



n° 50 • Revista de Auxiliares de Enfermería
Segundo Trimestre 2007



VIVIR CON
LA ENFERMEDAD DE
PARKINSON

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

FAE

FUNDACIÓN PARA LA FORMACIÓN
Y AVANCE DE LA ENFERMERÍA

PROGRAMA FORMATIVO DE VERANO

NOVEDAD



CURSO ACADÉMICO 2006-2007

El verano es una época estupenda para llevar a cabo algunos de los proyectos que en invierno resulta difícil de realizar. Pensando en todos, en quienes disponen de más tiempo libre en verano, en quienes se plantean esta estación como una renovación, en quienes quieren aprovechar al máximo las horas...FAE ha puesto en marcha su PROGRAMA FORMATIVO DE VERANO, porque tu formación no tiene porqué interrumpirse.

Atención del AE/TCAE al paciente con alteraciones mentales I

Actividad formativa acreditada por la CFC del SNS con 4 créditos 40 horas

Atención del AE/TCAE al paciente con alteraciones mentales II

Actividad formativa acreditada por la CFC del SNS con 3,6 créditos 40 horas

Actuación del AE/TCAE en servicios especiales. Urgencias. Traumatismos y quemados I

Solicitada acreditación a la C.F.C. del S.N.S 40 horas

Actuación del AE/TCAE en servicios especiales. Urgencias. Traumatismos y quemados II

Solicitada acreditación a la C.F.C. del S.N.S 40 horas

BOLETÍN DE MATRICULACIÓN (Cumplimentar con letra de imprenta)

Enviarlo junto con justificante de ingreso y fotocopia del DNI por correo, no se admitirá vía fax, a: FAE C/ Tomás López, 3 - 1ª Izda. 28009 Madrid

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		PRECIO AFILIADO	PRECIO NO AFILIADO
<input type="checkbox"/> Atención del AE/TCAE al paciente con alteraciones mentales I	(40 h. 4 créditos)	36,06 €	60,10 €
<input type="checkbox"/> Atención del AE/TCAE al paciente con alteraciones mentales II	(40 h. 3,6 créditos)	36,06 €	60,10 €
<input type="checkbox"/> Actuación del AE/TCAE en servicios especiales. Urgencias. Traumatismos y quemados I	(40 h.)	36,06 €	60,10 €
<input type="checkbox"/> Actuación del AE/TCAE en servicios especiales. Urgencias. Traumatismos y quemados II	(40 h.)	36,06 €	60,10 €
TOTAL		<input type="text"/>	<input type="text"/>

Afiliados S.A.E.: 36,06€ - No afiliados S.A.E.: 60,10€

Los alumnos que se matriculen a los dos módulos conjuntamente (Atención del AE/TCAE al paciente con alteraciones mentales I y II o Actuación del AE/TCAE en servicios especiales. Urgencias. Traumatismos y quemados I y II), tendrán un precio especial: Afiliados S.A.E. 66,11€ - No afiliados 114,19€

FAE
FUNDACIÓN PARA LA FORMACIÓN
Y AVANCE DE LA ENFERMERÍA

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.



Sumario



04. VIVIR CON LA ENFERMEDAD DE PARKINSON. Más de cuatro millones de personas en el mundo padecen movimientos involuntarios de carácter tembloroso. **10. 50 NÚMEROS DE NOSOCOMIO.** Desde su nacimiento en 1993, los Auxiliares de Enfermería han encontrado en Nosocomio un referente para su profesión. Ahora celebramos la publicación del número 50. **12. CENTRO REFERENTE PARA PERSONAS SORDAS.** La Federación de Personas Sordas de la Comunidad Valenciana y su fundación han inaugurado un nuevo centro de atención y formación para atender a las cerca de 90.000 personas sordas que existen en la comunidad. **37. LA MÚSICA ME ENFERMA.** Las dolencias de los músicos necesitan profesionales de la medicina formados en éstas. **41. XI CERTAMEN NACIONAL DE FAE.** El trabajo *Actitudes del TCAE ante el paciente con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida* obtiene el primer premio de esta edición del certamen. **44. XVIII CONGRESO NACIONAL DE AUXILIARES DE ENFERMERÍA.** Más de 600 congresistas se han dado cita en Las Palmas de Gran Canaria para debatir sobre el paciente diabético.



CONSEJO EDITORIAL DE NOSOCOMIO

DIRECTORA Dolores Martínez Márquez. **REDACCIÓN** Montse García, Cristina Botello. **COMITE CIENTÍFICO** 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). Tomas López nº 3, 1^a izq. 28009 Madrid. Tels.: 91 521 52 24/95. Fax: 91 521 53 83. E-mail: administracion@fundacionfae.org. **REDACCIÓN, ADMINISTRACIÓN Y SERVICIOS COMERCIALES** Tomas López, 3, 2^a dcha. 28009 Madrid. Tels.: 91 309 01 02. Fax: 91 402 23 25. E-mail: sae@sindicatosae.com. **DEPOSITO 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.

SI BIEN LAS COMPLICACIONES MÉDICAS de los músicos no suponen un problema de salud pública ni afectan a la población en general, lo cierto es que los datos reflejan que se trata de un importante problema para estos profesionales, ya que casi el 50% de los músicos sufren dificultades en el sistema esquelético en algún momento de su vida como consecuencia de su actividad profesional.

En su momento, la importancia y gravedad de las lesiones que sufrían los deportistas hizo evolucionar las técnicas de diagnóstico y los tratamientos hasta crear, incluso, una especialidad propia con la medicina del deporte.

La importancia y repercusión de las dolencias que padecen no sólo los músicos, sino también quienes practican la danza o cualquier otra actividad artística, abarcan un amplio espectro de especialidades como la traumatología, oftalmología, odontología o neurología, entre otros.

Necesitan atención multidisciplinar, diagnósticos correctos y tratamientos adecuados que no siempre encuentran ante la falta de especialistas en lo que podríamos denominar “medicina musical”. Quizás con muchos años y evidentes cambios educativos, políticos y de gestión sea una realidad, y nuestros artistas cuenten con profesionales de la medicina que atiendan sus dolencias de forma correcta y les proporcionen el tratamiento adecuado.

Ellos nos dan su talento, nos regalan momentos inolvidables, ¿no se merecen a cambio un poquito más de atención?

Buzón de sugerencias

COMPARTIR EL RUIDO

Esperanza Soler

Cada vez es más frecuente no poder disfrutar del silencio. La dictadura del ruido se impone sin que podamos remediarlo. Ruido de las obras, del tráfico, ruido... y por si faltaba algún soldadito más de ese poderoso ejército, el ruido ha reclutado para sus filas un montón de adolescentes, jóvenes y maduritos que parecen sentirse en la obligación de compartir sus gustos musicales con el resto de la población. Por eso es cada vez más habitual un viaje en transporte público soportando, más que disfrutando, las melodías que alguien ha grabado en su reproductor de música y cuyo volumen impiden siquiera identificar qué tipo de música está escuchando, pero eso sí, parece imposible que lo disfrute a un volumen moderado. Además de la falta de respeto que este comportamiento me parece hacia el resto de viajeros, me pregunto si estas personas escuchan a los demás o leen las informaciones aparecidas

en los medios de comunicación sobre el aumento en la incidencia de problemas auditivos en un futuro.

PIOJOS

Cristina Jordán

No son una enfermedad, no suponen ningún riesgo para la salud, no son un problema de falta de higiene, no se necesita para su erradicación más que un poco de cuidado y esmero. Sin embargo, cada vez que en un aula escolar algún alumno acude con piojos al colegio no faltan voces contra los padres a quienes acusan de poco higiénicos y quienes aconsejan, normalmente el profesor, que el niño no acuda a clase en una semana. Me parece una irresponsabilidad por parte de unos y otros. ¿Ha de perder un niño tantas horas de clase por una circunstancia que no va a alterar el ritmo de las mismas?, ¿por un hecho que en unos días estará totalmente controlado? ¿Es eso tolerancia y respeto?

LA SEGURIDAD SOCIAL DISCRIMINA

Mariano Rubio

Son muchas las especialidades médicas que cubre la Seguridad Social, pero existen algunas básicas que se escapan de las arcas que todos contribuimos a llenar.

La odontología, la optometría o la podología son especialidades que no cubre la Seguridad Social, me imagino que es debido al elevado coste que supondría para la Consejería de Sanidad cubrir estos servicios médicos por el elevado porcentaje de población que se ve afectada. Pero estos servicios son básicos, además los especialistas recomiendan en los tres casos llevar a cabo revisiones anuales que eviten futuras complicaciones.

Por ello, es necesario que se busquen fórmulas que nos permitan poder realizarnos una revisión odontológica sin que ello nos suponga un coste mínimo de 20 euros. Hay familias que no se lo pueden permitir. La Seguridad Social debe cubrir estos servicios. Todos pagamos la Seguridad Social.

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



VIVIR CON LA ENFERMEDAD DE PARKINSON

Texto Federación Española de Parkinson

» ¿Qué es la enfermedad de Parkinson?

La enfermedad de Parkinson (EP) es un trastorno neurológico frecuente, una enfermedad lentamente progresiva, cuyos síntomas empeoran gradualmente con el tiempo. La enfermedad afecta a más de cuatro millones de personas en el mundo (100.000 personas en España). Fue descrita por primera vez por el médico y paleontólogo inglés James Parkinson en 1917, cuando publicó su libro titulado *Ensayo sobre la parálisis agitans*, en el que dio a conocer una serie de historias clínicas basadas en sus propios pacientes.

Su definición aún se mantiene hoy en día:

“Movimientos involuntarios de carácter tembloroso, con disminución

de la fuerza muscular, que afectan a partes que están en reposo y que incluso provocan una tendencia a la inclinación del cuerpo hacia delante y a una forma de caminar a pasos cortos y rápidos. Los sentidos y el intelecto permanecen inalterados”.

Aunque actualmente no existe tratamiento curativo para la EP, se tienen nuevos conocimientos acerca de los factores que pueden causarla, incluidos genéticos y diversos factores ambientales.

La EP puede presentarse a cualquier edad, pero es más frecuente en personas de edad avanzada. Afecta algo más a los hombres que a las mujeres. La edad media de inicio de presentación de los síntomas es a los 60 años.

En muchos casos, no se conoce exactamente qué ha motivado el

desarrollo de la enfermedad. Se cree que la mayor parte de los síntomas están causados por una reducción significativa de un compuesto químico llamado dopamina; un importante neurotransmisor, un compuesto químico que es liberado por una neurona en un espacio fuera de la célula (sinapsis), que cuando es captado por la siguiente neurona genera un impulso nervioso. Esta sustancia se sintetiza en la zona del cerebro que controla el movimiento.

La disminución en la producción de dopamina hará que el estímulo nervioso que genera el movimiento disminuya y el cuerpo pierda la habilidad de controlar su movimiento, no pudiendo evitar el temblor o la rigidez. Estos síntomas empezarán a ocurrir cuando el nivel de dopamina en el cerebro descienda por debajo del 20%.

Habitualmente, el diagnóstico se basa en los datos clínicos. Un neurólogo, que es un médico especializado en trastornos del sistema nervioso, diagnosticará generalmente la enfermedad mediante la evaluación de los síntomas y la exploración física. Cuando existen dudas sobre el diagnóstico, puede plantearse la realización de un DATscan. Esta prueba consiste en visualizar el funcionamiento de la vía nigroestriada mediante la inyección de una sustancia marcada con radioactividad que se fija a una molécula implicada en el metabolismo de la dopamina. Las personas con Parkinson tienen una actividad menor que las personas sin Parkinson desde fases muy tempranas de la enfermedad.

» ¿Cuáles son los síntomas?

Es importante recordar que los síntomas de la enfermedad de Parkinson pueden variar mucho de una persona a otra. Por ejemplo, un paciente puede presentar temblor, mientras que otro puede experimentar intensa rigidez y lentitud sin temblores.

En las fases iniciales de la enfermedad, a menudo los síntomas afectan primero a un lado del cuerpo. Más tarde, los síntomas pueden extenderse al otro lado. Algunos síntomas frecuentes de la enfermedad de Parkinson son:

- Sacudidas o temblor de las manos, brazos, piernas, mandíbula y cara (lo que con frecuencia se define como “temblor”).
- Rigidez e hipertonia muscular (lo que suele definirse como “rigidez”). Ocurre en fases más avanzadas y es debida a un aumento de la resistencia de los músculos del movimiento.

- La hipocinesia afecta especialmente a la cara y a los movimientos de las extremidades. El enlentecimiento muscular es progresivo y especialmente se hace evidente al caminar, al realizar giros y durante tareas en las que se necesite destreza manual. El paciente suele presentar una cara inexpresiva y va perdiendo la mímica facial.
- La bradicinesia hace referencia a la lentitud de movimientos o dificultad para iniciar los movimientos, como levantarse de una silla.
- Problemas de equilibrio y de coordinación, que suelen ser características tardías de la enfermedad.

También se pueden producir otros síntomas no relacionados con el movimiento, los que se conocen como síntomas no motores, y que pueden ser: ansiedad, depresión, irritabilidad, lentitud de pensamiento o problemas de memoria, hormigueo, dolor, intranquilidad, fatiga, sudoración, sialorrea, cambios de la temperatura corporal y estreñimiento.

» El impacto del diagnóstico...¿y ahora qué?

Cuando a una persona se le diagnostica la EP, la impresión que recibe puede ser de haber caído en una fatalidad insuperable. Puede sentir conflictos emocionales que van desde dudar o negar el diagnóstico a caer en una sensación de vulnerabilidad, ansiedad, tristeza o depresión. Sin embargo, a pesar de que la EP carece de una cura radical, sí que hoy día se dispone de tratamientos eficaces para controlar los síntomas, mediante los que se evita o



Los síntomas pueden variar mucho, un paciente puede presentar temblor, mientras que otro puede experimentar intensa rigidez y lentitud sin temblores.



dilata al máximo la progresión hasta estadios avanzados.

El propio diagnóstico es, en sí mismo, terapéutico, ya que cuando una persona sabe que le pasa algo (en el caso de la EP, por ejemplo, que le tiembla la mano y no sabe por qué), es decir, conoce el diagnóstico, encontrar la razón debe servir de revulsivo: “Sé lo que me pasa y me voy a poner en tratamiento para ello”. Los problemas de la angustia que genera padecer una enfermedad no identificada quedan eliminados. La angustia será, en todo caso, suplantada por la preocupación lógica, especialmente cuando se deja llevar por pensamientos negativos, de culpa, como “seré una carga para la familia”, etc. Pero es importante que el paciente sepa que con un buen seguimiento por parte de su médico y la correcta medicación, la EP puede llegar a ser controlada.

» El tratamiento

¿Cuáles son las opciones terapéuticas para la EP?

Los investigadores todavía no han encontrado la manera de prevenir o curar la EP, aunque la inmensa cantidad de estudios que hay en curso constituye una gran esperanza de cara al futuro. Sin embargo, hasta que se descubra un tratamiento curativo, los síntomas se pueden controlar

adecuadamente con medicamentos, con una intervención quirúrgica o con la ayuda de terapias complementarias (fisioterapia, logopedia, etc.).

Fármacos dopaminérgicos

Los síntomas de la enfermedad de Parkinson son debidos a la pérdida de una sustancia química del cerebro llamada dopamina. Por ello, la mayor parte de las investigaciones se han hecho sobre el desarrollo de los denominados fármacos “dopaminérgicos”, con los que se pretende reemplazar la dopamina perdida, imitar la acción de la dopamina o detener su destrucción.

Levodopa-Liberación de dopamina en el cerebro

La dopamina por sí misma no llega naturalmente al cerebro, por lo que se administra en forma de un producto químico llamado levodopa (o L-dopa). Cuando la levodopa llega al cerebro se transforma en dopamina.

La levodopa es el fármaco más ampliamente utilizado para tratar los síntomas de la enfermedad, y desde hace casi 40 años es la piedra angular del tratamiento de la enfermedad de Parkinson.

Cuando la levodopa llega al organismo, unas moléculas llamadas enzimas se encargan de su degradación. No obstante, esta “degradación” limita la cantidad de

medicamento que puede llegar a la zona del cerebro donde se necesita. Dos son las enzimas principales que degradan la levodopa: la dopadescarboxilasa (DDC) periférica y la catecol-O-metiltransferasa (COMT).

El bloqueo de estas dos enzimas puede reducir la degradación de la levodopa, lo que favorece que el medicamento llegue al cerebro.

Poco después de la introducción de la levodopa, se desarrolló un inhibidor de la dopadescarboxilasa periférica (DDC). Los inhibidores de la DDC bloquean una de las enzimas responsables de la degradación de la levodopa, lo que garantiza que llegue más cantidad de medicamento al cerebro. Esto también puede reducir algunos de los potenciales efectos secundarios, como las náuseas y vómitos, que pueden aparecer cuando la cantidad de dopamina en la circulación sanguínea es elevada.

Durante la década de los noventa, se desarrolló otro grupo de medicamentos, los inhibidores de la COMT. Los inhibidores de la COMT, como entacapona, permiten una biodisponibilidad de la levodopa en el cerebro más prolongada y uniforme. La combinación de un inhibidor de la COMT y levodopa mejora y aumenta el tiempo durante el cual los síntomas estarán controlados.

Inhibidores de la MAO-B- Reducción de la degradación de la dopamina en el cerebro

La monoaminoxidasa tipo B (MAO-B) es otra enzima que reduce la degradación de la dopamina en el cerebro. Los inhibidores de la MAO-B se pueden usar de dos maneras. Se pueden tomar solos o junto con levodopa para reducir la degradación de la dopamina y aumentar los efectos de la levodopa.

Tratamientos no dopaminérgicos

Los fármacos que no repercuten directamente sobre la dopamina se conocen como tratamientos no dopaminérgicos. Dentro de este grupo están los fármacos denominados anticolinérgicos, que actúan bloqueando un producto químico del cerebro llamado acetilcolina.

En el cerebro sano, existe normalmente un equilibrio entre la dopamina y la acetilcolina. En un cerebro afectado por la EP, la acetilcolina es más activa debido a la pérdida de dopamina. Los anticolinérgicos pueden ayudar a mantener y equilibrar los niveles de dopamina y de acetilcolina. Sin embargo, estos fármacos son normalmente menos eficaces que los tratamientos dopaminérgicos.

La amantadina es otro fármaco que puede aumentar la dopamina en el cerebro. También puede bloquear la actividad de otro producto químico del cerebro llamado glutamato. Este medicamento se usa habitualmente en las primeras fases de la enfermedad de Parkinson o más adelante para el tratamiento de los movimientos involuntarios (conocidos como discinesias). La causa de estos movimientos involuntarios puede ser

el tratamiento prolongado con levodopa.

Tratamiento quirúrgico

- **Talamotomía.** Es la destrucción quirúrgica de las células de una parte del cerebro llamada Tálamo. Es una lesión irreversible y se realiza únicamente en un lado del cerebro.
- **Palidotomía.** Es la destrucción quirúrgica de células específicas de la parte del cerebro llamada Globo Pálido. Es también una lesión irreversible utilizada en casos de la enfermedad de Parkinson grave, que no responden al tratamiento farmacológico. Esta intervención se puede realizar de manera bilateral, es decir, en ambas partes del cerebro.

Actualmente, la técnica quirúrgica más utilizada es:

- **Estimulación cerebral profunda.** Utilizada desde 1987, es un tratamiento médico para suprimir los trastornos del movimiento y los síntomas de la Enfermedad de Parkinson. La terapia utiliza un dispositivo médico implantable que suministra una suave estimulación eléctrica en una zona cerebral determinada. Es un proceso reversible.
- **Implante de células.** Las técnicas de implante de células productoras de dopamina, como las células de cuerpo carotídeo o las células del mesencéfalo fetal, o de factores de crecimiento neuronal, se deben considerar todavía en fase de experimentación.

¿Cómo mantener el equilibrio correcto de la medicación?

