



n° 51 • Revista de Auxiliares de Enfermería  
Tercer Trimestre 2007



# LA MUJER GIGANTE

Una aventura  
didáctica



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

## PROGRAMA DE FORMACIÓN A DISTANCIA

NOVEDAD



### CURSO ACADÉMICO 2007-2008

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

Con la intención de adecuar la oferta formativa a la demanda de los AE/TCAE ha incluido algunas novedades para el curso 2007-2008 y mantiene un programa actualizado y dinámico en el que se incluirán y ofertarán cursos específicos fuera de programa a demanda de los alumnos.

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

#### Actuación del AE/TCAE en servicios especiales.

Traumatismos y quemados		Actividad formativa acreditada por la CFC del SNS con 5,4 créditos	80 horas
Actuación del AE/TCAE en servicios especiales. Traumatismos y quemados I		Actividad formativa acreditada por la CFC del SNS con 4 créditos	40 horas
Actuación del AE/TCAE en servicios especiales. Traumatismos y quemados II		Actividad formativa acreditada por la CFC del SNS con 4 créditos	40 horas
Actualización del AE/TCAE en el bloque quirúrgico		Actividad formativa acreditada por la CFC del SNS con 5 créditos	65 horas
Atención del AE/TCAE al paciente con alteraciones mentales		Actividad formativa acreditada por la CFC del SNS con 5,1 créditos	80 horas
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
Cuidados materno infantiles		Actividad formativa acreditada por la CFC del SNS con 7,7 créditos	65 horas
Cuidados intensivos		Actividad formativa acreditada por la CFC del SNS con 6,6 créditos	40 horas
Úlceras por presión		Actividad formativa acreditada por la CFC del SNS con 7,9 créditos	65 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"/> Actuación del AE/TCAE en servicios especiales. Traumatismos y quemados ..... (80 h. 5,4 créditos)	60,10 €	84,14 €
<input type="checkbox"/> Actuación del AE/TCAE en servicios especiales. Traumatismos y quemados I ..... (40 h. 4 créditos)	36,06 €	60,10 €
<input type="checkbox"/> Actuación del AE/TCAE en servicios especiales. Traumatismos y quemados II ..... (40 h. 4 créditos)	36,06 €	60,10 €
<input type="checkbox"/> Actualización para AE/TCAE en el bloque quirúrgico ..... (65 h. 5 créditos)	48,08 €	72,12 €
<input type="checkbox"/> Atención del AE/TCAE al paciente con alteraciones mentales ..... (80 h. 5,1 créditos)	60,10 €	84,14 €
<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"/> Cuidados materno infantiles ..... (65 h. 7,7 créditos)	48,08 €	72,12 €
<input type="checkbox"/> Cuidados intensivos ..... (40 h. 6,6 créditos)	36,06 €	60,10 €
<input type="checkbox"/> Úlceras por presión ..... (65 h. 7,9 créditos)	48,08 €	72,12 €

TOTAL  TOTAL



LÍMITE DE ALUMNOS: 200 por edición.

FORMA DE PAGO: Mediante ingreso o transferencia a favor de "FAE", indicando los datos del alumno, en el Banco Popular. C/C Nº 0075-0079-51-0601414

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. ESTOY EMBARAZADO.** Cambios de humor, náuseas, antojos... todos los síntomas habituales en la mujer embarazada durante la gestación pueden, en algunos casos, ser mimetizados por el futuro padre. **08. LA HISTERIA BAJO UNA PERSPECTIVA NEUROLÓGICA.** El profesor Santiago Giménez-Roldán ha editado *Histeria. Una perspectiva neurológica*, un completo monográfico sobre una patología que afecta al 1% de la población mundial. **13. ASÍ SOMOS POR DENTRO.** 39 metros de largo, 8 de ancho y 7 de altura. Estas son las medidas de La Mujer Gigante, un proyecto que nos permite, especialmente a los más pequeños, conocer cómo funciona nuestro interior de una manera didáctica y divertida. **37. FUENTE DE VIDA... Y DE ENFERMEDADES.** SAE ha firmado un acuerdo de colaboración con Expo Zaragoza 2008, marco en donde se debatirá bajo el lema "Agua y desarrollo sostenible" la situación mundial de un recurso que anualmente ocasiona más de cinco millones de muertes por las enfermedades relacionadas. **46. UN INSTITUTO PARA LA HUMANIZACIÓN DE LA MEDICINA.** Nace el Instituto de Bioética y Humanidades Médicas para devolver a los profesionales sanitarios los valores sociales que las nuevas tecnologías y las prisas han desplazado a un segundo plano.



CONSEJO EDITORIAL DE NOSOCOMIO

**DIRECTORA** Dolores Martínez Márquez. **REDACCIÓN** Montse García, Cristina Botello. **COMITÉ CIENTÍFICO** José Ángel Peña, Agustina Sánchez, M<sup>a</sup> Dolores Domínguez. **COLABORADORES** BERBÉS ASOCIADOS. PLANNER MEDIA. **EDITA** FAE (Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería). Tomas López nº 3, 1<sup>a</sup> izq. 28009 Madrid. Tels.: 91 521 52 24/95. Fax: 91 521 53 83. E-mail: [administracion@fundacionfae.org](mailto:administracion@fundacionfae.org). **REDACCIÓN, ADMINISTRACIÓN Y SERVICIOS COMERCIALES** Tomas López, 3, 2<sup>a</sup> dcha. 28009 Madrid. Tels.: 91 309 01 02. Fax: 91 402 23 25. E-mail: [sae@sindicatosae.com](mailto:sae@sindicatosae.com). **DEPÓSITO LEGAL:** M-14.435-1993 **ISSN:** 1133-3847

La empresa editora no se hace responsable de las opiniones que los colaboradores de NOSOCOMIO puedan expresar en estas páginas

**AHORA VA A RESULTAR** que los modernos no lo son tanto. Los hombres han pasado los últimos años reclamando la posibilidad de disfrutar de un permiso por paternidad, más o menos largo, y nuestros ancestros ya se aprovechaban de su nueva condición de padre. De la covada, como rito ancestral, al permiso por paternidad legalizado puede haber un sinfín de explicaciones antropológicas, mágicas y emocionales, pero hay un único vínculo entre ambas situaciones: un hijo que acaba de nacer.

Es, en definitiva, con síntomas físicos o no, con mayor o menor ritual, la necesidad de compartir los primeros momentos de su vida. Una vida, que en la mayor parte de las ocasiones, da un nuevo sentido a la de los padres, o al menos una perspectiva diferente de la que tenían del mundo hasta ese momento.

