donación se puede obtener suficiente cantidad del componente necesario, generando una producción hemoterápica equivalente a la que se consigue con seis donantes por el proceso habitual. Además, el donante puede donar con mayor frecuencia que con la extracción convencional, en la que se establece una espera mínima de dos meses.

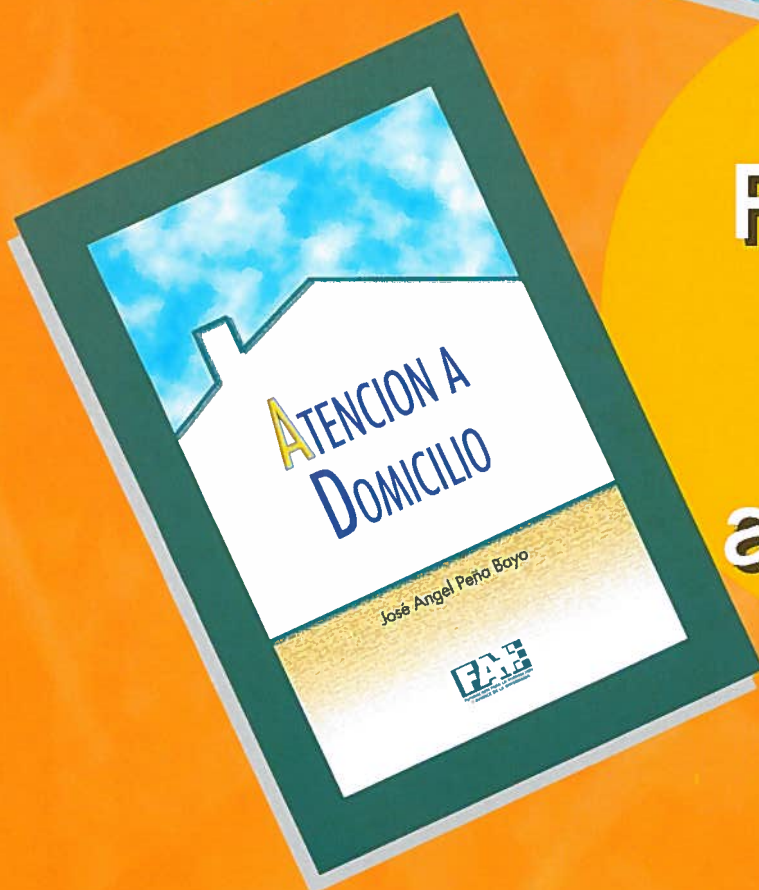
Durante el procedimiento se realizan controles de pulso, tensión arterial y estado general del donante, con el objeto de controlar los efectos secundarios —calambres musculares, hipotensión, síncope, etc.— que puedan aparecer.

» Una técnica con posibilidades

Junto con la extracción de sangre, la aféresis se utiliza directamente en el tratamiento de pacientes con cáncer: las células recolectadas son tratadas para que una vez de nuevo en el organismo se encarguen de destruir las células tumorales.

Además, en la actualidad se está investigando la posibilidad de recurrir a esta técnica para la extracción de células madre en el proceso de donación de médula ósea.

Centros de donación de sangre de la Cruz Roja, centros de transfusiones de las distintas CC.AA., hospitales públicos o unidades móviles; son muchas las puertas que se nos abren para realizar una acto necesario y solidario.



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



**Tu trabajo
es fundamental,
tu formación
obligatoria**