El tratamiento comienza generalmente con dosis bajas de medicación



Con los fármacos "dopaminérgicos" se pretende reemplazar la dopamina perdida, imitar la acción de la dopamina o detener su destrucción.



La pirámide guía de alimentos del Ministerio de Agricultura de EE.UU. está refendada por la American Dietetic Association. Se recomienda que las elecciones dietéticas de una persona procedan desde las filas inferiores de la pirámide, con menos porciones y más pequeñas de las categorías de alimentos de las filas superiores.

y luego la dosis se aumenta lentamente a lo largo del tiempo hasta el control de los síntomas.

El especialista puede recomendar un tratamiento de acuerdo con sus síntomas específicos. No todos los pacientes recibirán la misma medicación ni la misma dosis. En fases muy iniciales de la enfermedad, tal vez no se necesite medicación. Puede que sea necesario ajustar la dosis y la frecuencia de la medicación a medida que los síntomas cambien (o se produzcan efectos secundarios). Con frecuencia se necesita una combinación de diferentes medicamentos para conseguir el mejor control de sus síntomas.

¿Qué cambios de estilo de vida ayudarán a controlar mejor la EP?

Gestionar la medicación es una parte importante para controlar los síntomas de la enfermedad de Parkinson. También conviene

mantener un estilo de vida saludable, comer bien y conservarse activo.

Dieta y enfermedad de Parkinson

Una buena nutrición es una parte importante para mantenerse sano, activo y conservar un buen nivel de energía. Un plan de comidas puede ayudar a seguir una dieta bien equilibrada de frutas y verduras, algunos alimentos ricos en proteínas, productos lácteos y cereales. También se recomienda beber muchos líquidos.

Las vitaminas y minerales son una parte importante de cualquier dieta saludable; las mejores fuentes son las frutas y verduras, zumos de fruta, frutos secos, huevos y algunos cereales. Además de una dieta equilibrada, los suplementos multivitamínicos y de minerales pueden ser útiles.

La enfermedad puede modificar el modo en que el organismo metaboliza los alimentos. Los pacientes con enfermedad de Parkinson pueden tener problemas con la absorción de los nutrientes que necesitan tomar de los alimentos.

Dieta y medicamentos para la EP

La dieta también puede modificar el modo de actuación de los medicamentos para la EP. Esto es especialmente cierto para los tratamientos con levodopa. Aunque la levodopa puede absorberse mejor y más rápido con el estómago vacío, se debe tomar junto con alimentos si produce molestias de estómago.

La mayoría de los pacientes pueden tomar levodopa sin sentir náuseas. La toman antes de las comidas. Para algunos pacientes, esto puede ser una o dos horas



antes de comer. Para otros es mejor tomar la medicación 30 minutos antes de comer.

Las proteínas de los alimentos pueden retrasar la llegada de la levodopa al cerebro, ya que las proteínas se degradan en moléculas más pequeñas llamadas aminoácidos, y éstos pueden competir con la levodopa (que también es un aminoácido) por el transporte desde el intestino a la circulación, y desde la circulación al cerebro.

Algunos pacientes evitan los alimentos ricos en proteínas durante el día y los ingieren por la noche. Esto les ayuda a mantener mejor movilidad durante el día. Las carnes rojas, las aves, el pescado, la leche, el queso y los huevos son ejemplos de alimentos ricos en proteínas.

Es útil combinar pequeñas cantidades de proteínas justo con un alto nivel de carbohidratos (por ejemplo, fruta, pan, cereales, pasta y otros granos) a lo largo del día. También puede ser conveniente reducir los alimentos grasos.

Ejercicio y EP

Un buen programa de ejercicios puede ayudar al organismo a enfrentarse mejor con la enfermedad de Parkinson. El ejercicio regular

puede mantener la flexibilidad, propiciar una buena postura, conservar los músculos fuertes y las articulaciones ágiles. Puede mejorar la circulación al corazón y los pulmones. El ejercicio también puede proporcionar una sensación de éxito y control sobre la enfermedad. Algunos pacientes encuentran que los ejercicios en grupo son útiles. Hacer ejercicio en grupo puede ser una buena oportunidad para establecer relaciones sociales.

Terapias complementarias

Las terapias complementarias pueden ayudar física y emocionalmente a personas con la EP. La fisioterapia, la logopedia, el yoga, el tai chi, la musicoterapia y la acupuntura, como complemento a los fármacos, ayuda al paciente a mejorar su calidad de vida.

Depresión

La depresión está presente en el 40% aproximadamente de los pacientes con EP. Generalmente es una parte integral o intrínseca de la enfermedad de Parkinson, sin relación con el grado o la duración de los síntomas físicos. Los síntomas de depresión pueden incluir no poder dormir, problemas

de concentración, pérdida/aumento de peso, ansiedad o irritabilidad y crisis de angustia.

Un psicólogo o psiquiatra proporcionará asesoramiento individual o familiar sobre maneras de adaptación a los cambios que la enfermedad produce en su vida. Pasos simples como cambiar su medicación pueden ser de ayuda. Algunas clases de antidepresivos se pueden tomar junto con los tratamientos para la EP para ayudar a aliviar los síntomas depresivos.

Mantener una actitud positiva

Aunque un diagnóstico de EP representa un cambio de vida, el hecho de disponer de medicamentos para tratar eficazmente los síntomas (y que la enfermedad progrese lentamente) constituye una esperanza. A pesar de todo, es natural preocuparse por el futuro. Los sentimientos de tristeza, descorazonamiento, irritabilidad y frustración son normales.

Hablar con otros de la enfermedad de Parkinson

Una de las cosas más difíciles del hecho de padecer esta enfermedad puede ser decirselo a los demás. Las respuestas negativas, como la mirada fija de extraños que no conocen su enfermedad, pueden ser especialmente duras.

El paciente ha de decidir si desea decirles a sus conocidos que padece la enfermedad. Sin embargo, puede ser conveniente compartir lo que sucede con algunas personas. Es recomendable hablar abiertamente con la familia sobre los cambios que la enfermedad provoca en sus vidas. Un profesional puede proporcionar asesoramiento sobre el modo de adaptarse a estos cambios.

números de 5



LA FORMACIÓN DEL COLECTIVO de Auxiliares de Enfermería ha sido siempre una premisa básica tanto para el Sindicato de Auxiliares de Enfermería como para la fundación promovida por éste, Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería (FAE). El amplio concepto en el que se entiende la formación ha servido de base para que se creen diferentes alternativas en la que los profesionales Auxiliares de Enfermería puedan ver aumentados sus conocimientos. De ahí la organización de congresos, la creación de una nueva línea editorial específica y la creación de la única revista de divulgación en la que estos profesionales puedan publicar sus trabajos.

La mayor parte de los profesionales sanitarios cuentan con una publicación desde cuyas páginas comparten con sus compañeros el fruto de su trabajo, de sus investigaciones. Los Auxiliares de Enfermería también realizan investigaciones a pie de cama, observan las consecuencias de unas actuaciones comparándolas con otras y obtienen interesantes

Nosocomio

conclusiones. ¿Qué hacer con ellas?, ¿cómo compartirlas con el resto de sus compañeros de profesión, o incluso de otras categorías que se verían igualmente beneficiados con su conocimiento?

Esta carencia en el mundo editorial llevó a SAE a publicar *Nos. Revista de Auxiliares de Enfermería*, que fue el nombre que por aquel 1993 se le dio a nuestra revista. Desde entonces hasta este número 50 son muchos los cambios que se han ido incorporando, siempre con el objetivo de mejorarla. Cambios en la editorial, que asume FAE cuando ésta se constituye en 1994, en el nombre, que se cambia en 1996 pasando a denominarse *Nosocomio*, en la maquetación, etc.

Muchos cambios pero siempre la misma ilusión por ofrecer un producto de calidad que represente a los Auxiliares de Enfermería, que les permita tener su revista como una referencia de calidad.

Sin sus trabajos este proyecto no hubiera sido posible, y contamos con ellos para publicar con la misma ilusión el número 100.



Centro referente para personas sordas



El millón de personas sordas que existen en nuestro país, bien por presentar dificultad para la audición o por una pérdida total de la misma, cuenta desde 1936 con la Confederación Nacional de Personas Sordas, una organización que nace para atender las necesidades e incentivar el desarrollo y la participación social de este colectivo.

TEXTO Cristina Botello



LA CONFEDERACIÓN NACIONAL de Personas Sordas llega a todo el territorio estatal mediante las distintas federaciones que existen en cada Comunidad Autónoma y que ofrecen información, orientación y formación a las personas sordas de cada autonomía.

En este sentido, la Federación de Personas Sordas de la Comunidad Valenciana (Fesord CV) y la Fundación Fesord CV han inaugurado un nuevo Centro de Atención y Formación a Personas Sordas en esta comunidad. Una iniciativa que nace con el objetivo de aunar la atención, la orientación y la integración de los cerca de 90.000 sordos que hay en la comunidad y sus familiares.

Con tal motivo, *Nosocomio* ha tenido la oportunidad de hablar con sus responsables sobre el trabajo y el esfuerzo que las personas sordas realizan diariamente para conseguir su integración en todos los ámbitos.

PREGUNTA: ¿Cómo nace este proyecto?

RESPUESTA: El proyecto de apertura del Centro Referente se inicia en el año 2001 tras considerarse,

por parte de la Federación de personas sordas de la Comunidad Valenciana (Fesord CV) y de la Fundación Fesord CV, que era necesario atender las nuevas demandas relacionadas con el colectivo al que representamos.

Este centro parte de la consolidación de una red de servicios de atención especializados coordinados desde el primer Centro de Formación y Estudios de la Comunidad Valenciana de la Fesord CV, que se inicia en 1996 gracias al proyecto europeo HORIZON y que supone diez años de trabajo y resultados en la Comunidad Valenciana que nos avalan y permiten la consecución de nuevos retos.

P: ¿Qué objetivos persigue?

R: Socialmente, el centro es una respuesta a las demandas que se nos venían formulando desde una doble vertiente. Por un lado, a nivel institucional, desde centros educativos, de servicios sociales, organizaciones de juventud, instituciones de la administración y otros organismos de cuyos servicios las personas sordas pueden ser usuarias y deben, por tanto, ser accesibles y

dar una respuesta integral y adecuada, lo que requiere un asesoramiento y trabajo de colaboración.

Por otro, las personas sordas, sus inquietudes e interrogantes, las familias, profesionales vinculados o sencillamente ciudadanos de nuestra autonomía especialmente sensibilizados con las barreras que afectan a estas personas, encuentran en el centro un recurso para canalizar sus demandas.

P: ¿Cuáles son las actividades y los servicios que ofrece el nuevo centro?

R: Las personas sordas, así como todos aquellos que lo requieran, pueden recibir a través del centro información sobre diferentes aspectos —recursos sociales, documentación, etc.— y orientación —acciones de intervención psicosocial y sociocomunitaria, animación sociocultural, intermediación laboral, voluntariado social, atención a familiares, profesionales, etc.—. El centro también ofrece formación —ocupacional, compensatoria, lengua de signos, etc.—, intérpretes y guías-ils en lenguaje de signos para personas



El centro está dotado con una serie de recursos que permiten a las personas sordas acercarse a las nuevas tecnologías.

sordas, sordo-ciegas, oyentes y/o entidades.

Con respecto al lenguaje de signos, y tras la creación de marcos legislativos como la reciente aprobación de la reforma del estatuto de Autonomía de la Comunidad Valenciana, donde en el artículo 13.4 especifica que: “la Generalitat Valenciana garantizará el uso de la lengua de signos propia de las personas sordas que deberá ser objeto de enseñanza, protección y respeto”, nuestro centro de atención es un referente en este sentido. Se convierte en punto de atención de todas las iniciativas referidas a la planificación, gestión y ejecución de acciones en materia de política lingüística de la lengua de signos y la normalización social y académica de la misma en el ámbito territorial de la Comunidad Valenciana.

Asimismo, el centro está dotado con una serie de recursos que permiten a las personas sordas acercarse a las nuevas tecnologías: productos audiovisuales,

adaptaciones técnicas, aula virtual, atención con el programa de servicios sociales mediante videoconferencias o prestación de emisoras de FM para alumnos/as con pérdidas auditivas.

En la actualidad estamos trabajando para que próximamente el centro cuente con un servicio de intervención a familias e infancia sorda en el que se ofrecerá atención logopédica, se intervendrá en aquellas familias con miembros sordos que requieran los servicios del centro y se facilitará formación.

P: El centro está diseñado de acuerdo a unos parámetros de accesibilidad para las personas sordas, ¿qué medidas se han adoptado para conseguir esta accesibilidad?

R: El proyecto para la creación de este centro está gestionado y supervisado directamente por personas sordas, lo que asegura ante el vacío normativo arquitectónico la accesibilidad a estas personas. Para ello se han utilizado todas las técnicas para establecer cualquier tipo de comunicación visual: comunicación visual de espacios, avisos visuales, información visual mediante pantallas informativas, señalización accesible, normas de seguridad visuales, etc.

Además de esta accesibilidad física, el centro cuenta con un equipo profesional especializado, conformado tanto por profesionales sordos como oyentes que pueden atender a las personas sordas eliminando cualquier tipo de barrera comunicativa que las personas sordas sufrimos en la actualidad a la hora de acceder a los servicios públicos.

P: ¿Es suficiente con un único centro para cubrir la demanda o se

prevé la inauguración de instalaciones similares en la comunidad?

R: La Fesord CV presta sus servicios en toda la Comunidad Valenciana, mediante las Agencias provinciales y la red de puntos de atención de nuestra Autonomía. El centro de Formación y Atención a personas sordas dispone de dos delegaciones provinciales que descentralizan los servicios a Castellón y Alicante.

Asimismo, existe la figura del Agente de Desarrollo de la Comunidad Sorda (ADECOSOR), un profesional sordo debidamente formado que acerca la atención integral a las personas sordas y con déficit auditivo en su contexto más cercano.

Igualmente, dentro de nuestra red asociativa existen diversos puntos de atención locales y comarcales con el fin de descentralizar los nuevos recursos que se crean y asegurar que llegan a todas las personas e instituciones interesadas.

Las acciones se coordinan y supervisan desde el Centro Referente y, aunque no contamos con las mismas infraestructuras en los doce puntos de atención que existen en la actualidad, esperamos que a lo largo de los años podamos ir perfeccionando nuestra red y abriendo centros de iguales peculiaridades que éste.

P: Los centros para personas sordas de otras comunidades ¿tienen características similares al de la Comunidad Valenciana?

R: Afortunadamente, las diferentes entidades autonómicas de personas sordas han ido gestionando y consiguiendo recursos para abrir centros propios en sus territorios. Todavía son pocas las autonomías que lo han conseguido, y cada cual adapta sus

centros a las necesidades territoriales y a los recursos de los que disponen. Fesord CV, como el resto de autonomías, pertenece a la Confederación Estatal de personas sordas que posibilita que las personas sordas de nuestro país nos embarquemos en un proyecto común, respetando siempre la diversidad territorial e independencia en la gestión autonómica.

P: Por último, ¿qué entidades públicas o privadas han colaborado en la iniciativa?

R: A la Federación de personas sordas de la Comunidad Valenciana y la Fundación Fesord CV como titulares del proyecto, se ha adherido, como principal entidad pública que avala y ha hecho posible la apertura del Centro Referente, la Consellería de Bienestar Social.

Desde el ámbito privado, cofinancian el proyecto de apertura, Bancaixa, Obra Social Caja Madrid, la Fundación la Caixa y la Fundación ONCE.

Las diferentes entidades autonómicas de personas sordas han ido gestionando y consiguiendo recursos para abrir centros propios en sus territorios.



Protocolo de redacción



Los trabajos que se envíen para ser publicados en NOSOCOMIO deberán ajustarse a unas mínimas normas de presentación. De esta forma se agilizará el proceso de selección de los mismos y, por tanto, la edición de la revista, convirtiéndola así en una publicación con el máximo rigor.

- » Los escritos deben ser inéditos y de tema libre.
- » Los originales deberán presentarse en formato DIN-A4, en una plana mecanografiada a doble espacio, en castellano y con margen lateral, superior e inferior. Las páginas deben ir numeradas. No podrán exceder los diez folios.
- » Irán precedidos de un resumen de no más de quince líneas, en el que se exponga el planteamiento general del trabajo.
- » La bibliografía debe incluir invariablemente el nombre del autor del libro, la editorial, la fecha y el lugar de publicación.
- » Se añadirá junto al trabajo todo el material gráfico y fotográfico (papel o diapositiva) que se considere oportuno como complemento al texto. Se evitará enviar fotocopia de los gráficos.
- » Los autores deben adjuntar los siguientes datos: nombre completo del autor o autores, titulación, empleo o cargo actual, dirección y teléfono de contacto.
- » Los trabajos no admitidos para su publicación se devolverán a los autores con la mayor brevedad.

Boletín de suscripción a NOSOCOMIO

DATOS PERSONALES

Apellidos Nombre
 Dirección Población
 Provincia C.P. Teléfono D.N.I.

DATOS BANCARIOS (Cumplimentar sólo no afiliados)

Muy Sres. míos:

Ruego a ustedes que en lo sucesivo, y hasta nueva orden, hagan efectivos los recibos que presente la Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería en concepto de suscripción a NOSOCOMIO.

Apellidos y nombre del suscriptor
 Titular de la cuenta
 Banco

CÓDIGO CUENTA CLIENTE (C.C.C.)	ENTIDAD	SUCURSAL	D.C.	N.º CUENTA
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DIRECCIÓN
 POBLACIÓN PROVINCIA C.P.
 A DE 200 FIRMA

Tarifa suscripción anual (incluidos gastos de envío). Los suscriptores en el extranjero deberán abonar los gastos de envío.

AFILIADOS 8,41 euros, NO AFILIADOS 13,22 euros. NO AFILIADOS

* Indicar si es afiliado a SAE y en su caso el nº de afiliación AFILIADOS

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

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

Talón bancario Domiciliación Cheque bancario (nominativo) adjunto nº Banco/Caja

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

Actitudes del TCAE ante el paciente con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida

Virus de la inmunodeficiencia humana y personal sanitario

ROSA PERIBÁÑEZ VALENCIA

Auxiliar de Enfermería del Hospital Virgen del Puerto de Plasencia, Cáceres

Primer Premio del XI Certamen Nacional de Investigación de FAE

INTRODUCCIÓN

El riesgo para un profesional de la sanidad de adquirir la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana a partir de un accidente laboral es muy bajo, pero no nulo. Por tanto, va a ser imprescindible para todo trabajador de la sanidad conocer cómo se transmite y cómo no se transmite el VIH, con el fin de adoptar una serie de medidas profilácticas que minimicen el riesgo. Estas medidas, en principio, deben ser "universales", es decir, se aplicarán en cualquier situación en que una persona pueda contactar con fluidos potencialmente contaminados y de forma rutinaria para cualquier paciente, conozcamos o no si está infectado por el VIH. Ante un posible accidente es aconsejable

dirigirse a un profesional especialista en el tema para valorar conjuntamente la conducta a seguir. La correcta información y educación del personal sanitario es la base para obtener conductas responsables y evitar conductas improcedentes y discriminatorias en el tema. No obstante, la total desaparición del temor por parte del profesional de la sanidad a la infección por el VIH es un objetivo no realista y ni tan siquiera deseable.

RIESGO DE INFECCIÓN

La sangre contaminada es la fuente principal de virus de la inmunodeficiencia humana a partir de la cual puede infectarse un trabajador sanitario.

Las formas potenciales de transmisión del VIH son similares a las de otro virus mucho más conocido, como es el de la hepatitis B (VHB). No obstante, la posibilidad de infección entre el personal sanitario es muy superior en el caso del VHB que en el del VIH.

Tan sólo se ha comprobado transmisión del VIH en personal sanitario a partir de sangre, fluidos corporales contaminados con sangre o concentrados de virus que fueron inoculados o estuvieron en contacto con mucosas o piel no intacta. El riesgo de infección por el VIH a partir de una punción con una aguja contaminada con sangre de una persona infectada por el VIH es de aproximadamente el 0,3-0,5%.