Y quienes quieran tener una experiencia lo más parecida posible a la sensación de los últimos momentos de la gestación, nada mejor que un didáctico paseo por la exposición de La Mujer Gigante en la que, entre otros descubrimientos, gracias a un muñeco animatrónico veremos cómo se producen las contracciones previas al parto, los movimientos del feto y el posterior nacimiento del bebé.

Eso sí, finalizada la visita no hay ni covada ni permiso por paternidad.

# Buzón de sugerencias

## FELICIDADES NOSOCOMIO

M<sup>a</sup> Ángeles Soto Revuelta  
AE Málaga

Quiero felicitar a *Nosocomio* por sus 50 números. Es importante que proyectos como esta publicación nazcan y perduren en el tiempo, ya que en la actualidad los Auxiliares de Enfermería no tenemos muchas opciones para dar a conocer nuestros trabajos de investigación. Si bien nuestra labor asistencial es fundamental dentro de los equipos de trabajo, nuestra formación también lo es pues de ella depende la realización de nuestro trabajo de una forma profesional y cualificada. Las jornadas, los cursos y congresos a los que asistimos nos permiten aprender nuevos conceptos, técnicas y prácticas asistenciales que hacen posible que mantengamos unos conocimientos reciclados y actualizados.

Estas ganas e ilusión por aprender hacen que nos marquemos nuevas metas que se traducen en un escalón más en nuestro crecimiento profesional. Una forma de conseguirlo es con la realización de estudios e investigaciones cuya publicación, además de suponer un reconocimiento a nuestro esfuerzo, nos permite dar a conocer nuestro quehacer diario en las distintas unidades asistenciales. Por ello quiero agradecer a *Nosocomio* la oportunidad que en este sentido nos brinda a los profesionales Auxiliares de Enfermería.

## LA TELEVISIÓN NO ME DEJA DESCONECTAR

Araceli Fuentes  
AE Segovia

Me resulta imposible desconectar de mi trabajo gracias a los programadores de televisión. Trabajar en sanidad, llegar a casa, encender

la televisión y ¡oh! una serie sobre un hospital. Al día siguiente una serie sobre un médico borde, al otro sobre una clínica privada, otra de un servicio de urgencias... y si busco en las plataformas digitales incluso puedo encontrar reposiciones históricas como *Médico de familia*, *Farmacia de guardia* e incluso aquella estupenda serie de los médicos en guerra que intentaban llevar ésta con humor. Entiendo que son tramas fáciles, de comedia ligera ambientadas en este escenario como podrían estarlo en otro cualquiera. Pero no puedo más. ¡Vaya! que estoy deseando que encierren a Paris Hilton en una casa, con una televisión en la que sólo programen series de sanidad y en los intermedios programas de corazón. Un poquito de originalidad, por favor.

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 - 1<sup>o</sup> izq.

28009 Madrid

E-mail:

administracion@fundacionfae.org

# Estoy embarazado

En algún momento de la gestación de su pareja el varón piensa ¿qué sentirá?, ¿cómo será tener a tu hijo dentro? Algunos llegan a identificarse tanto, que incluso padecen los síntomas más característicos del proceso de gestación.

TEXTO Montse García



**EL SÍNDROME DE COUVADE** proviene de la palabra francesa *couver* que significa incubar o criar y afecta a algunos padres durante la espera. Los síntomas comienzan generalmente en el tercer mes de gestación o en la fecha cercana al parto, y mimetizan los síntomas habituales de la mujer embarazada: cambios de humor, náuseas, vómitos, antojos, aumento de peso, cansancio, presión arterial baja, calambres en las piernas o dolores abdominales similares a las contracciones uterinas.

Este síndrome afecta a un 10% de los futuros padres en embarazos normales, y a un 25% de los embarazos con dificultades. Las estadísticas reconocen que los hombres que consultan a un médico por estos síntomas son pocos, y que muchos no se atreven a averiguar sobre su situación porque se avergüenzan de sentirse “embarazados”. El síndrome de Couvade no es peligroso y, en muchos casos, a los hombres que no se creen que padecen síntomas de embarazo les da vergüenza comentarlo con su médico, a pesar de su preocupación.

Las explicaciones que se dan a la aparición de estos síntomas son varias. Algunas investigaciones están relacionadas con los cambios hormonales que aparecen en la mujer embarazada. De acuerdo con estos estudios, las mujeres eliminarían señales químicas que podrían ser detectadas en forma imperceptible por el hombre. Esto generaría en él una actitud protectora hacia su pareja, lo que provocaría estos síntomas para que acompañe a su mujer durante todo este período.

Otras investigaciones se basan en estudios hormonales que se llevaron a cabo en varios hombres, quienes durante la gestación de su pareja experimentaron un aumento de la prolactina y el cortisol.



El aumento en los niveles de estas hormonas generaría los síntomas y el comportamiento de la mayoría de los padres que ya están sumergidos en el mundo de los bebés.

Una teoría más para explicar este síndrome se basa en que el hombre trata de identificarse con la mujer embarazada. Es así como surgen sentimientos de celos, miedos a la llegada de un hijo, estrés por la responsabilidad de tener que convivir con una mujer que presenta cambios de carácter e incluso aversión por las relaciones sexuales durante el embarazo. Esta identificación con la mujer gestante generaría los síntomas en el futuro padre.

En 1991 un artículo del doctor H. Klein, de la Universidad de Texas, mencionaba, entre las posibles

La prolactina es una hormona normalmente presente en pequeñas cantidades en los hombres y las mujeres no embarazadas, ya que su principal acción es la de estimular la producción de leche tras el embarazo, durante toda la lactancia.

Couvade parece ser el equivalente psicosomático de los rituales primitivos de la iniciación en la paternidad.

causas, “la somatización de la ansiedad, una posible rivalidad con el recién nacido, la identificación con el feto, la ambivalencia sobre paternidad o la envidia del parto”.

Tres años después, un grupo de investigadores italianos de la Universidad de Pisa llegó a la conclusión que Couvade parece ser el equivalente psicosomático de los rituales primitivos de la iniciación en la paternidad. El 92% de los hombres está “implicado emocionalmente con el embarazo”, aseguraron entonces. Esta implicación se expresa a través de cambios en los hábitos sexuales en el 88% de

los casos, miedo y ansiedad en el 37% y curiosidad en el 48%.