Hasta septiembre de 1988, el 5,1% de los casos de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

(SIDA) notificados a los Centers for Disease Control (CDC) se trataba de personal sanitario, si bien tan sólo el 5% de ellos (169 casos) no admitía conductas de riesgo para esta infección. En 28 casos (17%), la información era incompleta; en 97 (57%), todavía estaban siendo investigados; y de los 44 restantes (26%), nueve son auxiliares de clínica, ocho médicos (cuatro cirujanos), seis enfermeras, cuatro técnicos de laboratorio, dos fisioterapeutas, un dentista, un embalsamador, un camillero, y cuatro negaron tener contacto con pacientes. Si bien el conjunto de medidas profilácticas va encaminado a minimizar el riesgo de exposición a líquidos biológicos infectados por el VIH procedentes de pacientes, no debemos olvidar que un trabajador sanitario puede estar infectado por el VIH y debe adoptar las medidas oportunas para evitar la posibilidad de contaminar a algún paciente. En este sentido, se ha publicado el caso de un dentista infectado por el VIH que infectó a varios de sus pacientes a partir de técnicas odontológicas invasivas, y se calcula que el riesgo de transmisión del VIH de un cirujano infectado a un paciente es del 0,002%-0,0002%. Existen otros cuatro análisis retrospectivos sobre el estado serológico de pacientes atendidos con técnicas invasivas por personal sanitario infectado por el VIH (tres cirujanos y un dentista). Tan sólo el paciente de un cirujano fue seropositivo para el VIH, si bien se trataba de un consumidor de drogas por vía parenteral, por lo que muy probablemente la infección fuera adquirida por dicho motivo. Todo ello ha conducido a la publicación de una

serie de recomendaciones por parte de los CDC para evitar la transmisión del VIH a pacientes a partir de personal sanitario infectado que efectúe técnicas invasivas. Se define como tal todo acto que implique abordar tejidos, cavidades u órganos, y en el que pueda suceder un sangrado sin tener en cuenta el espacio físico en el que se lleva a cabo (consulta externa, servicio de urgencias, quirófano...). Las recomendaciones que los CDC efectúan para los trabajadores sanitarios involucrados en técnicas invasivas son:

- a) Respetar cuidadosamente todas las precauciones universales.
- b) Las personas que se sepan infectadas por el VIH no deberían efectuar estas técnicas, a no ser que obtengan consentimiento de un comité de expertos, nombrados por el propio centro de trabajo, el cual valorará de forma individualizada cada caso.
- c) No se recomienda obligar a efectuar el análisis para detección de anticuerpos frente al VIH.

No obstante, es importante señalar que una gran parte de la comunidad médica internacional ha expresado su rechazo a estas recomendaciones.

En un seguimiento de 860 trabajadores de la sanidad que sufrieron algún pinchazo con material contaminado por sangre de personas VIH seropositivas, cuatro (0,47%) sufrieron una seroconversión. En otro estudio de 212 trabajadores que sufrieron algún accidente similar, se produjo una seroconversión. Y en otro estudio prospectivo, con 137 accidentes documentados, no se

comprobó ninguna seroconversión. En un trabajo que agrupa un conjunto de estudios prospectivos al respecto, se recopilaron 1.948 exposiciones percutáneas accidentales y en seis (0,29%) se produjo una seroconversión, y de ellas, en ninguna de las 668 ocasiones en que solamente hubo una exposición a mucosa se produjo la seroconversión. Estos datos confirman la relación directa que existe entre la magnitud del accidente (es decir, la carga vírica que puede recibirse) y la posibilidad de seroconversión; cuanto más grave es el accidente más fácilmente se produce la infección.

Hasta noviembre de 1992 se habían publicado 146 casos de trabajadores de la sanidad, sin conductas de riesgo para el VIH, que adquirieron el VIH presumiblemente de forma nosocomial.

ORGANIZACIÓN DE LAS ACTITUDES RELACIONADAS CON EL VIH/SIDA Y FACTORES PREDICTIVOS DE ACTITUDES

Actitud de la población

Es un hecho, repetido mil veces, que la información constituye una condición necesaria pero no suficiente para conseguir cambios de conducta. Las actitudes forman parte de casi todos los modelos que tratan de explicarnos el comportamiento humano en los problemas de salud. Posiblemente por ello, los autores del trabajo que comentamos

han dirigido su atención hacia otro de los múltiples elementos susceptibles de incidir en dicho comportamiento o predecirlo: las actitudes.

En el caso del SIDA, parecen darse en la población dos tipos de actitud: una de ellas se distingue por proporcionar soporte o ayuda a las personas infectadas o con riesgo de infectarse; la otra, tiende a aislar a estas personas del resto con el fin de que no puedan transmitir el VIH a las demás. ¿De qué dependen? ¿cómo están organizadas?

A través de su investigación empírica, los autores consiguen confirmar su hipótesis de que las creencias sobre transmisión del VIH a través de un riesgo incontrolable favorecen las actitudes restrictivas y punitivas, mientras que las creencias sobre la posibilidad de controlar el riesgo no lo hacen.

Al parecer, lo que ocurre es que las personas que consideran que el VIH puede ser transmitido por contactos casuales de origen incontrolable se sienten más amenazados por la pandemia y desean restaurar su percepción de control sobre la situación y proteger su integridad mediante medidas restrictivas de aislamiento y barrera. En la medida en que la amenaza se percibe como personalmente controlable, ésta no suscita el mismo temor, ya que puede evitarse fácilmente no practicando los comportamientos de riesgo y, por ello, no se juzga necesario actuar sobre la víctima.

Personalmente, consideramos que el trabajo de Rise y Jakobsen reviste interés en la medida en que nos señala la importancia de detectar qué estímulo o situaciones en la pandemia del VIH aparecen ante la población como

amenazas incontrolables, con el fin de destruir o atenuar, de forma inmediata, su posible aparición de incontrolabilidad. Una vez más se nos aparece el sufrimiento humano como un balance entre la percepción de amenaza contra la propia integridad y la propia capacidad o impotencia para hacer frente a la misma. Las personas evitan el sufrimiento disminuyendo la amenaza o incrementando el control. Es, por ello, sumamente importante que desenmascaremos las falsas amenazas antes de que las personas que se sienten afectadas reaccionen con medidas punitivas de segregación y control.

Comportamiento asistencial del VIH de las enfermeras de la sanidad comunitaria

El motivo de este estudio es examinar las actitudes, las normas subjetivas y las intenciones —a la hora de cuidar a los pacientes que son VIH positivos— de las enfermeras de sanidad comunitaria, utilizando la teoría de la acción razonada. 145 participantes completaron un cuestionario desarrollado según las directrices descritas por Ajzen y Fishbein (1980). En concordancia con esta teoría, se encontró que las actitudes y las normas subjetivas de las enfermeras eran factores predictivos significativos de las intenciones al cuidar a personas que eran VIH positivas ($R = 0,15$). Se vio que las creencias personales discriminaban entre los que tenían intención y los que no la tenían, en todo lo relacionado con las posibles consecuencias para ellos mismos, para su familia y sus amigos, pero no hacia las consecuencias relacionadas con el

trabajo. Además, los datos cualitativos mostraron una preocupación persistente por el riesgo de contagio. Basándose en los resultados de la investigación, se recomienda que los profesores de Enfermería, tanto en el ámbito clínico como en el docente, dirijan sus intervenciones educativas específicas y las prácticas para que incluyan la transmisión, la prevención y la exploración de sentimientos, actitudes, creencias e intenciones de comportamiento sobre los temas relacionados con el VIH. Se aboga por futuras investigaciones basadas en esta teoría y por que se examinen las intervenciones tendentes a cambiar las actitudes y las creencias sobre la enfermedad por el VIH de las enfermeras de sanidad comunitaria.

Se han realizado muchos estudios dirigidos a medir las actitudes de los profesionales sanitarios en relación con el VIH/SIDA. Sin embargo, pocos han intentado explicar el vínculo entre las actitudes y la intención del comportamiento a la hora de cuidar personas con VIH/SIDA. El presente artículo muestra que la Teoría de la Acción Razonada de Ajzen y Fishbein ofrece la base para validar este vínculo y se ha realizado mediante un diseño descriptivo correlacional, llevado a cabo en una provincia central de Canadá de habla inglesa. El instrumento utilizado fue un cuestionario que incluía subescalas para medir los constructos de la Teoría de la Acción Razonada, ítems para determinar las fuentes comunes de información acerca del SIDA, demografía y preguntas abiertas y cerradas para conocer las preocupaciones de los que cuidan a personas con VIH/SIDA.

Se obtuvo una respuesta media-baja, del 43% (145/337), al cuestionario. El 99% era mujer. El 50% se situaba por debajo de los 40 años de edad. El 28% era diplomado en Enfermería y el 44,7% había obtenido la licenciatura. El 24% contaba entre 1 y 9 años de experiencia; el 17%, entre 10 y 14; el 25% entre 15 y 19; y el 13%, 20 o más años. El 82% había trabajado durante 10 años en la Asociación de Enfermeras Visitadoras.

Las puntuaciones sobre ambas medidas de intención sugirieron que las enfermeras tenían de alguna forma actitudes positivas y estaban predispuestas a cuidar a personas con VIH/SIDA.

Inicialmente, las dos medidas de intención de comportamiento se pusieron en relación para determinar hasta qué punto estaban midiendo la misma noción.

Las medidas directas e indirectas de las actitudes y normas subjetivas se correlacionaban. La significación era mayor para las medidas de actitudes (0,61; $p < 0,001$) que para las normas subjetivas en que la correlación era débil ($r = 0,17$; $p < 0,05$).

Se aplicaron dos análisis separados de regresión múltiple utilizando las dos medidas de intención (actitudes e intención de cuidar). Las actitudes indirectas y normas de puntuación contabilizaban simultáneamente el 19% de la varianza de intención, $R = 0,39$; $F(2,136) = 12,35$; $p < 0,001$. El análisis de regresión sugería que las actitudes eran el factor determinante de la intención al cuidar a las personas con VIH/SIDA.

Según los resultados del análisis de regresión, los participantes fueron divididos en dos grupos según tuvieran intención

($n = 127$) o no ($n = 18$) de cuidar a las personas con VIH/SIDA. Los dos grupos diferían de forma clara en sus creencias acerca de la cantidad de riesgo para ellos, sus familias y para otros pacientes, así como en el efecto percibido de cuidar a las personas con VIH/SIDA o las relaciones con familias o amigos. Sin embargo, las diferencias eran menos marcadas que las relacionadas con el miedo al contagio. Ambos grupos percibían que sus estudiantes y directores tenían grandes expectativas en ellos con respecto a cuidar a personas con VIH/SIDA.

La fuente de información más utilizada acerca del VIH/SIDA fueron los periódicos y revistas, seguido de discusiones de trabajo entre compañeros, radio y televisión y, en último lugar, cursos o conferencias. No existía una fuerte asociación de las actitudes, normas subjetivas e intenciones de cuidar a personas con VIH/SIDA con el uso de las fuentes de información acerca del VIH, excepto con aquellas nacidas de la práctica diaria.

No se encontró correlación con las variables demográficas. El nivel educacional se relacionaba significativamente con la actitud a través del cuidado de VIH, lo cual indicaba que las enfermeras con un mayor nivel educacional tenían mejores actitudes: $t(120) = 2,53$; $p = 0,013$. Se identificó una relación significativa entre la intención de cuidar a pacientes con VIH/SIDA y haberlos cuidado durante el mes anterior, lo cual sugiere que los profesionales con experiencia pueden ser menos reticentes a cuidar a estas personas. Este tipo de trabajos son importantes para poder diseñar acciones con respecto a las necesidades de

formación e información, ya que discriminan no sólo los conocimientos, sino también las creencias y actitudes normativas subjetivas que el colectivo profesional pueda tener.

ASPECTOS SOCIALES Y ÉTICOS

Percepción de la capacidad para controlar las circunstancias de adquisición del SIDA y juicios conducentes a la ayuda al enfermo: análisis 'atribucional'

Se utiliza el modelo "atribucional" de conducta de ayuda de Weiner para examinar la relación existente entre la supuesta capacidad para controlar las circunstancias que hacen que una persona contraiga el SIDA, las reacciones afectivas de pena y enfado, y los juicios personales que conducen a otras personas a prestar ayuda a los afectados. Según este modelo, la sensación que una persona reciba sobre la capacidad del enfermo a la hora de controlar las circunstancias que rodearon la adquisición de la enfermedad tiene gran incidencia en su disposición a prestar ayuda al infectado, quedando su actitud condicionada por la pena y el enfado. Para este estudio se presentó a los encuestados uno de cinco escenarios posibles describiendo a un amigo que acaba de ser diagnosticado de SIDA. Se manipuló la forma de adquisición de la enfermedad en dichos escenarios. Se añadieron el conocimiento sobre las formas de transmisión del VIH y el sexo del encuestado como variables de control al modelo

original, el cual se ensayó usando el análisis de seguimiento. Las conclusiones convalidaron sólo parcialmente el modelo de Weiner. El efecto de la supuesta capacidad de control de las circunstancias que rodean a la adquisición de la enfermedad sobre la decisión o no de prestar ayuda al infectado resultó condicionado por la pena. Pero no por el enfado. El enojo de los encuestados hacia un amigo que hubiese contraído el SIDA no les hizo dejar de prestarle ayuda.

Las encuestas de población muestran que las actitudes hacia los afectados de SIDA van mejorando con el transcurso de los años como constatan, por ejemplo, los sondeos Gallup realizados en 1987 (el 51% de las personas pensaba que los individuos eran responsables de su enfermedad) y en 1991 (donde sólo el 31% lo pensaba y era mayor el porcentaje de gente que creía que debían ser tratados con compasión). Esta mejora de actitud expresada hacia los enfermos de SIDA se debería traducir en una mayor disposición a ayudarles. Explorar si esto ocurre cuando, hipotéticamente, las personas afectadas son amigos es el objetivo de este trabajo.

La conducta de ayuda está condicionada por la explicación que se haga de la conducta del otro. Si se le hace responsable de la situación de necesidad en que se encuentra, la ayuda ofrecida será menor tal como proponen tanto Lerner (1969) en su formulación sobre las creencias en un mundo justo como el modelo atribucional de ayuda de Weiner (1980), que es el marco teórico de referencia en este trabajo. Los escenarios utilizados como estímulo describían a un hipotético amigo que recientemente había

tenido problemas médicos y finalmente había descubierto que tenía SIDA. De acuerdo a la manipulación experimental, se había contagiado a través de una pareja homosexual, de una pareja heterosexual, de una transfusión de sangre o por compartir agujas infectadas. Para medir la intención de ayuda se emplearon un conjunto de ítems que variaban en la intimidación, física o social, que requería la ayuda (desde ir a la farmacia hasta buscar sus medicinas o ayudarlo a bañarse).

En cuanto al objetivo principal del trabajo, los resultados mostraron que el escenario donde los individuos contraen el SIDA por medio de una transfusión de sangre genera menos atribuciones de responsabilidad en el contagio de la enfermedad y provoca menos ira y más pena (a causa más controlable, más ira y menos pena). La atribución sobre el control de las causas no influye directamente sobre la conducta de ayuda, y la relación se ve mediatizada por las emociones que se experimentan. Sentir pena influye sobre la intención de ayudar positivamente (cuanta más pena, más deseo de ayudar). Sin embargo, en contra de las formulaciones del modelo, la ira no inhibe la respuesta de ayuda, como había ocurrido en estudios previos cuando las personas que se contagiaban de SIDA eran desconocidas. En este caso, parece ser más importante la relación de amistad que una hipotéticamente a la persona que puede ayudar y a la persona que necesita ser ayudada. En cuanto al resto de las variables controladas, los resultados apuntan que el conocimiento sobre la transmisión del VIH y el género de los observadores contribuyó a la comprensión de la

necesidad de ayuda. Los que más sabían sobre los mecanismos de transmisión del SIDA expresaron mayor pena, menos ira y más intención de ayuda, resultado que coincide con los obtenidos en estudios previos, entre ellos los nuestros (Lanco *et al.*, 1993).

Las personas que creían que el SIDA no podía ser transmitido casualmente se mostraban dispuestas a prestar formas de ayuda más íntimas. Las mujeres sintieron más pena hacia las personas con SIDA y creían que las causas eran menos controlables de lo que creían los hombres. Los hombres informan de menos ayuda que las mujeres y esta ayuda era, además, menos íntima, pues se sentían más incómodos que las mujeres prestando ayuda que requiere intimidad física.

Estos resultados apuntarían que la mejora de las actividades hacia el SIDA, en general, se traduciría en conducta de ayuda sólo si los afectados son amigos, caso donde la necesidad de ayuda es más valiente y el rol de amigos obliga por sí mismo a prestarla. La conclusión más clara que podríamos extraer del trabajo con el fin de prevenir el rechazo social hacia los afectados por el SIDA es que se debería intentar que las personas afectadas de SIDA sean vistas, si no como amigas, sí como personas próximas, pues como apuntan los teóricos de la conducta prosocial, el acercamiento afectivo a la víctima permite una mejor comprensión de su situación y despierta en quienes pueden ayudarles sentimientos de empatía, condición necesaria, aunque no suficiente, para que aparezca la conducta de ayuda.

CUESTIONARIO

Actitudes e información del Auxiliar de Enfermería ante el enfermo de SIDA y drogodependencia

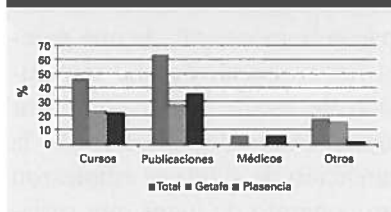
El siguiente cuestionario ha sido adaptado del cuestionario de la Universidad de Lethbridge. (Armstrong-Esther, C., Hewit, W. E).

Metodología

- **Población investigada:** colectivo de profesionales Auxiliar Técnico de Enfermería que ejercen su actividad en Hospitales Sanitarios Públicos.
- **Ámbito de la encuesta:** Hospital Universitario de Getafe (600 camas) y Hospital Virgen del Puerto de Plasencia (250 camas).
- **Nº de la muestra:** 50 muestras para el HUG y 50 para el HVP.
- **Selección de las unidades muestrales:** se realizó mediante muestreo aleatorio simple en cada hospital. Han sido elegidos estos centros porque he trabajado en ambos y creo poder aportar mi experiencia. Tengo que decir que en el primero los enfermos se encuentran repartidos por todo el edificio, aunque en mayor proporción en las unidades de Medicina Interna, donde entre 1991-1992 teníamos una media de 18-20 enfermos en una unidad de 66 camas. Los enfermos se repartían entre el turno de mañana, con 3 o 4 auxiliares; el turno de tarde, con 2 o 3; y el de noche, con 2 auxiliares. En el segundo hospital es difícil ver a alguno de estos enfermos, puesto que todos son desplazados a Cáceres. ¿Cuál es el motivo? Lo desconozco. Los que formamos el Comité Anti-SIDA estamos tratando de averiguarlo.

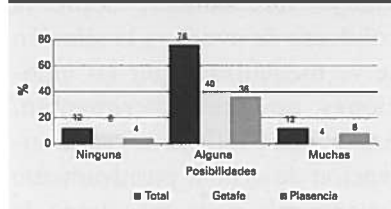
Respuestas gráficas

Gráfico 1. ¿En qué han contribuido estas fuentes a su conocimiento?



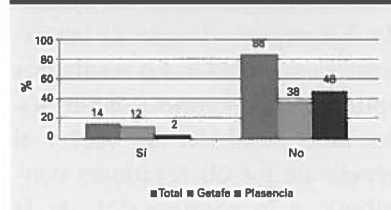
Son las respuestas de los Auxiliares Técnicos de Enfermería. Un 64% se ha formado a través de periódicos, revistas y publicaciones, y un 46% a través de cursos. Las diferencias son muy pequeñas entre ambos hospitales. Por tanto, habrá que tener en cuenta estas vías a la hora de formar a estos profesionales.