El pasado mes de junio se publicó la investigación realizada con 282 varones por los científicos de la universidad londinense de St. George's. Los especialistas monitorizaron al grupo de hombres de 19 a 55 años, cuyas parejas estaban embarazadas, y compararon la información con la de otro grupo sometido a controles clínicos similares.

Los futuros padres se quejaron de síntomas como estado de ánimo cambiante, antojos, fatiga, depresión, vahídos, insomnio y dolores dentales.



En casos más extremos, experimentaron inflamación estomacal, lo que les hacía verse como si estuvieran embarazados.

Los médicos revisaron a once de los pacientes pero no lograron encontrar ninguna causa física que explicara su condición.

La mayor parte de los hombres notaron los síntomas en la primera etapa del embarazo de sus parejas, aunque otros tuvieron que soportarlos hasta que las mujeres dieron a luz pero, en cualquier caso, los síntomas desaparecieron cuando nacieron los bebés. En lo que respecta al plano biológico,

desde 2000, varios estudios han divulgado que la paternidad trae consigo cambios hormonales en el hombre.

La prolactina, por ejemplo, aumenta semanas antes del nacimiento. También se registran aumentos del estradiol y el cortisol. Incluso los niveles de testosterona son los más bajos durante los días posteriores al nacimiento. Estos resultados sugieren que los “hombres experimentarían cambios hormonales asociados a la paternidad y que esos cambios serían similares a los maternos”. Por otro lado, también se

está estudiando la posibilidad de que la mujer, a través de la respiración, elimine mediadores hormonales que sean percibidos por el varón.

Es muy común que los pacientes que presentan estos síntomas se preocupen por lo que les está pasando, pero que a su vez rehúsen pensar que pueda ser el embarazo.

Los casos de Couvade de origen emocional o psicológico se presentan, en general, en situaciones de embarazos con problemas, en los que fue difícil procrear o en padres primerizos.

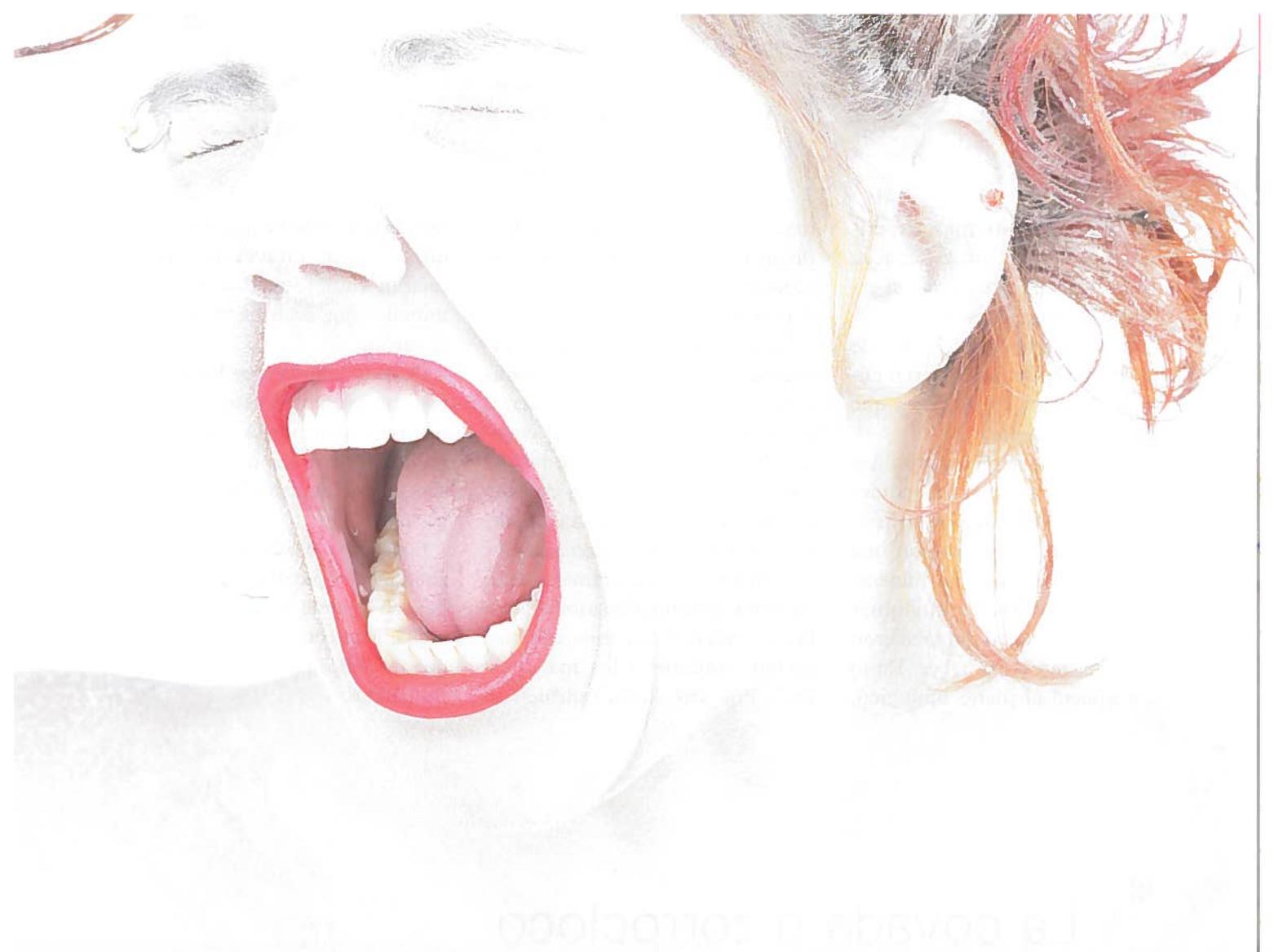
## La covada o zorrocloco

No es un síndrome pasajero y sin importancia sino una costumbre, tradición o rito. La covada alude al hecho de que sea el padre quien guarde cama y/o reciba las atenciones que corresponden a la madre después del parto.

La primera mención documentada de la covada data del siglo III a.C. Apolonio de Rodas, gramático y director de la Biblioteca de Alejandría, la describe así en su obra *Los argonautas*: “(...) llegaron a la Tíbarénida. En ese país, cuando las mujeres han dado hijos a sus hombres, son éstos quienes gimen, caídos en los lechos, con las cabezas envueltas, y ellas los cuidan con solicitud, les hacen comer y les preparan los baños que convienen a las recién paridas”. Durante el siglo XIX se recogen en el Museo

Etnológico y Antropológico de Madrid testimonios de esta costumbre. En el archipiélago canario (donde esta costumbre es conocida como zorrocloco), el marido guardaba cama durante y después del parto de su mujer, convirtiéndose en el receptor de presentes y agasajos.