Gráfico 2. ¿Qué posibilidad cree tener de contraer el SIDA en su centro de trabajo?



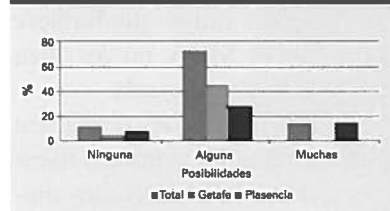
El 76% opina que alguna. Es decir, los Auxiliares Técnicos de Enfermería opinan que el riesgo existe, con diferencias pequeñas, en ambos hospitales 40%-36% respectivamente.

Gráfico 3. ¿Conoce a alguien que haya contraído el SIDA en su centro de trabajo?



El 86% dice que no, mientras que un 14% dice que sí (12% en el Hospital de Getafe). Pueden referirse al mismo caso, ya que se comentaba que una enfermera se contagió por varios pinchazos en los años 1989-1990.

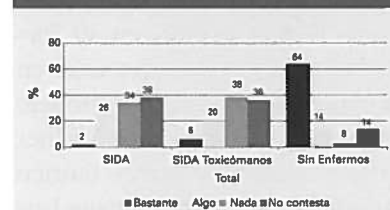
Gráfico 4. ¿Repercute en su trabajo cuando hay enfermos de SIDA ingresados?



El 74% dice que repercute en el trabajo, y estoy de acuerdo. Más tarde daré mis razones, pero una cosa es clara: si repercute deberá solucionarlo quien corresponda y no taparse los ojos, que es lo que se viene haciendo, y permitir que degenera la calidad asistencial.

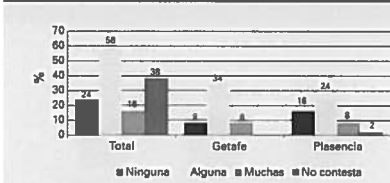
En esta respuesta se distancian las opiniones de los dos hospitales: un 46% en Getafe y un 28% en Plasencia dicen "algunas". Está claro que en Plasencia no tienen a estos enfermos. De todas formas, y por ese motivo, es un porcentaje elevado según mi criterio.

Gráfico 5. ¿Cuándo se encuentra más cómodo en su trabajo?



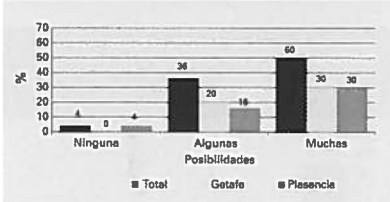
El 64% dice que cuando no tiene estos enfermos.

Gráfico 6. ¿Repercute un aumento de enfermos en la calidad asistencial?



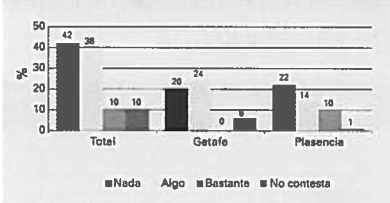
El 58% dice “sí”; en Getafe, un 34%; en Plasencia, un 24%.

Gráfico 7. ¿Aumenta el trabajo de las Auxiliares si los enfermos son de SIDA y toxicómanos?



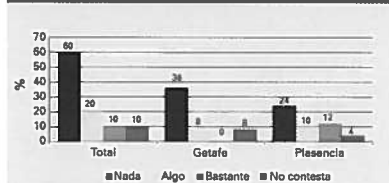
Un 60% responde “muchas”, un 36% “algunas”, con opiniones casi idénticas para los dos hospitales.

Gráfico 8. ¿Le gusta su trabajo?



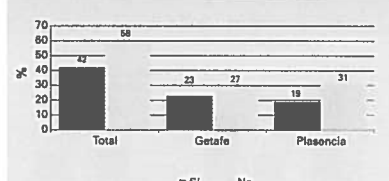
En Getafe dice “nada” un 20%, “algo” un 24%, y no contesta el 65%. En Plasencia dice “nada” el 22%, “algo” el 14%, “bastante” el 10%, no contesta 4%. Sólo un 10% del total se encuentra en un momento favorable para trabajar con estos enfermos, por tanto, habría que estimular al 38% como mínimo para conseguir un 50% de profesionales que se encontrara satisfecho y contento de trabajar con estos pacientes, por ejemplo, aumentando el personal auxiliar, dándoles facilidades para formarse, u otras.

Gráfico 9. ¿Le gustaría trabajar con estos pacientes?



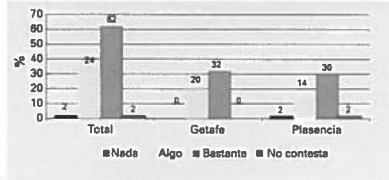
Los resultados son poco alentadores. Aunque se insista en que los responsables sanitarios tendrán que poner medidas, no se pueden obtener resultados óptimos si se trabaja con estos ánimos. ¿Dónde está el fallo?

Gráfico 10. ¿Y si se premiara, lo haría?



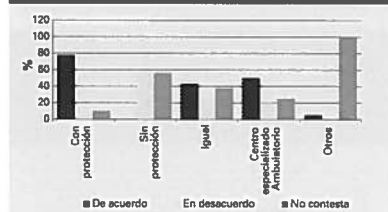
Quiero pensar que los que dicen que sí son ese 42% que se ha formado; luego de nuevo son decisivas la formación, motivación...

Gráfico 11. ¿Aumenta el trabajo si aumenta el número de enfermos de SIDA o drogodependencia?



La mayoría está de acuerdo en que hay un exceso de trabajo. La solución parece clara.

Gráfico 12. ¿Cómo deben cuidarse los enfermos con SIDA?



Es significativo que no conteste el 96%. ¿Tienen dudas?

Gráfico 13a1. ¿Deben recibir tratamiento los pacientes con SIDA aislados?

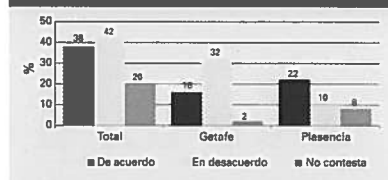


Gráfico 13a2. ¿Deben recibir tratamiento los pacientes con SIDA completamente aislados?



Gráfico 13a3. ¿Deben recibir tratamiento los pacientes con SIDA igual que otros enfermos?

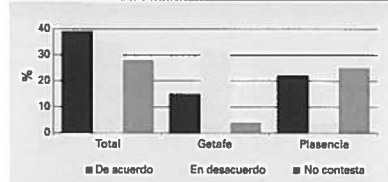


Gráfico 13a4. ¿Deben recibir tratamiento los pacientes con SIDA mediante apoyo (asociaciones, etc.)?



Es gratificante ver que la mayoría opina que los infectados de VIH deben ser tratados igual que

otros enfermos; asimismo, también la mayoría opina que deben recibir apoyo y solidaridad.

Gráfico 13b1. ¿Escuelas separadas para niños con SIDA?

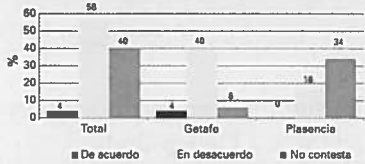


Gráfico 13b2. ¿Prohibición para ejercer ciertas profesiones?

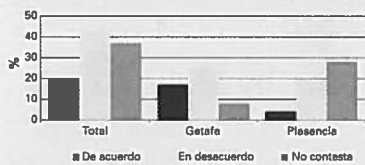


Gráfico 13b3. ¿Deben llevar documentos que los identifiquen?

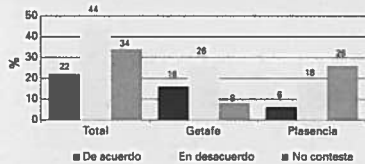


Gráfico 13b4. Otros...



No a las escuelas separadas para niños con SIDA, sí a la libertad para ejercer cualquier profesión y no a la obligación de llevar documentos que los identifiquen como enfermos de SIDA.

Gráfico 14.1. ¿Pruebas de SIDA a todos los enfermos?



Gráfico 14.2. ¿Deben informarse del paciente portador?



Gráfico 14.3. ¿Usar guantes siempre que maneje sangre?

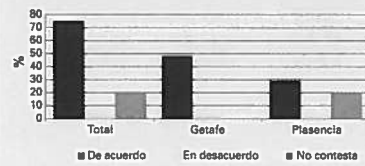
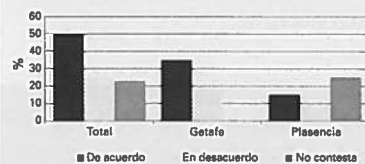
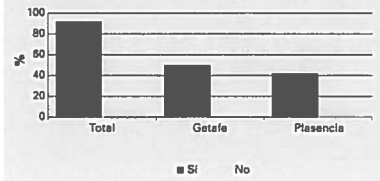


Gráfico 14.4. ¿Usar guantes y mascarillas para manejar sangre?



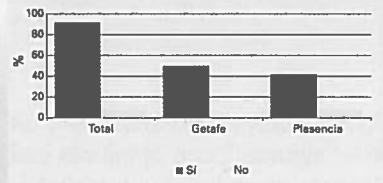
El último gráfico demuestra que no tienen todos los conocimientos que deberían.

Gráfico 15. ¿Las ATE deberían recibir información para tratar enfermos de SIDA?



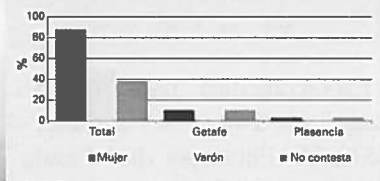
El 94% del personal sanitario considera que debería recibir mayor información. Por tanto, estamos en condiciones de decir que reconoce ignorar ciertos conocimientos necesarios.

Gráfico 16. ¿Desearía información sobre el SIDA?

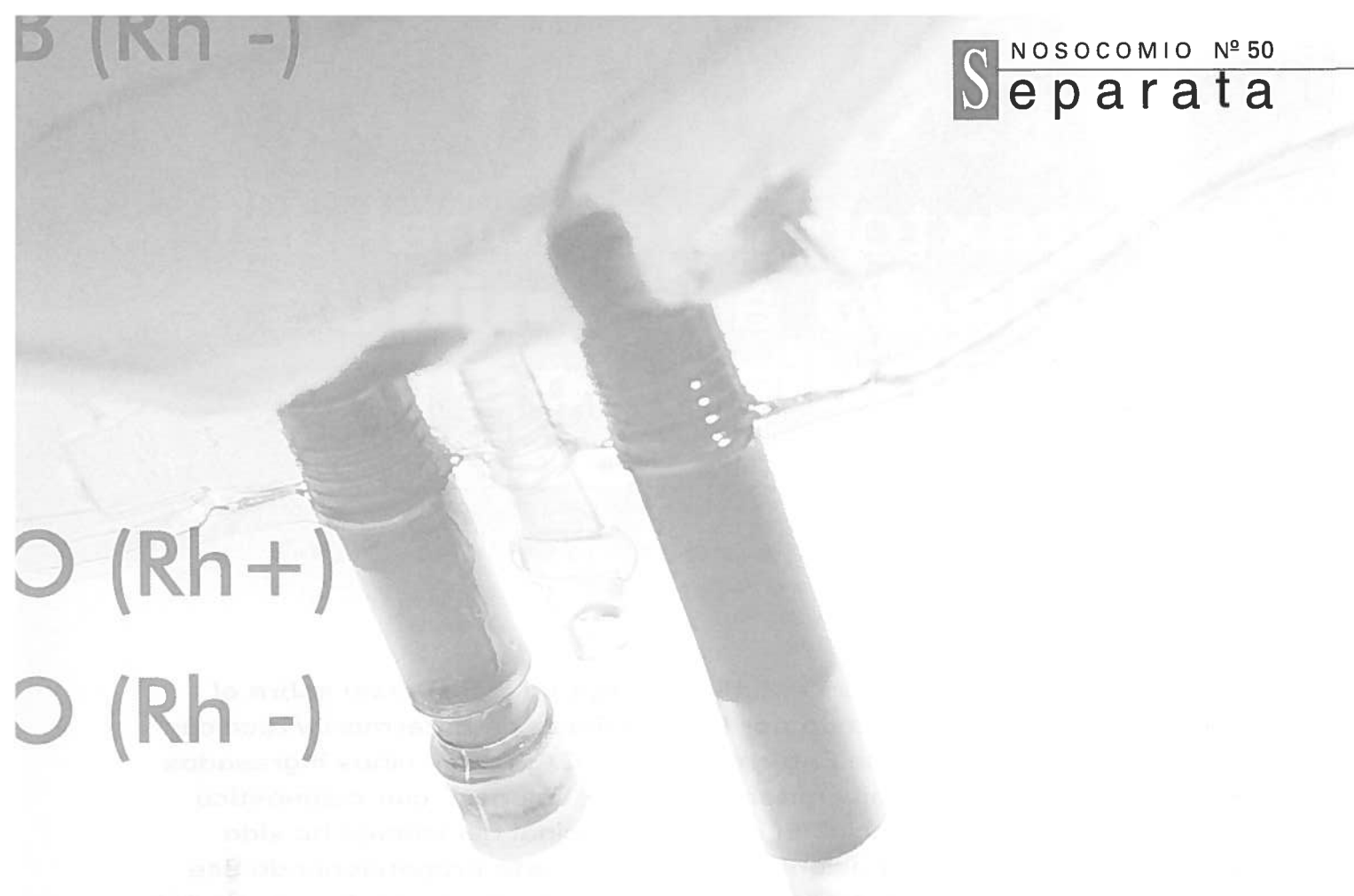


Reincide en lo anterior, pero además está dispuesto a recibir esa información.

Gráfico 17. ¿Cuál es su sexo?



El 86% son mujeres y el 12% hombres.



CONCLUSIÓN


El virus de la inmunodeficiencia humana ha convertido nuestro mundo en un lugar distinto. Y en un nivel más profundo, nuestra respuesta ante la epidemia configurará nuestra sociedad. ¿Contribuirá el SIDA a fomentar la comprensión y la tolerancia ante orientaciones sexuales diferentes, o endurecerá las normas

tradicionales de conductas sexuales aceptables y desviadas? ¿Se verá en el SIDA una amenaza universal para toda la humanidad, o se considerará un problema del subproletariado, de los pobres y no instruidos y de las minorías? ¿Acentuará el síndrome de la inmunodeficiencia la tensión entre las concepciones moralistas y pragmáticas en materia de conducta y de salud, o

se encontrarán soluciones eficaces y moralmente aceptables a la vez? ¿Suscitará el SIDA una entrega altruista entre los médicos, enfermeras, auxiliares y otros profesionales de la salud, o rehuirán los agentes de salud a las personas con el VIH buscando otros ámbitos donde ejercer su arte? En nuestras manos está dar respuesta a esas cuestiones y configurar la sociedad en consecuencia.

BIBLIOGRAFÍA

- J. HALLÓLAS, A. GUELA Y E. BUIRA. Virus de la inmunodeficiencia humana y personal sanitario. *Rev. Medicina Integral*. Organización de las Actitudes Relacionadas con el VIH/SIDA y factores predictivos de actitudes.
- RISE, J. Y JAKOBSEN, R. Organization of HIV/AIDS. Related Actitudes and Predictors of Actitudes, *Scaud, J. Soc. Med.* 1995; 3: 202-208.
- Comportamiento Asistencial del VIH de las Enfermeras de la Sanidad Comunitaria.
- LASCHINGER, HKS, GOLDENBERG, D. Y BELLO, DD. *Community Health Nurssing* 1995; 12(3): 147-149.
- Percepción de la capacidad para controlar las circunstancias de la adquisición del SIDA y juicios conducentes a la ayuda al enfermo.
- DOOLEY, P. *Perceptions of the Onset Controllability of AIDS and Helping Judgments; An Attibutional Analysis, Journal of Applied Social Psychology* 1995; 25: 858-869.
- ARMSTRONG-ESTHER, C.; HEWIT, W. E. Cuestionario adaptado del cuestionario de la Universidad de Lethbridge.



Contexto profesional del cuidado a los niños hospitalizados por problema social

BEATRIZ SÁNCHEZ PASTOR, MERCEDES FERNÁNDEZ GONZÁLEZ, PILAR JUSTO GUTIÉRREZ, JOSEFA HERRERA ROMERO

Auxiliares de Enfermería del Hospital Universitario La Fe, Valencia

Accésit del XI Certamen Nacional de Investigación de FAE

Nuestra investigación es un estudio descriptivo transversal sobre el cuidado profesional realizado por las Auxiliares de Enfermería/Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (AE/TCAE) a los niños ingresados en el Hospital Infantil Universitario La Fe de Valencia, con diagnóstico principal de problema social. El objetivo principal del trabajo ha sido conocer el contexto profesional en el que se está proporcionando ese cuidado. Los datos se han obtenido a través de una serie de entrevistas en profundidad a profesionales expertos y se ha completado mediante un grupo de discusión. Nuestro trabajo nos ha dado a conocer el relevante papel que desempeña el AE/TCAE en esta área de cuidados y algunas de las dificultades con las que cuenta para su desarrollo.

INTRODUCCIÓN

En nuestra práctica de trabajo diaria en un hospital infantil advertimos que el ingreso en las unidades de hospitalización de algún niño con motivo principal de ingreso un problema social (PS) —concepto en el que se incluyen circunstancias muy diversas y de muy diferente calado—, y si no existe causa física grave, supone directamente una carga asistencial añadida para las AE/TCAE.

Siguió una reflexión acerca de si el cuidado de estos niños, además de un aumento de la tarea, debía implicar también el desarrollo de alguna actividad específica.

Entendimos que estos niños no deben ser únicamente objeto de unos cuidados estandarizados

y, a su vez, nos preguntamos cómo y cuáles deben ser nuestras intervenciones, salvo los casos de actuaciones judiciales expresas: retirada de la tutela de los padres por parte de las autoridades, orden de alejamiento de alguno de los progenitores, etc.

Nuestro interés en proporcionar un cuidado integral profesional y de calidad a estos niños nos llevó a preguntarnos cuál es la situación actual de este cuidado, y cuáles serían nuestros puntos de mejora.

Para comenzar el trabajo, en primer lugar debimos aclarar el concepto de problema social, definir la situación concreta que nos interesaba estudiar, y justificar por qué decimos que la AE/TCAE en el cuidado al niño ingresado por PS adquiere el rango de cuidador principal.

Como hemos comentado con anterioridad, el diagnóstico de PS comprende situaciones de diferente entidad: puede tratarse de atención a minorías étnicas: inmigración y sus repercusiones en la falta de medios, desconocimiento del idioma... Se trata también con el mismo diagnóstico la atención al maltrato, que incluye abuso sexual, abandono, etc., y a los niños con riesgo social: marginación, toxicomanía de los padres, etc.

Se aglutina gran parte de la patología social que la Sociedad de Pediatría Social nombra como una de sus tres áreas de actividad: la que incluye problemas de salud del niño por causas sociales.

Así pues, se da la circunstancia de que cuando se sospecha

que los padres no pueden garantizar los cuidados al niño enfermo aunque no haya enfermedad grave asociada, se ingresa al niño en el hospital para garantizar su atención.

Si asumimos que cuando el motivo principal de ingreso de un niño es un PS asociado o no a enfermedad banal, y la AE/TCAE realiza el mayor número de intervenciones significativas sobre el paciente y su familia, se transforma por ello en el cuidador principal, haciéndose cargo incluso de tareas de acompañamiento, entretenimiento y juegos, muy frecuentemente en ausencia permanente de los padres.

Y ésta es la situación concreta que quisimos analizar, que es, por otro lado, una situación bastante frecuente, ya que cada año ingresa en los hospitales un número de niños en esta situación que sospechamos que resulta bastante elevado.

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivos

El objetivo principal de esta investigación ha sido conocer el contexto profesional en el que los niños ingresados por PS en nuestro hospital recibe los cuidados oportunos.