Se han propuesto distintas explicaciones para comprender este fenómeno: la expresión del mágico vínculo físico entre padre e hijo, la búsqueda del equilibrio entre las energías masculinas y femeninas para combatir el mal, compartir el dolor del parto a partes iguales o, incluso, que podría tratarse de un invento de las mujeres para que el padre se quedase en casa con el fin de provocarle deseos de hacer más vástagos prodigándole cuidados y mimos.



# La **histeria** bajo una perspectiva **neurológica**

En la antigüedad, la histeria era considerada una patología propia de las mujeres, descuidándose la observación de fenómenos histéricos en el hombre; hoy sabemos que los síntomas psicogénicos se dan en miembros de ambos sexos —dos mujeres por cada hombre— y se pueden desarrollar a cualquier edad, afectando al 1% de la población mundial.

**TEXTO** Cristina Botello

**LA IRRITABILIDAD**, la sofocación, las convulsiones, la ansiedad o una excesiva lubricación vaginal fruto de la frustración eran síntomas claros de la enfermedad del útero, una patología conocida por los griegos como *Hysterus* —útero— y que, por el órgano implicado, afectaba únicamente a mujeres.

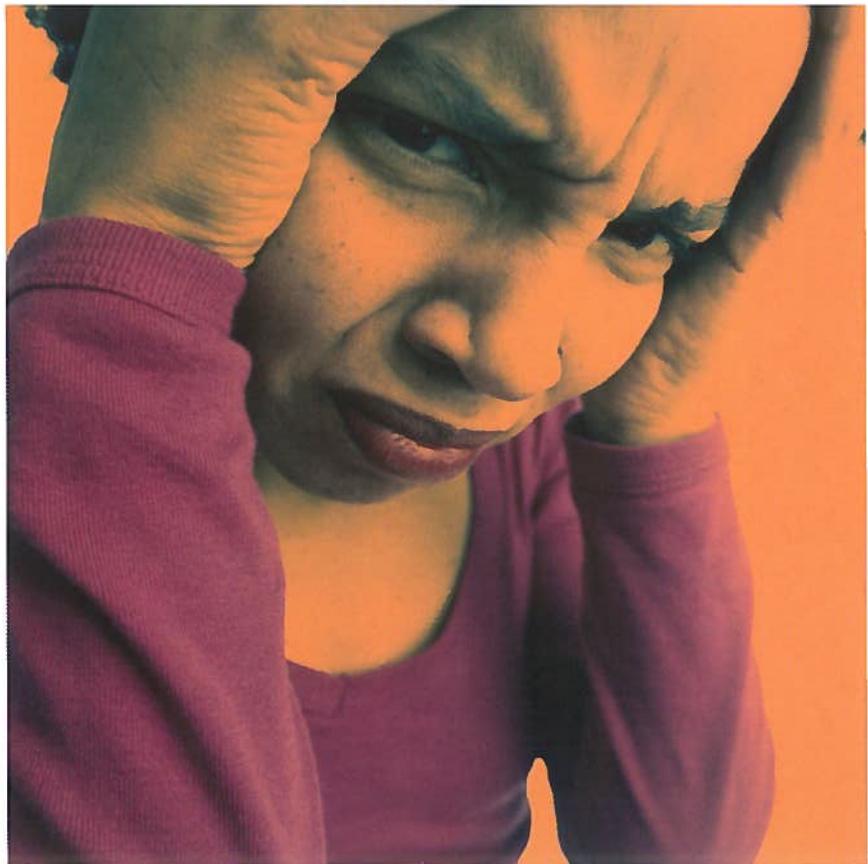
Esta visión de la histeria como una enfermedad de origen uterino que sólo encontraba curación mediante masajes en el clítoris se extendió hasta el s. XIX, cuando el padre de la neurología, Jean Martín Charcot, comienza a trabajar e interesarse por las pacientes histéricas ingresadas en el pabellón Sainte-Laure de La Salpêtrière. Sus observaciones subrayaron que la semiología observada en estas pacientes no encajaba bien con el método clínico-patológico y diseñó nuevas vías de estudio a través del hipnotismo y la sugestión, que le permitieron poner de manifiesto la existencia de la histeria masculina y llamar la atención sobre las manifestaciones de la histeria traumática. A pesar de las críticas que cosecharon sus experimentos, basados en la hipnosis, con personas histéricas, hoy en día las ideas de quien asentó las bases para el estudio de la histeria siguen influyendo en muchos de los conocimientos sobre esta parcela de la neurología.

#### » Síntomas histéricos

La alta carga peyorativa que acompaña al término histeria ha dado lugar a la utilización del adjetivo psicogénico para aludir a aquellas manifestaciones de carácter neurológico y no orgánico. De tal manera que podemos hablar de crisis psicogénica, temblor psicogénico, etc.

Hoy sabemos que no existe un perfil de personalidad característico de enfermo psicogénico. Habitualmente el desencadenante es un acontecimiento emocionalmente traumático, no obstante también pueden aparecer síntomas histéricos ocasionados por emociones positivas. En la aparición de la histeria pueden estar presentes factores como el alcohol o la cultura, pero los síntomas histéricos no entienden de raza, sexo ni edad. Así lo precisa el profesor Santiago Giménez-Roldán, jefe del servicio de neurología del Hospital Universitario Gregorio Marañón de Madrid y autor de la obra *Histeria. Una perspectiva neurológica*: “La histeria no es una enfermedad, es un síntoma que todo el mundo en condiciones de extrema emoción puede experimentar”.

Habitualmente el desencadenante es un acontecimiento emocionalmente traumático, no obstante también pueden aparecer síntomas histéricos ocasionados por emociones positivas.





Según la definición de histeria recogida en este monográfico, estamos ante “un conjunto de síntomas de aspecto neurológico desencadenados por causas psíquicas y producidos a través de mecanismos fisiopatogénicos distintos a los síntomas causados por lesiones orgánicas”.

Así, los síntomas histéricos son auténticos, lo que hace que el paciente histérico sea también un auténtico enfermo, no un simulador fraudulento; los pacientes imitan signos neurológicos tipificados, pero su naturaleza obedece a elaboraciones psicológicas. Estas manifestaciones físicas se suelen presentar en forma de temblores, tics, espasmos musculares o inmovilización corporal; no obstante, el paciente también puede presentar signos de carácter sensorial como la anestesia histérica. Estas manifestaciones pueden afectar a todo el cuerpo o una parte del mismo.