Ese contexto se define, en gran medida, por las competencias de los cuidadores, por eso quisimos también, como objetivos secundarios, conocer si las AE/TCAE han recibido o existe una carencia de algún tipo de formación específica para el cuidado de niños con algún tipo de PS, y cuáles son sus opiniones sobre ese cuidado específico.

Metodología

Entendimos que este tipo de objetivos requería de técnicas cualitativas. Aunque había una serie de datos numéricos con los que también, en principio, nos interesaba contar: el número de niños que ingresa en nuestro hospital cada año diagnosticados de PS, cuáles son los problemas más frecuentes y qué tipo de soluciones técnicas han requerido. Para ello nos dirigimos a la Unidad de Trabajo Social de nuestro hospital. Desafortunadamente, esa información no se pudo proporcionar al no existir una aplicación informática de registro, y tuvimos que prescindir de esos datos. Uno de los motivos por lo que solicitamos esta información estaba también relacionado con la distribución de la muestra, que quisimos estratificar según la proporción de niños ingresados con diagnóstico de PS en las diferentes unidades de hospitalización, pero como esto no fue posible, realizamos entrevistas en cada unidad hasta que observamos que la nueva información que aportaban ya no era significativa.

Para el tipo de información que queríamos recoger, entendimos que la técnica idónea sería una entrevista en profundidad semi dirigida. Pedimos la colaboración de una socióloga, que nos instruyó en cómo debíamos hacer las entrevistas —que fueron grabadas—, y elaboramos un guión por el que debía transcurrir la entrevista, los temas que debíamos tratar. Ella se encargó también de explicar a las supervisoras el objeto del estudio, para obtener confidencialmente de cada unidad el nombre de dos AE/TCAE con experiencia en el

puesto y demostrada calidad en su trabajo que pudiera colaborar con nosotras.

De esta manera localizamos a dieciséis personas y cada una de nosotras hizo las entrevistas correspondientes, transcribiéndolas más tarde, de modo que todas pudimos leer la totalidad de las entrevistas y disponer de los datos.

Con esta información, organizamos con la socióloga un grupo de discusión para ver si surgía nueva información que no se detecta en las entrevistas individuales.

Tanto el guión de la entrevista como el informe del grupo de discusión lo presentamos como anexo I y anexo II.

Datos obtenidos

Mostramos aquí parte de la información y de las opiniones generales que se vertieron en las entrevistas a estas dieciséis AE/TCAE.

El ingreso de niños ingresados por un PS es un suceso frecuente, por lo que todos los entrevistados tenían, efectivamente, experiencia en el tema.

Las personas entrevistadas no conocían el protocolo de actuación ante una sospecha de PS y, en todo caso, declinaban la responsabilidad de la denuncia sobre sus superiores jerárquicos: la supervisora, el médico... a pesar de que existe la posibilidad de que cualquier trabajador del hospital pueda comunicarlo directamente a la Unidad de Trabajo Social. Los profesionales de Puerta de Urgencias y de Neonatología conocían los protocolos de actuación médicos: notificación al juzgado ante signos o síntomas de maltrato en el caso de Urgencias, el tratamiento para



el síndrome de abstinencia en los recién nacidos...

De los entrevistados, nadie nunca había detectado, y en consecuencia comunicado a un superior, la existencia o sospecha de un PS. Ni ante el diagnóstico confirmado en un niño, buscó señales de algún otro problema asociado.

A pesar de ello, todos mantuvieron la opinión de que para los niños que acuden con un PS al hospital, su situación es detectada y resuelta.

Los entrevistados estuvieron de acuerdo en que la atención a los niños con un PS supone una carga de trabajo mayor, relacionada con el tiempo de atención al niño y a su familia. También para la mayoría, el cuidado a estos niños añadía una carga psíquica.

Uno de los informantes había recibido amenazas por parte de la familia de un niño, y ninguno de ellos había sufrido agresión física.

La mayoría de los entrevistados no consideraban que los niños que padecen un PS tuvieran necesidades especiales, que su recuperación fuera más lenta o ingresaran con más frecuencia. En ninguna unidad se había dado formación específica en patología social, y ningún informante había recibido esa formación

por otra vía. Los entrevistados no habían recibido instrucciones expresas para el cuidado de algún problema tipo: maltrato, abandono... y resolvían el cuidado de forma intuitiva.

Opinaban que estos niños eran tratados por ellos con especial cariño y dedicación. Entendían que el trato a los niños y sus familias no era discriminatorio y que se respetaba estrictamente la confidencialidad del caso.

CONCLUSIONES

El examen de los datos nos ha llevado a una serie de conclusiones, unas particulares y otras más generales, que pasamos a exponer.

Ha quedado para nosotras de manifiesto que, en el terreno de la Pediatría Social, la labor de la AE/TCAE tiene una gran importancia, pero algunas de las actividades del cuidado a niños con PS, quizás las relacionadas con los aspectos psico-sociales, parece que no se desarrollan de manera tan expresa como las biológicas. Podríamos pensar, quizás, que se trata de un reflejo de la marcada prioridad que, obligadamente, tiene la actividad hospitalaria.

Para desarrollar este cuidado de una forma más eficiente, debemos mejorar la formación, ya que hay que admitir que en la

actualidad damos señales de falta de conocimientos en este terreno, como son el desconocimiento del protocolo, la no percepción de la necesidad de cuidados especiales o la falta de búsqueda de señales de otro problema asociado potencial. La formación nos permitiría ser más autónomas en algunas circunstancias concretas.

Finalmente, queremos comunicar que esta investigación nos ha permitido reflexionar acerca de nuestra situación profesional en el terreno asistencial y ha abierto para nosotras una línea que desarrollar: en la asistencia sanitaria hay una variedad enorme de procesos e incluso existen etapas en los procesos asistenciales más complejos, que no requieren cuidados muy especializados ni técnicas sofisticadas en los que podemos tomar mayor protagonismo.

Nuestra intervención puede ser intermitente a lo largo del proceso e ir tomando o cediendo protagonismo según las necesidades del paciente. Pero esto, que no es más que la descripción de lo que sucede cada día en los hospitales, debe ser formalizado. Y esa normalización va a exigir de nuestra parte un gran esfuerzo en formación y un compromiso con nuestra profesión.

ANEXO I

Guión de la entrevista

- Presentación, agradecimiento y explicación del concepto de problema social. ¿Tiene preguntas?
- ¿Conoce si ha habido niños ingresados por problema social en su sala?
- ¿Se ha encargado del cuidado?
- ¿Cuál es el tipo de problema más frecuente?

- ¿Sigue algún protocolo de actuación cuando detecta a un niño con algún tipo de problemática social?
- ¿Estos niños se derivan a la trabajadora social o a instituciones colaboradoras?
- En los diferentes casos ¿qué medidas se han tomado?, ¿cómo ha transcurrido el ingreso?, ¿qué solución se ha encontrado?
- ¿Buscan señales o signos de otro problema asociado? (explicar que muchas veces van asociados)
- ¿Qué tipo de implicación tiene este cuidado sobre su trabajo? (carga de trabajo y cualitativa: miedo, lástima... actividades específicas)
- ¿Identifica la necesidad de cuidados especiales?
- ¿Cree que ingresan más veces, si el ingreso se prolonga más, si su recuperación es más lenta?
- ¿Qué tipo de habilidades y destrezas ha tenido que desarrollar en el cuidado a estos pacientes?
- ¿Han sufrido agresiones o amenazas usted u otras compañeras?

ANEXO II

Grupo de discusión: análisis de los datos obtenidos mediante entrevistas en profundidad

Se reúne el grupo de trabajo formado por cuatro profesionales del hospital que están llevando a cabo una investigación cualitativa sobre el cuidado por parte del personal auxiliar de enfermería de los pacientes con un problema social añadido.

La fuente de datos del grupo de trabajo proviene de dieciséis informantes clave a los que se les ha realizado una entrevista en profundidad. La Unidad de

Trabajo Social del hospital no les ha proporcionado datos y quieren ratificar los datos obtenidos mediante el grupo de discusión.

La discusión transcurre siguiendo el guión que se utilizó como base para las entrevistas en profundidad.

La discusión se caracteriza por un gran consenso, aunque debe considerarse que entre los miembros del grupo ha existido mucha comunicación previa a la reunión y podría pensarse que, de manera instintiva, se ha llegado al grupo de discusión con el consenso elaborado. Hay unanimidad en casi todas las cuestiones.

El grupo está de acuerdo en que el cuidado a pacientes con un problema social asociado es muy frecuente en este hospital, y que todos los informantes tenían experiencia suficiente como para ser fuentes idóneas.

Según la información que pudieron recoger, el problema más frecuente en este grupo de niños es de maltrato, seguido de toxicomanías en los padres, abandono, pobreza y pertenencia a minorías étnicas.

El grupo había recogido información sobre el conocimiento de los protocolos de actuación en caso de sospecha de problema social en un niño, y concluyen que las personas entrevistadas no conocen el protocolo de actuación y declinan la responsabilidad de la denuncia sobre sus superiores jerárquicos, a pesar de que existe la posibilidad de que cualquier trabajador del hospital puede comunicarlo directamente a la Unidad de Trabajo Social.

A pesar de esa inhibición, los miembros del grupo de discusión mantienen una opinión unánime acerca de que, efectivamente, los niños que acuden al hospital con algún problema

social son detectados al ingreso o durante la hospitalización, y que el médico responsable o la supervisora de la unidad dan cuenta de la situación a la unidad de trabajo social, y que los casos se resuelven llegando a soluciones favorables para el niño, desde el control por parte de los trabajadores sociales de la zona donde vive la familia, a soluciones más radicales como llegado el caso, la retirada de la tutela a los padres.

Los informantes directamente no recordaban haber detectado ellos mismos ningún caso nuevo.

Un aspecto relacionado con la posibilidad de detectar situaciones de riesgo para el niño y poder intervenir sobre ellas es la cautela con la que los miembros del grupo creen que deben tratar estos temas:

“A mí me daría miedo emitir un juicio sobre una actuación determinada que pudiera más tarde tener repercusión...”

Por otro lado la mayoría de informantes, aunque entendían que estos niños requieren más carga laboral para las Auxiliares de Enfermería, no llegaban a percibir en ellos necesidades específicas.

El grupo de trabajo discute más ampliamente en este punto y manifiesta la falta de formación de este personal para detectar señales de problema social, incluso para el cuidado especializado necesario en algún tipo de casos: “¿No os parece que a veces se hacen las cosas sobre la marcha?”.

Referido a la falta de un plan, “al no haber protocolo cada uno actúa como piensa o como por instinto”.

Llegados a este punto, el grupo intenta definir las competencias de un cuidador modelo, que

aunque no era el objetivo del trabajo, les parece interesante y examinan conocimientos, habilidades, destrezas y motivación que definieran un perfil de cuidador. Llegan a una definición de cuidador idóneo por rasgos de personalidad y entienden que ha de ser empático, tolerante, asertivo y buen comunicador.

Se ha explicado que en la mayoría de ocasiones, la causa fundamental del ingreso de estos niños es su problema social, padecen una enfermedad banal, pero la familia es incapaz de asumir el cuidado correcto del niño. A este respecto se interpela al grupo sobre la posibilidad de que el personal cuidador idóneo de estos niños sea con titulación de Auxiliar de Enfermería y con formación específica en pediatría social dirigido por un experto. El grupo no ha reflexionado previamente sobre el tema, y es el punto que menos consenso presenta. Finalmente se definen a favor, pero con reservas. Aunque están asegurando que es ese colectivo el que actualmente lleva prácticamente toda la carga del cuidado de estos niños, que padecen una situación física no crítica, en su quehacer diario están siempre supervisadas por una enfermera titulada.

Prácticamente en toda la última parte de la discusión se ha reiterado la falta de preparación para detectar problemas, para registrarlos, y de asesoramiento para tratarlos, aún así el grupo se muestra satisfecho del cuidado que reciben esos pacientes. Los miembros entienden que se respecta estrictamente la confidencialidad, no han detectado signos que indiquen que el trato al niño sea discriminatorio y comparten con los entrevistados, que son niños a los que se les trata



con especial cariño y dedicación.

Se da la paradoja de que se han obtenido respuestas en las entrevistas referidas a la familia de estos niños del tipo: "A veces tienes que ir a lo drástico... decirles que si no se hubieran drogado, su hijo...", "yo se lo explico varias veces, si no entienden el idioma no es mi problema", "si son educados me esfuerzo mucho, si no son educados no me esfuerzo nada"...

Este personal adolece de formación específica, y quizás esta falta de formación y de información les hace sentir temor a la

hora de asumir responsabilidades en la comunicación de nuevos sucesos. Sin duda, otra de las grandes limitaciones de este grupo profesional es que no tiene permitido escribir sus actuaciones en la historia clínica, y se muestran temerosas de hacer constar situaciones que en ocasiones sólo se manifiestan de forma velada, y que además debe reinterpretar la enfermera titulada, que sí escribe en la historia clínica.

*Grupo de discusión 28
de junio de 2006*

Moderado por Lucía Montero

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer su colaboración a nuestras/o entrevistadas/o: Rosa, Marisa, Belén, Teresa M. Reme, Susi, María, Tere M., Pilar M., Maruja, Oreto, Bienve, Gregorio, Pilar L. Mila y Albertina. Y especialmente queremos agradecer su apoyo y asesoramiento a Lucía.

BIBLIOGRAFÍA

- Cuadernos de Pediatría Social* 9, diciembre 1995, Sección de Pediatría Social, Barcelona.
- SCHWARTZ H. Y JACOBS JERRY. *Sociología cualitativa. Método para la reconstrucción de la realidad*. Trillas, 1984.
- Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia para los años 2006-2009. Aprobado por el Consejo de Ministros en junio de 2006. <http://www.mtas.es/inicioas/observatoriodeinfancia/novedades/PLAN.pdf>.

Fibrosis quística (I)

LUCRECIA HORTELANO PEÑALVER

RAQUEL CORTÉS ESCOLANO

Auxiliares de Enfermería del Servicio de Neumología y Cirugía Torácica del

Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid

Mención Especial del XI Certamen Nacional de Investigación de FAE

INTRODUCCIÓN

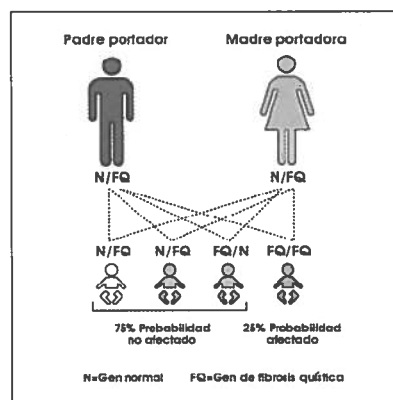
La fibrosis quística (FQ) es una enfermedad hereditaria que consiste en una alteración genética en la que existe una mutación de un gen normal dando lugar al gen de la FQ.

Es una enfermedad crónica que afecta a las zonas del cuerpo que producen secreciones, dando lugar a un espesamiento de las mismas y originando obstrucción de los canales que transportan estas secreciones, siendo los órganos más afectados el pulmón, hígado, páncreas y sistema reproductor.

En la primera mitad del siglo XX menos del 50% de los pacientes superaba el año de vida. Con el paso del tiempo y gracias a la puesta en marcha de unidades de FQ especializadas y a la utilización de nuevos tratamientos y técnicas, como el trasplante pulmonar, la supervivencia ha ido mejorando y aumentando, situándose la esperanza de vida media alrededor de los 35 años.

¿QUÉ ES LA FIBROSIS QUÍSTICA?

La fibrosis quística (FQ) es una enfermedad hereditaria frecuente en la raza blanca que aparece en uno de cada 2.500-4.000 nacidos vivos.



Consiste en una alteración genética en la que existe una mutación de un gen normal dando lugar al gen de la fibrosis quística. Si se hereda el gen anormal de ambos padres se padecerá la enfermedad, si se hereda un gen normal y un gen anormal se es portador de la enfermedad sin padecerla pero con la posibilidad de transmitirla a la descendencia, y si se heredan dos genes normales se es una persona sana.

Por lo tanto, es necesario que ambos padres de un enfermo de FQ sean portadores para que se produzca la enfermedad. Aproximadamente una de cada veinte o veinticinco personas son portadores en la población general.

Es esta una enfermedad crónica que afecta a las zonas del cuerpo que producen secreciones, dando lugar a un espesamiento y disminución del contenido de agua de

las mismas y originando obstrucción de los canales que transportan esas secreciones; al mismo tiempo, esa obstrucción va a permitir que se estancuen dichas secreciones y produzcan daño e infección e inflamación que van a dar lugar a la destrucción de las zonas referidas (pulmón, hígado, páncreas, sistema reproductor).

En los años treinta se describió esta enfermedad y por aquel tiempo, menos del 50% de los pacientes superaba el año de vida. Con el paso del tiempo y gracias a la puesta en marcha de unidades de FQ especializadas y a la utilización de nuevos tratamientos y técnicas, la supervivencia ha ido mejorando claramente aumentando de forma constante el número de enfermos adultos, situándose la esperanza de vida media alrededor de los treinta y cinco años.

SÍNTOMAS

Los síntomas de la FQ son en sus inicios similares a los de otras enfermedades de la infancia, tales como asma, neumonía, enfermedad celíaca, etc. La intensidad de los mismos varía de unas personas a otras. Hay que señalar, en este sentido, que todavía son frecuentes los casos de FQ que se diagnostican en adultos, ya que hasta ese momento

los síntomas se han achacado a otras enfermedades, como patologías de afectación bronquial de carácter repetitivo.

Es importante tener también en cuenta que las dos primeras localizaciones de la enfermedad son las que determinan su gravedad y, por tanto, su evolución.

Aparato respiratorio

Las secreciones bronquiales son más espesas y viscosas de lo normal, lo que dificulta su expulsión y favorece su acumulación en los bronquios, ocasionando un riesgo permanente de obstrucción e infección de las vías respiratorias, además de un deterioro progresivo de la oxigenación. La pérdida de función pulmonar es gradual y constituye la consecuencia más grave de la FQ, así como la más difícil de controlar.

Los pulmones son normales al nacer, pero los trastornos respiratorios pueden desarrollarse en cualquier momento a partir del nacimiento. Las secreciones bronquiales espesas obstruyen finalmente las vías aéreas pequeñas, produciendo su inflamación.

A medida que la enfermedad avanza, las paredes bronquiales se engruesan, las vías aéreas se llenan de secreciones infectadas, algunas zonas del pulmón se contraen (una afección denominada atelectasia) y los ganglios linfáticos aumentan de tamaño. Todas estas alteraciones reducen la capacidad del pulmón para transferir el oxígeno a la sangre.

Alrededor de la mitad de los niños con FQ se llevan por primera vez a la consulta médica porque tienen tos, respiración sibilante e infecciones del tracto respiratorio. La tos, el síntoma más perceptible, se acompaña con frecuencia de náuseas, vómitos y

alteraciones del sueño. A medida que la enfermedad evoluciona, el tórax toma forma de barril y la falta de oxígeno puede producir dedos en forma de palillos de tambor y piel azulada. Se pueden formar pólipos en la nariz y una sinusitis con secreciones espesas.

Los adolescentes tienen frecuentemente un retraso del crecimiento y de la pubertad y una disminución de la resistencia física. Las complicaciones en los adultos y en los adolescentes pueden ser un colapso pulmonar (neumotórax), tos con sangre e insuficiencia cardíaca. La infección constituye también un problema importante. Las bronquitis y las neumonías recurrentes van destruyendo gradualmente los pulmones. La muerte es, por lo general, consecuencia de una combinación de insuficiencia respiratoria y cardíaca causada por la enfermedad pulmonar subyacente.

Aparato digestivo

Las glándulas pancreáticas e intestinales excretan un moco anómalo, de tal modo que se bloquea la producción de las enzimas necesarias para la digestión de los alimentos, dificultando la misma especialmente con relación a los principios inmediatos: proteínas, hidratos de carbono y grasas. Los síntomas que son consecuencia de este proceso se concretan en la aparición de ciertos trastornos digestivos y dolor y distensión abdominal. Puede manifestarse también con una pérdida de apetito, malnutrición, pérdida de peso y alteraciones en el crecimiento del paciente. También pueden aparecer problemas hepáticos y diabetes.