En ocasiones, el problema psicológico no se simboliza a través de la imitación de una enfermedad corporal sino de una enfermedad psíquica, en estos casos se habla de trastornos disociativos, ya que la identidad está disociada. En este sentido, ante una amnesia histérica, por ejemplo, el sujeto olvida quién es, y en algunos casos altera su propia identidad con la de nuevos personajes que va creando o que acepta; son los casos de múltiple personalidad.

El paciente se muestra seguro de su experiencia subjetiva de hallarse paralizado, ciego o amnésico. En todos estos casos de aparente enfermedad orgánica se presupone un

conflicto psicológico que se convierte en un síntoma orgánico que lo simboliza.

### » Diagnóstico y tratamiento

La histeria no ha dejado de estar presente en la clínica neurológica desde las primeras consultas de Charcot. Hoy en día, gracias a mejores técnicas y a un mayor número de neurólogos especializados se reconocen muchos más casos de histeria: entre el 20 y el 30% de los pacientes que acuden actualmente a una consulta presentan signos neurológicamente inexplicables desde el punto de vista orgánico, siendo su origen de carácter histérico o psicogénico. En este sentido, Giménez-Roldán explica que “entre los enfermos neurológicos con graves problemas como paraplejias, parkinsonismos e incoordinación, se sabe que del 1 al 3% de los mismos terminan considerándose pacientes con síntomas psicogénicos”.

Sin embargo, y a pesar del mayor número de casos reconocidos, el diagnóstico de un paciente con histeria continúa reportando numerosas dificultades. La complicación para encontrar una explicación física a los síntomas y la duda de si éstos son simulados por el enfermo, son dos de los principales obstáculos con que se encuentran los expertos.

“En la actualidad, los dos problemas más comunes en relación con la histeria son las crisis psicogénicas y los trastornos del movimiento psicogénico. Las primeras suelen plantear arduos problemas diferenciales con la epilepsia, y los segundos con enfermedades de los ganglios basales, como la distonía o el temblor”, concluye el profesor Giménez-Roldán. No

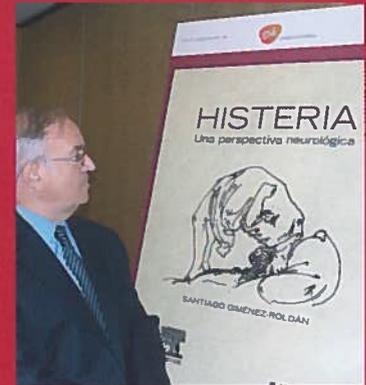
obstante, el diagnóstico de pacientes con histeria suele establecerse sin dificultad en los casos más llamativos.

Las complicaciones que acompañan a la realización de un buen diagnóstico hacen que lo ideal sea que en el mismo esté implicado un equipo multidisciplinar, siendo imprescindible la figura de un neurólogo y un psiquiatra, que, en ocasiones, pueden ver reforzados sus juicios con el punto de vista profesional de un fisioterapeuta o un psicólogo.

Los caminos separados que hasta hoy han seguido psiquiatras y neurólogos en el estudio de la histeria deben converger en uno: “es compromiso del neurólogo en tanto que sus manifestaciones asemejan enfermedades orgánicas del sistema nervioso; por su parte, el psiquiatra debe identificar y tratar el trastorno psíquico —la causa emocional— que subyace a los síntomas”, explica Giménez-Roldán en *Histeria. Una perspectiva neurológica*.

Así, es necesario un estudio conjunto que contraiga un planteamiento diagnóstico final en el que, además del equipo profesional, deben participar el paciente y su familia.

Desde el punto de vista terapéutico, no existe un tratamiento específico para los síntomas histéricos. Los pacientes con síntomas más graves deben ingresar en el hospital, donde los síntomas “se deben investigar formalmente con las técnicas complementarias habituales en problemas orgánicos parecidos a los que presenta”, según se recoge en *Histeria. Una perspectiva neurológica*. Existen pacientes que sufren depresión concomitante y deben tomar medicación antidepresiva.



Con el objeto de recopilar la epidemiología, la etiología, los síntomas, el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento de una patología con un diagnóstico y tratamiento complicados, el profesor Giménez-Roldán ha editado *Histeria. Una perspectiva neurológica*, herramienta que permitirá a los expertos diferenciar los síntomas psicogénicos de los orgánicos en los pacientes histéricos, lo que favorecerá la mejora en el manejo de los mismos.



“Normalmente las formas más agudas se recuperan bien —el paciente que ingresa en silla de ruedas puede salir andando minutos después—; sin embargo, cuando los síntomas se cronifican, el paciente con histeria, después de un largo peregrinaje por diferentes consultas, se convierte en un enfermo aislado socialmente, que recibe una pensión de invalidez y debe vivir bajo el cuidado de un familiar”, afirma el profesor Giménez-Roldán.

En estos casos crónicos, la terapia conductista es la mejor opción

para enseñar al paciente a desarrollar conductas positivas y modificar su comportamiento ante situaciones estresantes o conflictivas.

Las dificultades que puede plantear su diagnóstico, la inexistencia de un tratamiento específico y el abandono social que viven los pacientes con histeria hacen de ésta “un problema muy serio a tener en cuenta, ya que dos de cada tres pacientes con manifestaciones psicogénicas prosiguen indefinidamente con ellas, es decir, no se curan”, concluye el profesor Giménez-Roldán.

## Histeria colectiva

Histeria en masa, enfermedad psicogénica colectiva o histeria epidémica, tres formas de denominar los episodios de conducta colectiva anormal que durante la Edad Media estaban conectados con una gran exaltación religiosa. Hoy el origen de estos brotes histéricos no está tan relacionado con la teología como con el terrorismo, el miedo al contagio de patologías como el VIH —que adquiere especial sensibilización entre el personal sanitario— o crisis imaginarias inducidas por juegos de consola. Durante el siglo XX, fábricas, colegios, prisiones, orfanatos u hospitales han sido escenarios de diferentes episodios de histeria en masa. También se han observado brotes colectivos en familias unidas por fuertes lazos afectivos y de religiosidad, casos en los que lo habitual es imputar la situación a una intoxicación alimentaria o una supuesta contaminación del aire. Los factores culturales