El íleo meconial, una forma de obstrucción intestinal en los recién nacidos, se produce en el 17% de los que padecen FQ. El meconio, una sustancia de color verde oscuro que aparece en las primeras heces de un recién nacido, es espeso y su tránsito es más lento de lo normal. Si el meconio es demasiado espeso, obstruye el intestino, y la obstrucción puede llevar a la perforación de la pared intestinal o provocar una hernia del intestino.

El meconio puede también formar tapones en el intestino grueso o en el ano, causando una obstrucción temporal. Los bebés que tienen íleo meconial casi siempre desarrollan otros síntomas de FQ más adelante.

El primer síntoma de FQ en el lactante que no tiene íleo meconial es, a menudo, un escaso aumento de peso en las cuatro o seis primeras semanas. Una cantidad insuficiente de secreciones pancreáticas, que son esenciales para una adecuada digestión de grasas y proteínas, ocasiona una digestión deficiente en el 85-90% de los bebés que padecen FQ. Las deposiciones del bebé son frecuentes, con heces grasas, abundantes y de color desagradable, y el bebé puede tener también un abdomen protuberante.

El crecimiento es lento a pesar de un apetito normal o grande, y el bebé es delgado y tiene los músculos flácidos. El déficit de vitaminas liposolubles (K, E, D, A) puede causar ceguera nocturna, raquitismo, anemia y trastornos hemorrágicos. En el 20% de los niños que no reciben tratamiento, el revestimiento del intestino grueso sobresale por el ano (prolapso rectal). Los bebés que han sido alimentados con una fórmula proteínica de soja o

leche materna pueden desarrollar anemia e hinchazón debido a que no están absorbiendo suficientes proteínas.

Alrededor del 2-3% de las personas que padecen FQ desarrollan diabetes y son insulino-dependientes debido a que el páncreas cicatrizado ya no es capaz de producir suficiente insulina. La obstrucción de los conductos biliares por secreciones espesas puede causar inflamación del hígado y finalmente cirrosis. Esta cirrosis puede causar un aumento de la presión en las venas que llegan al hígado (hipertensión portal), conduciendo a un ensanchamiento de las venas del extremo inferior del esófago (varices esofágicas). Esta alteración hace que las venas puedan romperse y sangrar copiosamente.

Aparato reproductor

La fertilidad está disminuida en prácticamente la totalidad de los afectados de FQ. Más del 95% de los varones son estériles como consecuencia de la obstrucción de los conductos deferentes o de la disminución de producción de semen y esperma. En el caso de las mujeres, la infertilidad se produce generalmente como consecuencia del incremento de la densidad y viscosidad del moco vaginal, que impide la progresión normal del espermatozoide hacia el óvulo. También tiene como causas secundarias una ovulación irregular o la existencia de pólipos cervicales o quistes ováricos. Las mujeres que padecen FQ tienen más probabilidades de tener complicaciones durante el embarazo que las mujeres no afectadas; aún así, muchas mujeres con FQ han tenido hijos.

Piel

Los pacientes con FQ pierden cantidades excesivas de sal con el sudor, lo que hace que éste sea más salado de lo normal. Es por ello que en épocas de calor intenso o durante episodios febriles haya que tener especial cuidado en mantener la hidratación y evitar la pérdida acelerada de electrolitos.

DIAGNÓSTICO

El sistema ideal para la detección de todos los casos de nacimientos de afectados, es la realización del Screening Prenatal o Neonatal, un sencillo análisis de sangre que puede indicar la posibilidad de una FQ. Desgraciadamente, este sistema no está implantado por todas las administraciones sanitarias por el aumento de coste y la posibilidad de falsos positivos.

Es aconsejable el test del sudor, un análisis de unas gotas de sudor del paciente, recogidas en una máquina especial que determina la concentración de iones de sodio y cloro en el mismo. Si esta concentración de sal alcanza unos límites determinados es indicativo de FQ.

Para el paso siguiente, es aconsejable realizar un Estudio Genético, que con una pequeña muestra de sangre concluya la mutación concreta y verifique el diagnóstico.

El análisis genético, no sólo se ha de realizar al paciente, sino también a padres y hermanos.

En Estados Unidos, el Test Cuantitativo de Iontoforesis con Policarpina tiene excelentes resultados.

En conclusión, el test del sudor realizado siguiendo una metodología correcta, por personal experto, y cuyos resultados sean interpretados por profesionales

expertos en FQ y en el contexto clínico de cada caso, sigue siendo hoy una herramienta extremadamente valiosa para el diagnóstico de la FQ.

TRATAMIENTO

Existen tres pilares fundamentales para el tratamiento de la FQ:

- Una nutrición adecuada, procurando una ingesta hipercalórica e hiperprotéica. El deterioro de la función pulmonar es más lento en los pacientes bien nutridos. También se requiere la ingesta de preparados de enzimas pancreáticas y suplementos vitamínicos.
- Ejercicio y fisioterapia respiratoria. De este modo se ayuda a eliminar las secreciones que se acumulan en los bronquios.
- Tratamiento farmacológico de las infecciones. Lo habitual es la utilización de antibióticos para combatir las infecciones respiratorias.

Tratamiento dietético

El manejo nutricional es otro aspecto que no se debe descuidar, ofreciendo al niño dietas equilibradas y suplementando el tratamiento con enzimas pancreáticas externas diariamente, así como vitaminas suplementarias (A, D, E, K).

Las enzimas pancreáticas son fermentos que se agregan al tratamiento porque los fermentos naturales no se producen en el páncreas por la destrucción progresiva de esta glándula. Las dosis de estas enzimas dependen de cada paciente y deben ser ajustadas a cada uno. Pese a esto estas enzimas no corrigen completamente los defectos de absorción de nutrientes.

Objetivo

Conseguir un estado nutricional y crecimiento normal en todas las edades.

Riesgo de malnutrición

- Alto cuando hay afectación pancreática y respiratoria.
- Ingesta energético protéica deficitaria.
- En periodos con mayor velocidad de crecimiento (lactantes, adolescentes).
- Aumento en la frecuencia de exacerbaciones respiratorias agudas.

Programa de educación nutricional

- Objetivo: los padres deben entender las causas de malnutrición.
- Inicio del programa: al diagnóstico.
- Paciente: debe asumir responsabilidad durante la adolescencia.
- Detectar alteraciones de la conducta alimentaria: tiempo de ingesta, interacciones niño-madre durante la ingesta, etc.

Aprendizaje

- Elegir los alimentos: hipercalóricos.
- Confección de suplementos caseros.
- Recetas de sabor agradable.

Programa dietético según la edad

Recién nacido

- Leche materna: acompañada de terapia con enzimas pancreáticas precoz para evitar la hipoproteinemia.
- Fórmula de inicio: acompañada de enzimas pancreáticas.

- Fórmula hidrolizada: si existe malnutrición. Debe también ir acompañada de enzimas pancreáticas.
- Vitaminas.

Niños de 2-6 años

- Fase importante en la adquisición de hábitos alimenticios. Vigilar posibles alteraciones de la conducta alimentaria y respuesta de los padres a la misma.
- Tras el segundo año se puede hacer una suplementación calórica que permite hacer recetas utilizando alimentos de la dieta (leche, yogurt, helado, etc.), o bien utilizar fórmulas como Pediasure, Isosource júnior o Pentasec pediátrico. En caso necesario es posible utilizar fórmulas hipercalóricas infantiles: meritene líquido infantil.
- Vitaminas.

Niños de 6-12 años

- Influencia del medio ambiente y la televisión en sus hábitos alimentarios. Mayor actividad física. Mayor porcentaje de la ingesta en forma de comida rápida.
- Enseñarle a elegir los alimentos.
- Dieta: alimentos hipercalóricos y ricos en sal. Alimentos preferentemente elaborados (empanadas, etc.). Los alimentos de procedencia animal siempre acompañados de alimentos de origen vegetal.
- Suplementos orales: se pueden usar suplementos diseñados para pacientes adultos: Isosource energy, Ensure plus, Ensure puding, Pentaset energético, etc.
- Vitaminas.

Adolescentes

- Dieta: los consejos deben ser dirigidos a los pacientes.

- Aumentar los aportes energéticos proteicos sin aumentar el volumen de la ingesta.
- Enriquecer los alimentos: usar cremas, añadir aceite a vegetales, patatas, etc.
- Utilizar alimentos con densidad calórica alta: frutos secos.
- Enseñar a elegir los *snacks*: en ocasiones pueden suponer un 35% de la ingesta.
- Energética: pizzas, empanadas. Asegurar los aportes lácteos.
- Suplementos orales: energéticos; Isosource Energético, Ensure Plus, Ensure Puding, Sustacal y Sustacal Puding.
- Vitaminas.

Nutrición enteral

- Objetivo: mejorar el estado nutricional. Se recurre a ella cuando no es suficiente la alimentación oral.
- Forma de administración: fraccionada o a débito continuo. Generalmente durante el día fraccionada y durante la noche a débito continuo.
- Vía de administración:
 - Sonda nasogástrica: asegurar una correcta colocación. Cambiar el esparadrapo diariamente. Evitar excoriaciones de la piel de la nariz. Usar esparadrapo hipoalergénico. Cambiar el punto de fijación. Cuidados de nariz y boca.
 - Gastrostomía: mantener la zona limpia y seca. Mover la cruceta y la sonda. No poner vendaje. Lavado exterior durante el baño. Limpiar internamente la sonda introduciendo agua tibia después de las tomas.

Terapia respiratoria

Se compone de unos procedimientos terapéuticos buscando

unos objetivos, los procedimientos o técnicas son:

- Fisioterapia respiratoria.
- Los ejercicios respiratorios.
- El entrenamiento físico: general o de músculos ventilatorios.
- La educación al enfermo y los familiares.

La fisioterapia respiratoria (técnica de higiene bronquial), abarca una serie de actuaciones para mejorar la aclaración de las secreciones bronquiales y así, aumentar las expectoraciones. Con ello conseguimos tres cosas importantes:

1. Disminuir la resistencia de las vías aéreas (menor broncospasmo).
2. Mejorar la oxigenación al liberar el paso del O₂ a los pulmones.
3. Disminuir el número de sobreinfecciones al no haber medio de cultivo (moco).

Los objetivos a cumplir con una rehabilitación pulmonar serán:

1. Facilitar la limpieza de la vía aérea (eliminación de las secreciones).
2. Mejorar la función pulmonar
3. Evitar la infecciones broncopulmonares.
4. Mejorar la fuerza y resistencia de la musculatura, global y específica de los músculos ventilatorios.
5. Disminuir la sensación de disnea (falta de aire).
6. Aumentar la autoconfianza y disminuir la ansiedad.

Los beneficios son:

1. Reducir los síntomas respiratorios y las reagudizaciones.
2. Mejorar el estado anímico (aumentar motivación).

3. Mejorar la tolerancia a los esfuerzos (al mejorar la función muscular).
4. Mejorar la calidad de vida relacionada con la salud.
5. Reducir el número de ingresos hospitalarios.
6. Prolongar la supervivencia.

Así pues, podemos desglosar la terapia física pulmonar o fisioterapia respiratoria, en dos facetas distintas; la fisioterapia clásica convencional y la actual.

La primera abarca las técnicas de los drenajes posturales, asociados o no a la percusión de las zonas del tórax drenadas, lo conocido como "Clapping", y las vibraciones en dichas zonas.

Los drenajes posturales, aprovechan la acción de la gravedad para que se produzca un discurrir del moco hacia bronquios gruesos y así poder eliminarlos más fácilmente con la tos.

La segunda, engloba una serie de técnicas como son el llamado ciclo activo respiratorio o ciclo activo de técnicas respiratorias, que tiene la ventaja primordial que el enfermo lo ejecuta sin necesidad de ayuda personal.

En muchas ocasiones, previamente al inicio de la fisioterapia, al paciente se le prescribe una sesión de aerosoles, en orden a vehicular un disgregante del moco y si hay broncospasmo añadir un broncodilatador en solución, otras con humidificación bronquial.

La técnica de espiración forzada "Huffing" (exhalación), es una maniobra muy aconsejable para facilitar la expectoración, sobre todo en pacientes a los que se les añade una cantidad de moco a una situación de cierre bronquial.

La presión espiratoria positiva; el mecanismo es provocar un

aumento de la presión dentro de los bronquios, mientras se exhala el aire, lo que lleva a aumentar la ventilación difusamente a través de pequeños canales colaterales; de esta forma, puede el moco movilizarse desde la periferia (bronquios finos) a zonas centrales (bronquios gruesos).

Flutter o presión espiratoria positiva oscilante, es la técnica más usada; consiste en un dispositivo en forma de pipa, que lleva una bolita de acero en su interior, y mientras el paciente espira el aire lentamente la bolita realiza ascensos y descensos rápidos.

Antibioterapia

El tratamiento de las manifestaciones pulmonares consiste en la prevención de la vía respiratoria y la profilaxis y control de las infecciones respiratorias. La profilaxis consiste en inmunizar frente a la tosferina, varicela y sarampión y la vacunación anual frente a la gripe.

En 1994 fue aprobada Pulmozime (Domasa Alfa), un medicamento desarrollado exclusivamente para los pacientes con fibrosis quística que reduce de manera importante el número de infecciones respiratorias y mejora la función pulmonar cuando se administra a largo plazo en forma de aerosol.

En 1995, un fármaco, el Ibuprofeno (Algiadín, Dalsy, Espidifen, Neobrufen, Saetil) demostró a elevadas dosis una reducción importante de la inflamación a nivel pulmonar.

A finales de 1997, la FDA (organismo americano de control de los alimentos y medicinas), aprobó TOBY, que es Tobramicina inhalatoria que mejora la función pulmonar y disminuye el tiempo de estancia hospitalaria.

Actualmente se investigan nuevas formas de antibióticos además de los disponibles para poder manejar mejor las infecciones respiratorias.

COMPLICACIONES PULMONARES EN LA FQ

La alteración pulmonar que se produce en la FQ continúa siendo uno de los grandes escollos a superar para mejorar la supervivencia y calidad de vida de los pacientes afectados.

Conforme aumenta la edad del paciente con FQ y la enfermedad sigue su curso, aumenta de forma paralela el riesgo de presentar complicaciones que requieran una actuación terapéutica intervencionista. Entre las posibles, destacan por su gravedad el neumotórax y la hemoptisis masiva, ya que pueden poner al paciente en un grave compromiso vital.

Neumotórax

El neumotórax en la FQ presenta una incidencia que aumenta con la edad y en función directa de la gravedad de la afectación pulmonar, llegando a padecer algún episodio hasta el 20% de

los pacientes en edad adulta. Requiere siempre ingreso hospitalario para su control y tratamiento. La actitud a seguir está en función del grado de neumotórax y de la recurrencia de los episodios.

Cuando el neumotórax es de pequeño tamaño y no representa repercusión respiratoria evidente, el tratamiento se hará con reposo y oxigenoterapia, durante un mínimo de 24 horas para observación y control radiológico evolutivo. Si en la nueva radiografía de tórax el neumotórax se mantiene igual o ha disminuido, el paciente puede continuar el reposo en su domicilio. Cuando el neumotórax es de gran tamaño el tratamiento debe ser la evacuación del mismo mediante un tubo de drenaje torácico conectado a un sistema de aspiración unidireccional controlada. Este tratamiento consigue la resolución del proceso en un elevado porcentaje de casos.

Hemoptisis

Las arterias bronquiales en pacientes con FQ están aumentadas de tamaño debido a las frecuentes infecciones respiratorias y tienen mayor facilidad para sangrar, habitualmente durante

una reagudización respiratoria. La hemoptisis puede ser de gravedad y recurrencia variable, desde esputos ocasionalmente manchados de sangre hasta la expectoración de una gran cantidad de sangre o de forma repetitiva en cuantía moderada. Cuando el sangrado supera los 250cc en 24 horas hablamos de hemoptisis masiva. Este sangrado puede poner en peligro la vida del paciente, asociándose a una mortalidad del 50 al 85%. Al igual que en los neumotórax, su incidencia aumenta con la edad y aproximadamente el 7% de los pacientes con FQ tienen algún episodio de hemoptisis masiva anual.

El tratamiento de la hemoptisis masiva debe ser de entrada conservador, cediendo la mayoría de los casos de forma espontánea con el reposo y la instauración de un tratamiento adecuado para asegurar una oxigenación correcta y corregir los factores desencadenantes, generalmente infecciosos.

La embolización de las arterias bronquiales que originan el sangrado es la técnica de elección en los casos de hemoptisis persistente o masiva con riesgo vital y en las hemoptisis recurrentes aun sin ser masivas.





La música me enferma

Repetir, repetir, repetir. Ésta es una de las bases del trabajo de los músicos. Sin embargo, esas repeticiones realizadas en muchas ocasiones en posturas y condiciones poco ergonómicas pueden tener como consecuencia: tendinitis, quistes en las muñecas, dolores de espalda...

TEXTO Montse García

El mítico Louis Armstrong era conocido como Satchmo. Sufrió un daño en el músculo orbicular del labio que soporta el peso de la interpretación. Es un músculo muy frágil que tiene un milímetro de grosor en reposo y tres en contracción. Algunos instrumentistas de viento sufren este mismo daño que se conoce como el síndrome de Satchmo.



SI BIEN NO HAY DOLENCIAS concretas que padezcan un grupo de músicos más que otros, lo cierto es que, en general, los problemas que padecen se pueden agrupar en dos: los problemas de espalda y los problemas de las extremidades superiores, como problemas musculares, tendinitis y otras afectaciones.

Los músicos padecen problemas de salud y dolencias en un porcentaje más alto de lo que pudiera parecer, ya que se calcula que el 75% de los músicos tendrán problemas a lo largo de su carrera, y en un tercio de los casos serán suficientemente graves como para detener temporal o totalmente su actividad.

Estos profesionales se enfrentan, además, a una situación añadida, y es el desconocimiento general por parte de los médicos de sus dolencias. La recomendación que muchos médicos harán a sus pacientes será la ingesta de calmantes y dejar de realizar el movimiento que causa el dolor; pero esta medida no es aplicable a los profesionales de la música ya que su instrumento es, además de su pasión, su herramienta de trabajo y no es fácil prescindir de la misma. En otras ocasiones, harán un diagnóstico erróneo que puede llevar al paciente a sufrir una intervención quirúrgica para solucionar algo que ni siquiera tiene.

Para ilustrar esta situación nos referiremos a uno de los problemas más comunes entre los músicos: la distonía focal (también conocida como el calambre del músico o la rampa ocupacional). Se trata de una afección que se manifiesta como la pérdida del control motor voluntario de alguno de los patrones de movimiento



en el instrumento. Eso implica que el músico en un momento determinado de su carrera, no es capaz de reproducir de una forma natural, automática y eficiente alguno de los gestos técnicos propios de su actividad y que, hasta el momento, ejecutaba sin ningún tipo de dificultad ni necesidad de concentración. Es una enfermedad neurológica y no muscular como a simple vista podría parecer.

El doctor Jaume Rosset, director médico del Instituto de Fisiología y Medicina del Arte (en Tarrasa) confirma que, a pesar de ser uno de los problemas más comunes entre los músicos, sólo el 25% de los médicos que atiendan a un músico con esta enfermedad será capaz de diagnosticarla y el porcentaje baja al 7% en el caso de los traumatólogos, que será el primer especialista al que acudiría un músico afectado.

En esta situación influye, sobre todo, la falta de formación tanto de los médicos como de



los propios músicos. El programa formativo de los conservatorios incluye una gran variedad de asignaturas: armonía y fundamento de contrapunto, coro, historia de la música, educación auditiva, orquesta, cuadro flamenco... pero muy pocas horas, en los casos en los que existen, dedicadas a la formación en el propio conocimiento de su cuerpo, de las posibilidades de que se produzca una lesión y de la manera más adecuada de trabajar para evitarla.

Por otro lado, para los profesionales de la medicina, la especialización en las enfermedades específicas de los músicos supone una dedicación muy larga y muy difícil de realizar. A ello hay que sumar la dificultad que para el facultativo puede tener entender la terminología específica, como cuando un pianista le dice que cuando hace trinos al tocar una melodía de Paganini no tiene estabilidad en la punta del dedo. Ello, sumado a la imposibilidad de ver al

músico en acción, hace difícil entender lo que éste le trasmite.

» Médicos formados

Estas deficiencias están solucionadas en el Instituto de Fisiología y Medicina del Arte, que dirige el doctor Jaume Rosset, donde los profesionales del arte tienen garantizada una atención completa, con un total de doce profesionales, con dedicación al tratamiento de los artistas, y que dispone de los aparatos más modernos para poder llevarla a cabo. Cuentan con especialistas en medicina del arte, cirugía ortopédica y traumatología, cirugía de la mano, medicina del deporte, fisioterapia, foniatría...

Cuando un paciente es atendido en el Instituto no se intenta sólo diagnosticar y tratar el problema que le afecta en aquel momento, sino que también se analizan las posibles causas concurrentes y se ponen los medios necesarios para corregirlas.



Dr. Jaume Rosset, director médico del Instituto de Fisiología y Medicina del Arte.

El Instituto de Fisiología y Medicina del Arte de Tarrasa es el único centro de Europa dedicado a la atención de los artistas.



El Instituto de Fisiología y Medicina del Arte de Tarrasa es el único centro de Europa dedicado a la atención de los artistas y aumenta cada año el número de pacientes que atiende, con aproximadamente 300 nuevos casos al año y 350 frecuentaciones al mes, porque, según confirma el doctor Rosset, se hace un seguimiento continuo de los casos.

» **Formar al músico**

Han trabajado, igualmente, en solucionar la carencia de formación de los profesionales en lo que han llamado un “proyecto de emergencias” que ayude a paliar esa deficiencia en tanto se producen todos los cambios educativos, económicos y políticos que enmendarán la situación y que, en cualquier caso, llevarían muchos años.

Por eso, desde la Fundación Ciencia y Arte, responsable de promover los estudios y la investigación en este terreno y que

trabaja en estrecha colaboración con el Instituto de Fisiología y Medicina del Arte, se puso en marcha, junto con las escuelas superiores de Inglaterra y Austria y la Escuela de Música de Cataluña, el *Manual de funcionamiento del cuerpo del músico*, de forma que éste conozca cómo es su cuerpo, cómo funciona, cómo cuidarlo para prevenir las lesiones y de esta forma mejorar sus habilidades.

El fruto de este trabajo fue un material que se entregó a 100 músicos y 100 profesores de las tres entidades señaladas y a especialistas de todo el mundo para que llevaran a cabo una evaluación del mismo e hicieran las indicaciones que consideraran oportunas. Reescrito en inglés con estas aportaciones, se espera que en breve se edite en francés, castellano y catalán, y se entregará a todos los alumnos el próximo curso con el objetivo de comprobar el impacto que tendrá en los futuros músicos.




Los instrumentos más problemáticos

Un estudio realizado por el Grupo de Estudios Musicales (GEMM) sobre más de trececientos músicos de estilo no sinfónico —estudiantes y músicos profesionales pertenecientes a bandas y colectivos orquestales de baile, rock, jazz, salsa y otras músicas— pone de manifiesto que la guitarra y el bajo son los instrumentos que más problemas causan a los músicos: al 57 por ciento de los que los tocan. Tras ellos se sitúan los de percusión —con un 33 por ciento de afectados—, el piano y los teclados —con un 30 por ciento— y los de viento —con un 27 por ciento—. De todos los instrumentos se señala que el violín es el que más problemas ocasiona: acné o eritemas en el cuello por contacto con la madera, dolor cervical,

lesiones nodulares en los dedos o el síndrome del túnel carpiano.

Los instrumentos de viento son los que ocasionan problemas más diversos, sobre todo en la boca: alteraciones en los dientes, rotura de los músculos del labio, tendinitis en los dedos o hiperhidrosis. Estos datos reflejan la repercusión y la importancia de las enfermedades que pueden padecer los músicos. La música, como actividad artística, implica a toda la persona y, como ha dicho en diversas ocasiones el profesor de música Joaquín Solé, “el verdadero instrumento no es el violín, la batería o la guitarra, sino nuestro cuerpo, que debemos controlar y preparar para una tarea que exige muchas horas de trabajo y dedicación”.

XI certamen de FAE



El Certamen Nacional de Investigación de la Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería ha celebrado su undécima edición en el H. Virgen del Puerto de Plasencia. Durante el acto se han entregado los galardones a los autores de los trabajos que han obtenido el máximo reconocimiento entre todos los presentados.

TEXTO Cristina Botello

Dña. Rosa Peribáñez Valencia, junto a Dña. Raquel Puerta, concejala de Sanidad del ayuntamiento placentino y D. Víctor Bravo, gerente del H. Virgen del Puerto, quienes le entregaron el primer premio.

LA FUNDACIÓN para la Formación y Avance de la Enfermería (FAE) celebra anualmente el Certamen Nacional de Investigación que premia el trabajo y los conocimientos adquiridos por los profesionales Auxiliares de Enfermería/Técnicos en Cuidados de Enfermería (AE/TCE) dentro del campo de la investigación, unas características que lo hacen único en España.

En esta ocasión, el acto de entrega de premios ha tenido lugar en el Salón de Actos del H. Virgen del Puerto de Plasencia, y ha contado con la presencia de Dña. Raquel Puerta, concejala de Sanidad del ayuntamiento placentino; D. Víctor Bravo, gerente del

Hospital Virgen del Puerto; D. José Julio Valentín, director de Enfermería del centro hospitalario; y Dña. Dolores Martínez, presidenta de FAE.

» El TCAE ante el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

El máximo galardón de esta edición del certamen, dotado con 1.000 euros, ha recaído en el trabajo "Actitudes del TCAE ante el paciente con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida", presentado por la Auxiliar de Enfermería del H. Virgen del Puerto de Plasencia, Dña. Rosa Peribáñez Valencia.

El trabajo refleja los datos obtenidos de la encuesta realizada sobre una muestra de 100 profesionales Auxiliares de Enfermería en los hospitales de Getafe de Madrid y Virgen del Puerto de Plasencia sobre la actitud de los trabajadores Auxiliares de Enfermería ante el enfermo con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y drogodependencia.

La información que estos trabajadores Auxiliares de Enfermería tienen sobre el SIDA y la drogodependencia, los cuidados especiales que estos pacientes requieren, el grado de satisfacción de los profesionales de la enfermería básica en su puesto de trabajo o

Ante el VIH existen dos actitudes enfrentadas: ayudar a la persona afectada o, por el contrario, aislarla con el fin de que su enfermedad no se transmita. Las conclusiones arrojadas por la encuesta realizada sobre VIH demuestran una preocupación persistente acerca del riesgo ocupacional de contagio.



Dña. Rosa Peribáñez Valencia, ganadora del primer premio.



La ganadora del primer premio junto a Dña. M^a Dolores Martínez, presidenta de FAE.

su actitud ante estos enfermos, son algunas de las cuestiones que se han tenido en cuenta para realizar el análisis.

Ante el VIH existen dos actitudes enfrentadas: ayudar a la persona afectada o, por el contrario, aislarla con el fin de que su enfermedad no se transmita. Las conclusiones arrojadas por la encuesta realizada demuestran una preocupación persistente acerca del riesgo ocupacional de contagio. Un riesgo bajo pero existente, lo que hace necesario que los trabajadores sanitarios mantengan una continua formación sobre el VIH para adoptar las medidas profilácticas adecuadas y minimizar ese riesgo, consiguiendo así conductas responsables y evitando actitudes impropiedades.

La educación, tanto en el ámbito clínico como docente, es imprescindible para modificar determinadas actitudes.

» Accésit

En esta ocasión, las Auxiliares de Enfermería del H. U. Infantil de La Fe, Beatriz Sánchez Pastor,

Mercedes Fernández González, Pilar Justo Gutiérrez y Josefa Herrera Romero, se han alzado con el accésit, dotado con 300 euros y una inscripción al Congreso Nacional de Auxiliares de Enfermería organizado por FAE. Su trabajo "El contexto profesional del cuidado a los niños hospitalizados por problema social" refleja el relevante papel que desempeña el AE/TCE en esta área de cuidados y algunas de las dificultades con las que cuenta para su desarrollo.

El problema social comprende situaciones como la atención a minorías étnicas, la atención al maltrato o a niños en riesgo social (marginación, toxicomanía...). En este terreno, la labor de la AE/TCE tiene una gran importancia, pues es el profesional el que realiza el mayor número de intervenciones sobre el paciente y su familia, lo que le convierte en el cuidador principal.

No obstante, el trabajo de investigación basado en una encuesta realizada sobre 16 AE/TCE pone de manifiesto el desconocimiento por parte de todos los entrevistados

del protocolo de actuación ante una sospecha de problema social. En este sentido, no consideraban que los niños que padecen un problema social tuvieran necesidades especiales, que su recuperación fuera más lenta o ingresaran con más frecuencia.

Con el fin de mejorar y hacer eficiente el cuidado en los aspectos psicosociales, es necesario que los profesionales AE/TCE reciban una formación adecuada que les capacite para actuar ante un caso de problema social (protocolo de actuación, búsqueda de señales de otro problema asociado potencial...). De esta manera podrán ser más autónomos.

» Mención especial

Por su parte, “Fibrosis quística”, trabajo elaborado por las Auxiliares de Enfermería Lucrecia Hortelano y Raquel Cortés, del Servicio de Neumología y Cirugía Torácica del H. U. Puerta del Hierro de Madrid, se ha convertido en la Mención Especial de esta undécima edición del Certamen. Las autoras recibirán una suscripción anual a la revista *Nosocomio*.

La investigación es un completo informe sobre una enfermedad crónica cuya esperanza de vida media se sitúa alrededor de los 35 años, y cuya alteración continúa siendo uno de los grandes escollos a superar para mejorar la supervivencia y calidad de vida de los pacientes afectados. En qué consiste, cómo cursa la patología, su tratamiento o la importancia de apoyo por parte del personal sanitario son algunas de las cuestiones que se desarrollan en el trabajo.

Según explican las autoras, la aparición de esta enfermedad



Dña. Rosa Peribáñez, primer premio, junto a las Auxiliares de Enfermería Lucrecia Hortelano y Raquel Cortés, quienes han recibido una Mención Especial, y el director de Enfermería del H. Virgen del Puerto, José Julio Valentín.

supone un fuerte cambio para la familia y el paciente, por ello los Auxiliares de Enfermería/TCE, al ser los profesionales que más tiempo pasan con el enfermo y su familia y al estar junto a ellos en etapas tan duras como la hospitalización, los momentos inmediatamente posteriores tras recibir malas noticias sobre su diagnóstico o pronóstico y en la fase pre y postquirúrgica deben establecer relaciones de ayuda con ellos, transmitiéndoles tranquilidad, estrechando la comunicación u ofreciéndoles apoyo siempre que lo necesiten.

Asimismo, es importante que el paciente aprenda a convivir con la enfermedad desde el primer momento, de tal manera que consiga una calidad de vida que le permita relacionarse con normalidad en su entorno. En este sentido, durante el tratamiento es

fundamental normalizar el estado del paciente: una nutrición adecuada, la realización de ejercicio y fisioterapia respiratoria y el tratamiento farmacológico son los tres pilares fundamentales para mejorar la situación del paciente con fibrosis quística. No obstante, en caso de patología pulmonar en situación terminal, estas tres actuaciones pasan a un segundo plano, y el trasplante pulmonar pasa a ser la opción terapéutica más adecuada.

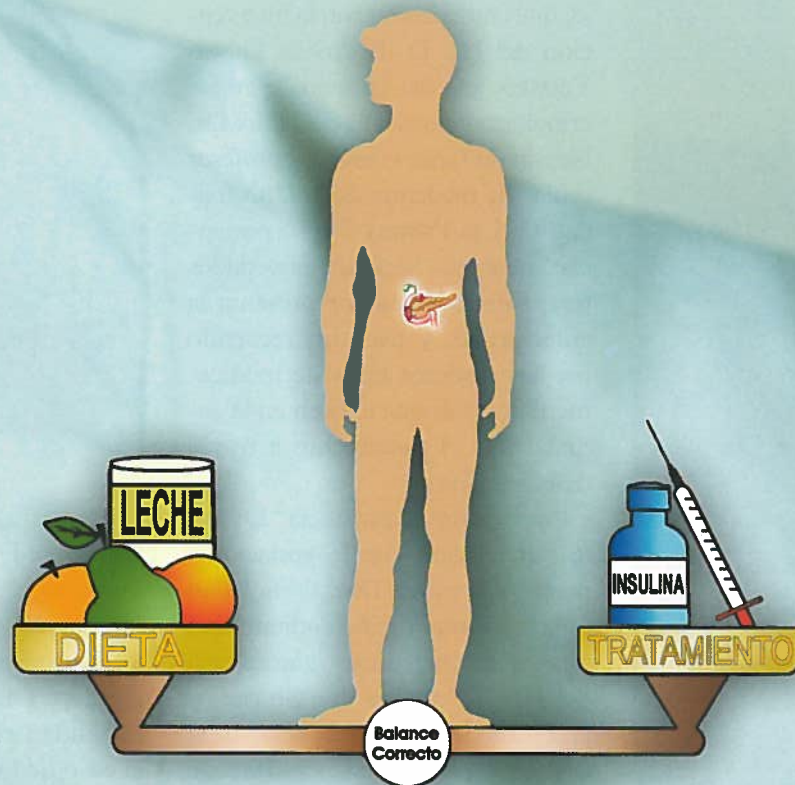
Estos tres trabajos galardonados sólo son una evidente muestra del gran nivel divulgativo de las obras presentadas a esta edición del Certamen Nacional de Investigación, lo que refleja además la pujanza e inquietud de todo un colectivo por abrir nuevas vías de investigación, teniendo como vínculo común impulsar las posibilidades formativas de su profesión.



XVIII Congreso Nacional de Auxiliares de Enfermería

El paciente diabético. Educación y cuidados ha sido el tema central del XVIII Congreso Nacional de Auxiliares de Enfermería, organizado por la Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería junto con el Sindicato de Auxiliares de Enfermería, y celebrado durante los días 25, 26 y 27 de abril en el auditorio Alfredo Kraus del Palacio de Congresos de Las Palmas de Gran Canaria.

TEXTO Cristina Botello



ESTA EDICIÓN DEL CONGRESO, la primera que, junto con la declaración de interés sanitario concedida por el Ministerio de Sanidad y Consumo, ha contado con una acreditación (1,9 créditos de formación continuada) por parte de la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid (Agencia Pedro Laín Entralgo), ha reunido a más de 600 congresistas que durante tres jornadas han podido compartir sus experiencias y ampliar su formación sobre una patología que afecta alrededor de 140 millones de personas en todo el mundo.

Los más de 60 trabajos presentados, entre ponencias, comunicaciones y pósters, han sido la base

de un programa científico en el que se ha podido constatar la importancia de una enfermedad con gran prevalencia y cuya inauguración contó con la vicepresidenta y consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias, Dña. M^a del Mar Julios; la consejera de Hacienda y Cooperación Institucional del Cabildo de Gran Canaria, Dña. Rosa Rodríguez; la presidenta de FAE, Dña. M^a Dolores Martínez; y la presidenta del Congreso, Dña. Elisa González. Un acto en el que las autoridades canarias manifestaron su apoyo a los Auxiliares de Enfermería, comprometiéndose, en el caso de la vicepresidenta, a seguir apoyando la labor de este colectivo y resaltando la importancia

que estos profesionales tienen en los equipos de enfermería.

» Programa científico

El pasado, el presente y el futuro se han dado la mano para analizar la diabetes —desde las primeras investigaciones de las que se tiene conocimiento encontradas por el egipólogo alemán George Ebers en 1873 en un papiro fechado alrededor de 1500 a.C., hasta los últimos trabajos que se están realizando con células madre, subrayando la importancia que tiene la educación y una correcta aplicación de los cuidados para evitar la aparición de las complicaciones asociadas a esta patología, junto con el



1. Dña. Inmaculada García, secretaria autonómica de SAI en Las Palmas; Dña. M^a Dolores Martínez, presidenta de EAI; y Dña. Elisa González, presidenta de esta edición del congreso, reciben a Dña. M^a del Mar Julios, vicepresidenta y consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias, a su llegada al Congreso.
2. Asistentes al XVIII Congreso Nacional de Auxiliares de Enfermería en el auditorio Alfredo Kraus.
3. Un momento del acto de inauguración.

análisis de las mismas—, estructurando estas tres jornadas de trabajo, que comenzaron con la intervención del Dr. D. Pedro de Pablos Velasco, jefe del servicio de endocrinología y nutrición del H. U. Dr. Negrín de Gran Canaria y profesor titular de medicina de la Universidad de Las Palmas. En su ponencia “Diabetes Mellitus: novedades terapéuticas”, el autor presenta la enfermedad, y hace un recorrido por los distintos tipos de medicamentos orales que existen en la actualidad y el tratamiento a través de la insulina.

Por su parte, la ponencia “Diabetes en relación con la gestación”, presentada por la Dra. D^a Soledad Oñate Tejada, médico adjunto del servicio de obstetricia y ginecología del H. U. Príncipe de Asturias, y la comunicación “Clasificación de la diabetes gestacional y el hijo de la madre diabética” expuesta por la Auxiliar de Enfermería del H. Fundación de Alcorcón de Madrid, D^a Isabel Colomé Martínez, han puesto de manifiesto las complicaciones que puede llevar asociadas la diabetes gestacional y han subrayado la importancia que, en este sentido, tiene un control estricto que asegure la correcta evolución de la gestación y el desarrollo del feto.

La perspectiva emocional y los aspectos psicosociales parejos a la enfermedad han sido analizados y debatidos durante la exposición “Entender la diabetes, comprender al diabético: una perspectiva emocional y afectiva en el tratamiento de la diabetes” de D. Edgar Bresó Estevé, profesor del departamento de psicología social de la Universidad Jaime I de Castellón, y “Diabetes en primera persona. Aspectos psicosociales en diabetes”, presentada por la Auxiliar de



Enfermería del H. de Montilla de Córdoba, D^a M^a de Gracia Mata Fernández. Dos trabajos que ponen de relieve la necesidad de que los profesionales sanitarios, los familiares y la sociedad en general entiendan esta patología para, en el caso de los profesionales de enfermería, poder ofrecer una asistencia adecuada que permita una adaptación óptima y facilite la educación-aprendizaje de los pacientes, quienes demandan una atención emocional especial que en ocasiones se ignora. Un apoyo que los familiares y la sociedad deben otorgar al diabético para conseguir que los objetivos del tratamiento se cumplan.

Durante esta primera jornada, cabe destacar la participación de D^a M^a Asunción Santamaría Vellido, Auxiliar de Enfermería del C.S. Siete Infantes de Lara de Logroño, con su ponencia “Cuidados al paciente diabético en Atención Primaria”, en la que se explica la labor del Auxiliar de Enfermería con un paciente diabético en Atención Primaria y el protocolo a seguir: tratamiento, revisiones, educación para el autocuidado, ejercicio, alimentación, etc.



» Educación y prevención

Ponentes y comunicadores han puesto de relieve, durante sus intervenciones, el importante papel que el profesional Auxiliar de Enfermería juega en los equipos de prevención y atención al paciente diabético y la importancia que la educación del paciente y su familia tiene en la prevención y el cuidado de complicaciones como la retinopatía diabética, el pie diabético o la enfermedad renal.