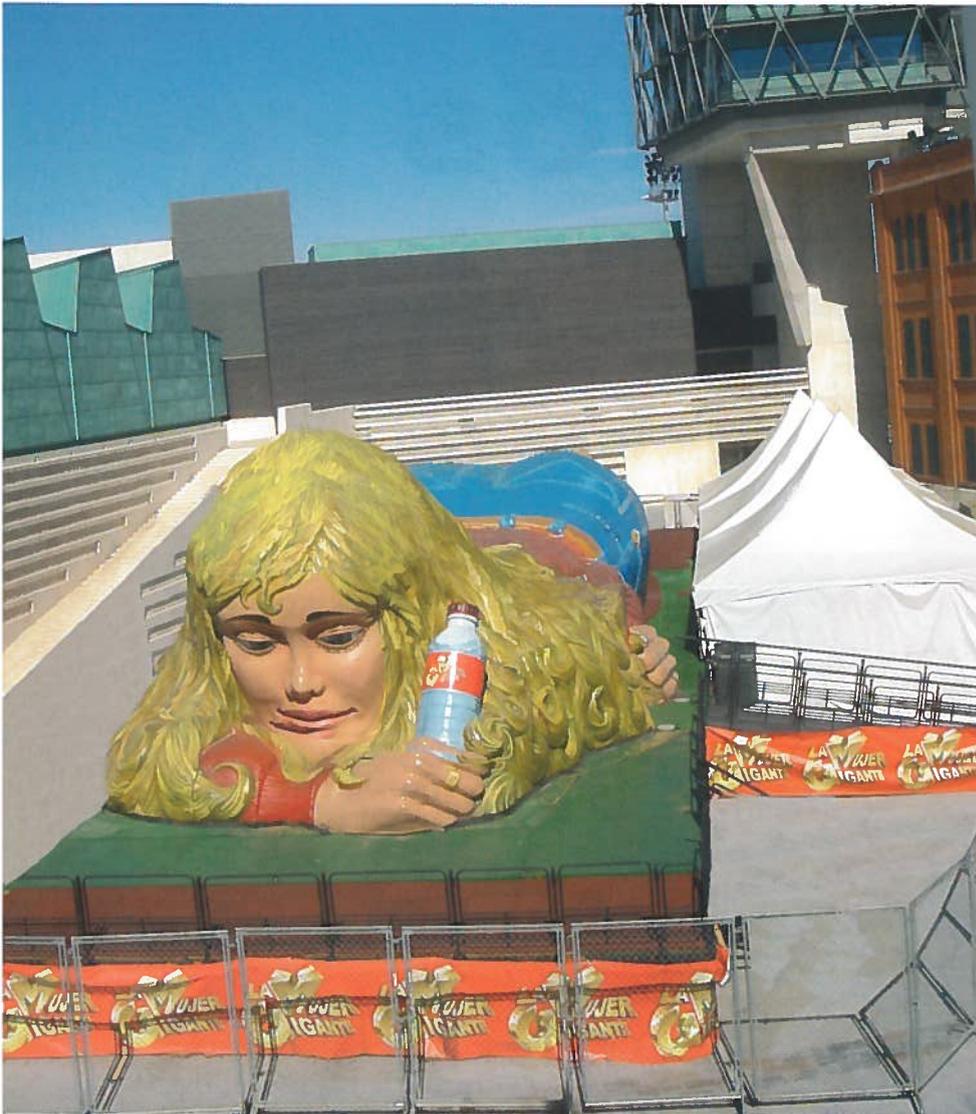
también se presentan como responsables de este tipo de histeria, siendo determinantes en brotes epidémicos de enfermedades sociogénicas. Suelen ser reflejo de las preocupaciones que predominan en la sociedad en un momento dado y cambian de acuerdo con el contexto y las circunstancias. Desde el punto de vista de las manifestaciones, las descripciones más antiguas suelen hacer referencia a síntomas motores y agitación psicomotora incubados en un entorno de fuerte tensión. Los brotes más recientes se caracterizan por una gran ansiedad desencadenada por la repentina aparición de olores sospechosos o alimentos supuestamente en mal estado. Cuando acontece un brote de histeria colectiva, es importante que se ofrezca atención individualizada a los afectados y se realice un diagnóstico positivo de forma inmediata para evitar especulaciones sobre causas misteriosas.

# Así somos Así somos por dentro por dentro



La mejor forma de aprender es la que, además, te permite divertirte con lo que haces. Esto es lo que han conseguido los 400.000 visitantes (el 63% de los cuales han sido estudiantes de todos los ciclos educativos) que se han paseado por el interior de **La Mujer Gigante**, comprobando cómo funcionamos por dentro de manera entretenida y divertida.

TEXTO Montse García



**ESTA EXPOSICIÓN CULTURAL** y didáctica de carácter interactivo propone un recorrido por nuestro interior en el cuerpo de una mujer situada en posición horizontal y con unas dimensiones 23 veces el tamaño real de una mujer de estatura media. La Mujer Gigante realmente lo es: 39 metros de largo, 8 de ancho y 7 de altura, y está construida con fibra de vidrio, plástico, látex, silicona, madera y metal, materiales todos ellos tratados para resultar ignífugos. Tiene un corazón que late y que bombea entre cinco y siete litros de sangre, lo que se observa a través de arterias y venas. Además, es fácil comprobar el efecto negativo que tiene en sus pulmones y alvéolos el consumo de tabaco, e incluso emite varios estornudos con una velocidad de salida del cuerpo humano de 150 kilómetros por hora.

La integración de la robótica y de los avances en informática proporciona a los visitantes un conocimiento de la realidad a partir de sus propias vivencias y percepciones:



están viendo y sintiendo cómo somos por dentro. Los efectos de luz, sonido y textura representan un viaje muy peculiar al interior del cuerpo humano, ya que permiten simular de manera, lo más real posible, el funcionamiento de todos los órganos y tejidos del organismo.

El doctor Bueno y varios monitores especializados guían a los visitantes en una aventura que comienza en su descomunal boca para continuar en la caja torácica, seguir en el estómago y finalizar en el útero, donde encuentran la última sorpresa: está a punto de tener un bebé y los visitantes comprueban las contracciones y los movimientos del feto.

Lo que más impresiona a quienes visitan la exposición es el nacimiento de un bebé, que se observa desde dentro de la madre, y que está tratado desde un punto de vista lúdico-didáctico, pues ayuda a conocer con naturalidad el milagro de la vida. Se logra con la participación de un muñeco

animatrónico, que realiza movimientos de ojos, párpados, boca, frente, mejillas, cuello, cabeza y, en el momento del parto, estira las piernas para poder salir del útero.

La exposición incorpora elementos interactivos que permiten ilustrar y demostrar los efectos perniciosos de los malos hábitos, como los daños causados por el tabaco y el alcohol. Además, se observan los efectos beneficiosos de una buena y adecuada alimentación, de la realización de ejercicio físico y hábitos de higiene.

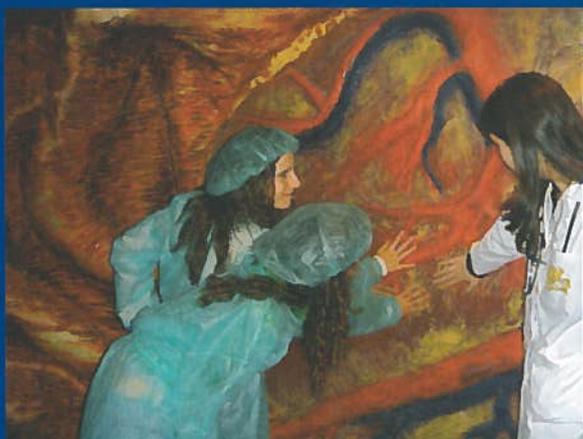
#### » Una iniciativa transatlántica

Esta iniciativa surge a instancias de los dos socios de la empresa que gestiona esta actividad (Acciones Loubarri, S.L.), que a la vista de una exposición similar en Hispanoamérica, encargan esta maqueta del cuerpo humano en Venezuela convirtiéndola en la primera experiencia de estas características que se lleva a cabo no sólo en España, sino en toda Europa.

La intención es que niños y jóvenes comprendan la importancia de la adquisición de hábitos de vida saludables en su quehacer diario, a lo que contribuye conocer mejor cómo somos en nuestro interior.

Parece que lo están consiguiendo, pues la muestra ha recibido, en las comunidades autónomas donde se ha exhibido, el respaldo de la comunidad educativa por el impulso que proporciona a los estudiantes de enseñanzas obligatorias para una mejor comprensión de las áreas curriculares relacionadas con los contenidos relativos al cuerpo humano.

La Mujer Gigante, que estará instalada en la localidad madrileña de Aravaca durante el próximo curso 2007-2008, ha visitado ya once localidades (varias ciudades de Galicia, Madrid, Oviedo y Valladolid) y la organización de este evento confirma su intención de desplazarse a una ciudad de la costa mediterránea, pero aún no están confirmadas las fechas.



# 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 evitara 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.

# Fibrosis quística (II)

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*

**En el número anterior publicamos la primera parte de este trabajo premiado que aborda la fibrosis quística, enfermedad hereditaria crónica que afecta a las zonas del cuerpo que producen secreciones y que podría desenlazar en la muerte.**

## TRASPLANTE PULMONAR

A pesar de los avances terapéuticos conseguidos y de recibir un tratamiento óptimo, hay un gran número de pacientes con FQ que fallecen en la segunda o tercera década de la vida como consecuencia de la insuficiencia respiratoria progresiva. El trasplante pulmonar (TP) es la opción terapéutica para estos pacientes. Su indicación se reserva para aquellos casos en los que la patología pulmonar está en situación terminal, la expectativa de supervivencia del paciente es limitada, y se han agotado todos los demás recursos terapéuticos.

Es difícil determinar el momento idóneo para indicar el trasplante pulmonar, y por ello existen normas aceptadas en consenso por los especialistas implicados en el tema.

Cuando se cumplen las condiciones, el paciente debe ser remitido a un grupo de trasplante, para así contar con el tiempo suficiente para su evaluación

y preparación adecuadas. La expectativa de vida de un paciente en esta situación se estima en menos de dos años, como confirma el hecho de que, en países con gran escasez de donantes, en los que el tiempo medio de espera para el TP es de 24 meses, hasta el 50% de pacientes fallecen sin llegar a ser trasplantados. En España el tiempo medio de espera para un TP es de 4 meses, por lo que, afortunadamente, el margen de actuación es más amplio y la mortalidad en lista bastante menor. De todas formas no debemos perder de vista el hecho de que no podemos elegir el momento del trasplante pulmonar, pues la realización del mismo depende de la disponibilidad de un donante que, además de ser compatible, tenga unas características morfológicas adecuadas al receptor, jugando el azar y la solidaridad un papel definitivo.

Para plantear el TP partimos de la premisa de que el paciente ha de estar respiratoriamente tan mal como para necesitarlo, pero no hay que esperar a que esté tan

mal que ya no pueda ser trasplantado. El TP no puede convertirse en una salida desesperada, debiendo ser realizado con las mayores garantías de éxito. Además de las contraindicaciones absolutas generales (enfermedad neoplásica, fallo severo de otro órgano vital, infección por VIH, hepatitis B o C), existen otra serie de contraindicaciones potenciales al trasplante más propias de la FQ como son la colonización pulmonar por gérmenes multirresistentes (*Burkholderia cepacia*, *Staphylococcus aureus* meticilina-resistente, microbacterias atípicas o *Aspergillus fumigatus*), la cirugía previa o la pleurodesis química y la ventilación mecánica invasiva.

Al ser la FQ una enfermedad séptica, con infección crónica de la vía aérea, es obligatorio el reemplazo de ambos pulmones, siempre que el corazón mantenga una función adecuada. Si el corazón presenta una afectación severa e irreversible, se realizará un trasplante cardio-pulmonar.

El organismo tiende a rechazar de forma natural el pulmón trasplantado por medio de su

sistema inmune, y por ello debemos establecer una continua lucha contra la naturaleza recibiendo el paciente de por vida un tratamiento inmunosupresor para evitar el rechazo.

La inmunosupresión también pasa su tributo, reduciendo la capacidad defensiva del organismo y haciéndolo más vulnerable a las infecciones, requiriendo el paciente una serie de medidas de prevención también de por vida.

El período crítico para la infección y el rechazo es el primer mes post-trasplante y se prolonga los tres primeros meses, aunque tanto la infección como el rechazo pueden aparecer en cualquier momento de la vida del paciente trasplantado.

Una vez trasplantado, el paciente debe seguir una serie de normas y controles periódicos tanto de la inmunosupresión como de la eficacia de la profilaxis antiinfecciosa, vigilando los efectos secundarios de los tratamientos, que pueden afectar a numerosos órganos y sistemas. Con un control adecuado conseguimos minimizar el riesgo de la infección y de los efectos secundarios del tratamiento, devolviendo al paciente en la mayoría de los casos a una situación de relativa normalidad y mejorando tanto sus expectativas de supervivencia como su calidad de vida.