Así lo han explicado M^a Teresa López, M^a Victoria González, M^a Luisa Romero y M^a José Iglesias, Auxiliares de Enfermería del H. San Pedro de Alcántara de Cáceres, en su comunicación “Educación para el paciente diabético tipo II: ingesta, movilidad e higiene”. “A pesar de todos los avances en el tratamiento de la diabetes, la educación sanitaria del paciente sobre su propia enfermedad sigue siendo la herramienta fundamental para el control de dicha patología. Estos enfermos no pueden simplemente tomarse unas pastillas o insulina por la mañana y olvidarse de su condición el resto del día”.

En este sentido, una dieta adecuada, la práctica de ejercicio físico y

una correcta higiene son fundamentales para una persona diabética, ya que de ello depende la aparición de complicaciones asociadas a la diabetes. Así, por ejemplo, “para evitar la aparición de úlceras, lesiones, infecciones y necrosis en los pies, es importante que el paciente mantenga un buen control de la glucemia y evite los factores que pueden aumentar el riesgo de lesiones vasculares y nerviosas mediante el control de la misma. Para ello, el paciente debe seguir el tratamiento con insulina o hipoglucemiantes orales, una dieta adecuada con el aporte de vitaminas, proteínas y minerales correcto, evitar la obesidad, realizar ejercicio físico, controlar la tensión arterial, los niveles de lípidos en sangre, no fumar ni ingerir bebidas alcohólicas y realizar un cuidado diario y minucioso del pie que evite la aparición de heridas o rozaduras, y acudir al médico en caso de que se den estas lesiones”, tal y como han explicado Azucena Barco, Ramoni Oyarbide, Luis Miguel Eza y Ana Carmen Morales, Auxiliares de Enfermería de la Fundación H. de Calahorra de La Rioja, en su comunicación “Amputación asociada al pie diabético. Educación, prevención y cuidados”.

La importancia de la educación diabetológica en la infancia ha centrado dos de los trabajos expuestos durante la segunda jornada de congreso. “Educación diabetológica en pediatría”, presentada por D^a Rosa M^a Pérez Martín, DUE del H. Ntra. Sra. de la Candelaria de S. C. de Tenerife, y “El Auxiliar de Enfermería dentro del equipo educador y evaluador de la diabetes infantil en el Hospital Costa del Sol”, de D^a Helena Fernández Pérez y D^a Rocío Rodríguez Muñoz, Auxiliares de Enfermería del Hospital Costa del Sol de Marbella, Málaga.



4. Apertura del Congreso. De izquierda a derecha: Dña. Rosa Rodríguez, consejera de Hacienda y Cooperación Institucional del Cabildo de Gran Canaria; Dña. M^a del Mar Julios, vicepresidenta y consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias; Dña. M^a Dolores Martínez, presidenta de FAE; y Dña. Elisa González, presidenta de esta edición del Congreso.
5. Dña. María Asunción Santamaria, durante su intervención en esta edición del Congreso.
6. Mesa de clausura del XVIII Congreso. De izquierda a derecha: Dña. Elisa González, presidenta del Congreso; Dña. M^a Dolores Martínez, presidenta de FAE; D. Roberto Rodríguez, director de área de Salud de Gran Canaria; y D. Alberto Putze, presidente de la Asociación de Diabéticos de Gran Canaria.

» Observación en equipo

“El trabajo en equipo es una herramienta fundamental en la atención al paciente diabético durante su hospitalización, ya que permite identificar de forma más amplia las necesidades en el cambio de conducta. Asimismo, proporciona conocimientos sobre habilidades de autocuidado y cambio de hábitos en aspectos fundamentales para el cuidado de la diabetes como alimentación, higiene (cuidados de los pies, la boca...), ejercicio físico, etc., hecho que va a repercutir de forma beneficiosa en el buen control metabólico de la enfermedad y prevención de posibles complicaciones tanto agudas como crónicas”. Así lo han explicado Gabriela Moreno, Carolina Pérez y Mireya Schneider, Auxiliares de Enfermería del H. Costa del Sol de Marbella, durante su intervención “Educación al paciente diabético: una realidad compartida”.

El cuidado se hace imprescindible para evitar la aparición de complicaciones como la retinopatía diabética. “El control metabólico estricto no sólo de la glucemia, sino también de la tensión y del colesterol, son los factores más importantes para retrasar la evolución de la retinopatía y evitar su progresión hacia las formas graves. Otro factor importante e infradiagnosticado es la apnea del sueño, relacionada con la obesidad, y que es necesario tratar para reducir la isquemia, que favorece el edema macular y la aparición de microinfartos”, tal y como ha explicado la Dra. D^a. Esperanza Gutiérrez Díaz, jefa de sección del Servicio de Oftalmología durante la presentación de su ponencia “Manifestaciones oftalmológicas en la diabetes Mellitus”.



El acto de clausura a cargo de D. Roberto Rodríguez Rodríguez, director de área de Salud de Gran Canaria; D. Alberto Putze Hernández, presidente de la Asociación de Diabéticos de Gran Canaria; Dña. Dolores Martínez, presidenta de FAE; y Dña. Elisa González, presidenta de esta edición del Congreso, puso el punto y final a un programa científico en el que los trabajos presentados han subrayado la importancia que la educación diabetológica de todas las personas implicadas en la enfermedad —profesionales sanitarios, paciente, familia...— tiene para conseguir que el tratamiento cumpla sus objetivos y evitar la aparición de otras patologías tanto o más importantes que la propia diabetes: enfermedades cardiovasculares, neurológicas, retinopatía...

» Entrega de premios

Durante la cena de clausura del decimotercero Congreso Nacional de Auxiliares de Enfermería, M^a Dolores Martínez, presidenta de FAE, y Elisa González, presidenta del congreso, han entregado los premios otorgados por el Comité



7. El Dr. D. Enrique Francisco González Tabares, angiólogo. Cirujano vascular del H. U. de Canarias durante la presentación de su ponencia “Manifestaciones vasculares en el pie diabético”.
8. Una de las mesas de trabajo del Congreso. De izquierda a derecha: D. Enrique Benítez Mamero, secretario del Colegio de Podólogos de Canarias; Dña. Pilar Barrera Gómez, Auxiliar de Enfermería; y Dña. M^a Sol Flores Aparicio, Auxiliar de Enfermería del H. Txagorritxu de Vitoria.
9. Cristina Nicolás Luis durante la lectura de conclusiones.



Científico a las dos mejores comunicaciones y al mejor póster.

En esta ocasión, “Avances en el tratamiento de la diabetes”, de Montserrat Pérez, Josune Dorronsor, M^a del Carmen Zurdo y M^a Ángeles Regueiro, Auxiliares de Enfermería de la C. Vicente San Sebastián de Bilbao, se ha alzado con el primer premio a la comunicación.

El trabajo expone las causas y síntomas de la diabetes, pone de manifiesto la importancia de la dieta y la realización de ejercicio, recoge los tratamientos utilizados y en los que se está trabajando para

facilitar el control a los pacientes diabéticos, y explica los doce puntos sobre los que, según ha explicado la Federación Española de Diabetes, hay que trabajar para mejorar la atención a estos pacientes.

El premio a la segunda comunicación ha recaído en “Diabetes: historia y cuidados”, de Maribel González, Luisa Gálvez y Josep Pujol, Auxiliares de Enfermería de la Fundación Althaia de Manresa, quienes presentan un recorrido, desde la edad antigua hasta nuestros días, por la evolución histórica del concepto de la diabetes y los cuidados aplicados. El trabajo subraya cómo el papel social y profesional de la enfermería ha ido creciendo y evolucionando a través de la historia hacia una mayor profesionalización, lo que ha permitido a los Auxiliares de Enfermería participar en la gestión y administración de unos cuidados de calidad.

La próxima cita para optar a estos galardones tendrá lugar en la décimonovena edición del Congreso Nacional de Auxiliares de Enfermería, que se celebrará durante 2008 en Valladolid y versará sobre el paciente quemado.

Póster

El póster “Educación en el debut diabético hospitalizado” presentado por María Barrera, Eugenia García y Carmen Coello, Auxiliares de Enfermería del H.U. Virgen del Rocío de Sevilla, ha obtenido el galardón en el apartado de pósters.

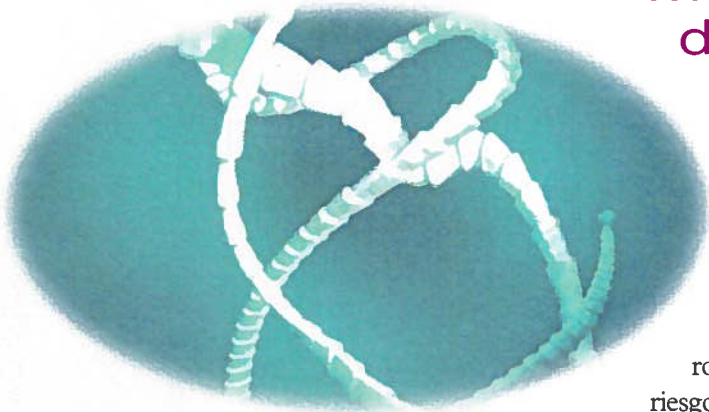


10. Dña. M^a Dolores Martínez y Dña. Elisa González junto con las autoras del póster “Educación en el debut diabético hospitalizado”, que se ha alzado con el premio en esta categoría.

11. Dña. M^a Dolores Martínez y Dña. Elisa González junto a las autoras de la comunicación galardonada con el segundo premio “Diabetes: historia y cuidados”.

12. Las autoras de la comunicación “Avances en el tratamiento de la diabetes”, que se ha alzado con el primer premio en este apartado, junto con Dña. M^a Dolores Martínez, presidenta de I-AE, y Dña. Elisa González, presidenta del Congreso.

» Mapa tropical de enfermedades



Se estima que de los 370.000 españoles que viajan anualmente a países situados en zonas tropicales, cerca de 30.000 ponen rumbo a África Subsahariana, una de las zonas geográficas que mayor riesgo entraña para el viajero.

Estas cifras ponen de manifiesto el incipiente interés de los españoles por unos destinos que requieren que el viajero adopte una serie de medidas higiénico-sanitarias por el alto riesgo que existe en estas zonas. Sin embargo, estas medidas no siempre se cumplen.

En opinión del Dr. Rogelio López-Vélez, autor del libro *Geografía de las Infecciones Tropicales: guía práctica por enfermedades* y jefe de la Unidad de Medicina Tropical y Parasitología Clínica del Servicio de Enfermedades Infecciosas del H. Ramón y Cajal de Madrid, “en torno al 70% de los viajeros no cumple con las medidas higiénico-sanitarias recomendadas, ya que no acude al médico para conocerlas”.

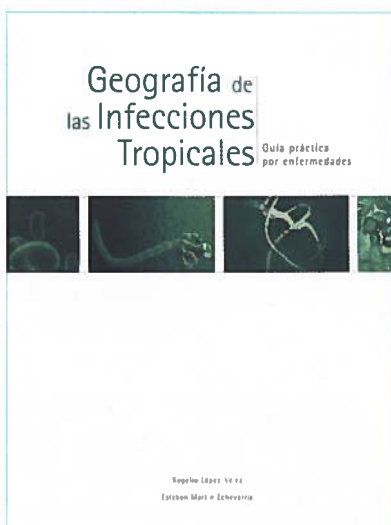
Partiendo de esta premisa, el Dr. López-Vélez cree necesaria una mayor implicación por parte de las agencias de viajes, ya que el desconocimiento del viajero conlleva una irresponsabilidad a la hora de acudir al médico.

» Geografía de las Infecciones Tropicales

El libro, patrocinado por GlaxoSmithKline (GSK), clasifica las infecciones tropicales por enfermedades, complementando así a uno anterior que lo hace por países. En este sentido, la infección tropical más frecuente del viajero es la diarrea, aunque la de mayor trascendencia sigue siendo la malaria.

El Dr. Rogelio López-Vélez explicó durante la presentación del libro que éste “hace una descripción pormenorizada de la epidemiología, la transmisibilidad, la clínica, el diagnóstico, el tratamiento y las medidas preventivas de los patógenos infecciosos tropicales más importantes ordenados alfabéticamente”.

Aunque existe un mayor conocimiento de las infecciones tropicales por parte de los profesionales sanitarios, “la práctica de la medicina del viajero exige la constante actualización de las zonas de riesgo y el conocimiento de brotes epidémicos, para poder adecuar en cada momento el consejo sanitario a los viajeros y para poder barajar los distintos diagnósticos al regreso”, concluye el Dr. López-Vélez.



Mundo Médico

del Mundo Médico

La aparición del dolor en el paciente oncológico es frecuente en algún momento de la enfermedad. Su impacto negativo sobre las funciones básicas empeoran su estado general y disminuye su calidad de vida y estado de ánimo.

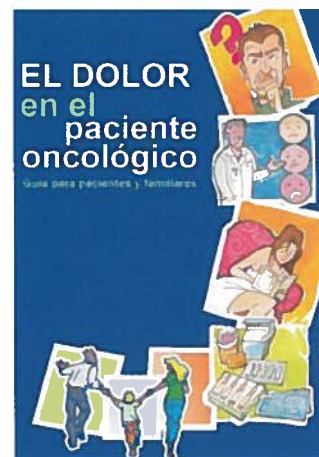
Con el fin de mejorar esta calidad de vida, recientemente se ha presentado el Programa Edupac, englobado en el Proyecto ALGOS y dirigido a pacientes oncológicos, cuyo objetivo es facilitar información tanto a estos pacientes como a sus familiares y cuidadores con el fin de enseñarles que el hecho de tener cualquier tipo de tumor no significa que tengan que sufrir dolor.

A través de actividades divulgativas, formativas y científicas el paciente podrá aumentar su nivel de conocimiento sobre su dolor, lo que le ayudará a explicárselo a los profesionales sanitarios. Una comunicación fluida entre el paciente y el médico es fundamental, ya que de ello depende una descripción y un tratamiento adecuados para controlar el dolor y mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

En este sentido, el diario del dolor, así como las diferentes escalas para medirlo, son dos herramientas muy útiles que permiten al paciente dar una descripción detallada de su dolor y al facultativo valorar y evaluar correctamente el mismo.

Entre el material del programa podemos encontrar un tríptico resumen sobre Edupac, una guía para pacientes y familiares en la que se describen de forma detallada los aspectos más relevantes que debe conocer sobre el dolor, información que facilita la comunicación con los profesionales y un tríptico con las 15 preguntas más frecuentes sobre el dolor y su tratamiento. Un material disponible en www.edupac.es.

» Educación para el dolor





...Y para variar

Alimentación funcional

Bajo el lema "Alimenta tu bienestar", el pasado 28 de mayo se celebró el Día Nacional de la Nutrición. Una jornada promovida por la Federación Española de Sociedades de Nutrición, Alimentación y Dietética, y que en su VI edición ha tenido como protagonistas a los alimentos funcionales.

CON EL OBJETIVO de concienciar e informar a la población de los beneficios que tiene llevar una buena y equilibrada alimentación sobre la salud y la calidad de vida, la Federación Española de Sociedades de Nutrición, Alimentación y Dietética (FESNAD) ha celebrado numerosas actividades en colegios, hospitales, ayuntamientos o empresas de toda España. Especialistas en alimentación, nutrición humana y dietética han explicado a la población a través de conferencias, talleres, foros o juegos, entre otras actividades, qué son los alimentos funcionales, cuándo y cómo incluirlos en la dieta o para qué y por qué utilizarlos.

Una jornada que los responsables de FESNAD también han aprovechado para recordar a la Administración Pública y a los medios de comunicación el importante papel que juegan en la educación alimentaria de la población. Así, según se han manifestado desde FESNAD, un área tan importante como es la alimentación y la nutrición requiere una implicación por parte de las administraciones públicas que propicie políticas para fomentar hábitos alimentarios saludables en la población, en sus diferentes ciclos vitales y, en especial, en niños, adolescentes y

ancianos. Igual de significativo es que los medios de comunicación adquieran una mayor responsabilidad a la hora de informar sobre cuestiones relacionadas con la nutrición.

» ¿Qué es un alimento funcional?

La relación existente entre dieta y salud ha despertado un gran interés en la población. Esta necesidad por mejorar la calidad de vida a través de la alimentación ha potenciado que la industria alimentaria lleve a cabo investigaciones encaminadas a buscar nuevas fórmulas que permitan identificar qué alimentos pueden mejorar la salud y el bienestar, y reducir el riesgo o retrasar la aparición de importantes afecciones, como las enfermedades cardiovasculares, el cáncer o la osteoporosis.

Según un consenso alcanzado bajo la perspectiva de la Unión Europea (1999), un alimento funcional es aquel "que contiene un componente, nutriente o no, con efecto selectivo sobre una o varias funciones del organismo, con un efecto añadido por encima de su valor nutricional y cuyos efectos positivos justifican que pueda

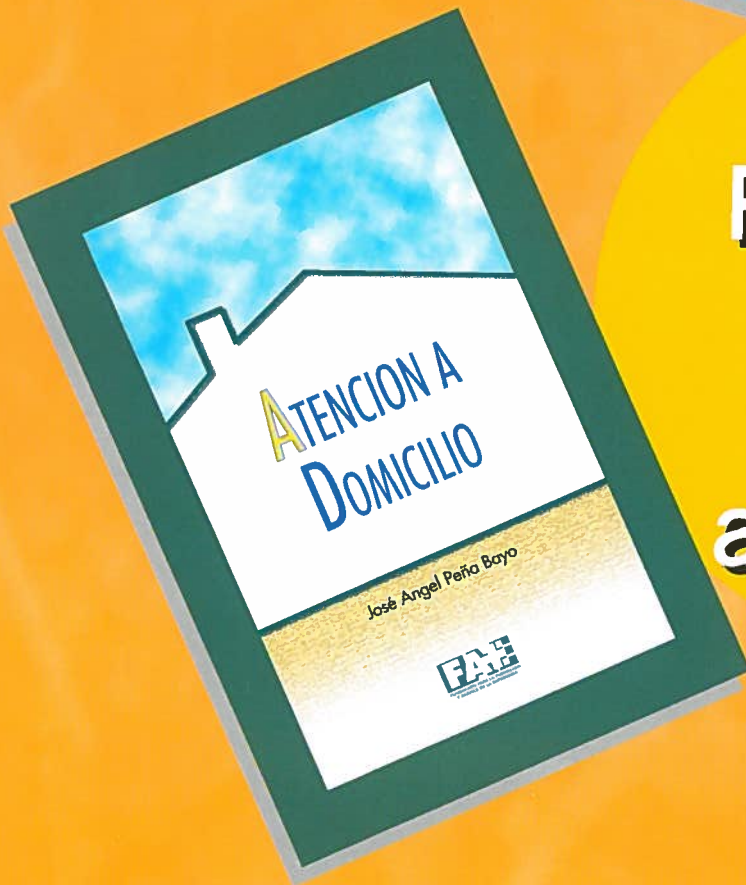
reivindicarse su carácter funcional o incluso saludable".

Estos alimentos pueden contribuir a reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares, mejoran la resistencia a la insulina, proporcionan un rendimiento óptimo de la actividad física y mantienen el peso y la grasa. Asimismo, en las mujeres embarazadas ayudan al desarrollo del feto, regulan el estrés emocional, reducen el apetito mediante la sensación de saciedad y regulan el tránsito intestinal, entre otros.

Un alimento funcional puede ser aquel al que se le ha añadido un componente nuevo para potenciar sus beneficios, se ha mejorado uno de sus componentes o se ha eliminado alguno de los mismos para reducir los efectos adversos sobre la salud.

En este sentido, el pan, los cereales, las verduras o la fruta son, junto con los lácteos, el aceite de oliva o el vino, algunos de los alimentos funcionales cuya aplicación es importante en el control de la toxicidad o carcinogenicidad provocada por contaminantes químicos presentes en los alimentos.

Un uso responsable de los alimentos funcionales previene enfermedades, mejora el estado de salud y ánimo, y propicia una calidad de vida óptima.



**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**