Hasta un 10% de todos los pacientes con FQ llegan a recibir un TP y, aunque la mortalidad dentro de los tres primeros meses tras el TP llega a ser de un 10%, los resultados son bastante satisfactorios presentando una supervivencia actuarial postrasplante a los 3 y 5 años del 74 y 52%, respectivamente. A medida que se avanza en el control de

la inmunosupresión y del rechazo, podrán mejorar estos resultados, ya por sí mismos bastante esperanzadores.

## **RELACIONES INTERPERSONALES**

Nosotras/os, como parte del equipo de enfermería, somos el personal sanitario que más tiempo pasamos con el paciente y su familia; el que más cerca se encuentra de ellos en etapas críticas o delicadas como la hospitalización, los momentos inmediatamente posteriores tras recibir malas noticias sobre su diagnóstico o pronóstico, en la fase pre y postquirúrgica y, por supuesto, también durante la fase de agonía y muerte.

Nosotras/os, como profesionales, no debemos pasar por todas estas experiencias como meros espectadores. Forma parte de nuestra profesión establecer relaciones de ayuda con los familiares y los pacientes que están a nuestro cuidado, y para que estas relaciones sean productivas y reales debemos saber:

### **Vivencia familiar de la enfermedad**

Las expectativas que los padres han puesto en el hijo deseado se rompen ante el inesperado diagnóstico de una enfermedad crónica y degenerativa como la FQ.

Tras recibir el diagnóstico, un enjambre de sentimientos y emociones se desencadena en su interior. Todo representa un *shock* y puede que se sientan muy desgraciados y perdidos. Deben saber que estas reacciones son normales y otros padres las han experimentado anteriormente.

### **Confusión y parálisis**

En muy poco tiempo todo ha cambiado. La FQ, una enfermedad desconocida para ellos, ha surgido en su vida. A veces, les resulta difícil creer que esto les esté pasando y se sienten confundidos y bloqueados. Es posible que, por ello, no recuerden bien las explicaciones dadas por el médico en las primeras consultas.

Debemos transmitirles tranquilidad, expresarles que es normal lo que les pasa y aconsejarles la búsqueda de recursos que les permitan recordar bien las instrucciones dadas: tomarlas por escrito o pedirle a un familiar o amigo de confianza que les acompañe para ayudarles a manejar mejor la nueva información.

### **Miedo y desesperanza**

La aparición de una enfermedad crónica, como es la FQ, es un fuerte cambio para la familia y, en especial, para los padres del niño/a. Seguro que previamente a toda esta nueva situación su vida familiar estaba constituida por rutinas y reglas ya establecidas y definidas por ellos que parece que tienden a desaparecer para dar paso a otras nuevas instauradas por otras personas, el personal médico/sanitario. Hasta que el ajuste comienza, los padres se pueden sentir perdidos. Personas a quienes nunca han visto están tomando decisiones para su hijo/a. Incluso, aunque se sientan cómodos en el ambiente hospitalario, los sentimientos de desesperanza se desarrollan porque simplemente no hay en el día horas suficientes para cuidar a su hijo, ocuparse de sus propias emociones, aprender sobre la enfermedad, informar y

reestructurar a la familia para afrontar el momento y tomar decisiones sobre el trabajo. Abarcar todo es imposible.

De nuevo la calma es fundamental, que no se exijan demasiado requiere tiempo. En el momento en que empiecen a conocer la enfermedad, a establecer una relación agradable con el hospital y el personal, así como a estudiar las diferentes opciones de tratamiento y empiecen a tomar decisiones se irá disipando este sentimiento de indefensión.

### **Rabia y enfado**

Ante un diagnóstico de FQ es normal sentir rabia, enfado e incluso culpabilidad hacia uno mismo o hacia los demás. Son sentimientos comprensibles y comunes. Sin embargo, es necesario recordar que nadie tiene la culpa y que lo mejor es que aprendan a manejar estas emociones lo antes posible.

Algunas estrategias que pueden permitir un mayor ajuste podrían ser:

- Desarrollar la comunicación en la pareja, familia, amigos y personal médico-sanitario para evitar malentendidos y ayudar a fomentar la expresión de las emociones.
- Dedicar un día especialmente para su disfrute.
- Hacer ejercicio físico, escuchar música o cualquier otra actividad que permita desconectar.
- Que no duden en buscar apoyo o ayuda si ven que lo necesitan.
- Recordadles que no están solos y que hablar con otros les puede ayudar.

La enfermedad crónica de un hijo es causa de estrés grave para

los padres, pero también para el resto de miembros de la familia (hermanos, abuelos...), no sólo por la incertidumbre y la ambigüedad propias de los episodios de una enfermedad como es la FQ, sino por las necesidades especiales y de mayor cuantía que exige de los padres y por la perturbación de la red de interacciones internas que produce.

La importancia que tienen los padres en el manejo de la enfermedad es incuestionable, pero donde ésta se hace más patente es en la infancia. El difícil papel de los padres en esta etapa va a estar mediado por la readaptación que supone en sus vidas instaurar nuevos hábitos en cuanto a la alimentación, ejercicios respiratorios, toma de medicación... Esta readaptación supone, en algunos casos, tener pérdidas: algunas madres dejan de trabajar, la pareja puede reducir sus salidas e incluso dejar de salir con los amigos, dejan de realizar actividades placenteras; con lo que se agravan las emociones negativas y desagradables al carecer de momentos de satisfacción.

Progresivamente, y conforme el afectado de FQ se va haciendo mayor, deben ir delegando responsabilidades en él para desarrollar la autonomía e independencia necesarias que faciliten el paso a la siguiente etapa evolutiva; esto resulta en la mayoría de los casos muy difícil y en ocasiones imposible, con lo que puede mantenerse una actitud de protección y dependencia que repercutirá en el propio afectado cuando llegue a la adolescencia.

Como todos sabemos, la adolescencia es, por sí misma, una etapa difícil de la vida. Pero

para un adolescente con FQ es especialmente difícil por el conflicto que le supone que sus padres le pidan responsabilidades propias de adulto (toma de medicación, realización de ejercicios respiratorios, no entrar en lugares con humo...) y al mismo tiempo se le pide que mantenga el comportamiento propio de cuando era pequeño (obedecer las decisiones de los padres sin cuestionarlas o sin hacerle partícipe porque "sabemos que es lo mejor para él").

Si los padres no saben enfocar bien los conflictos que se producen, los adolescentes pueden desarrollar actitudes de rebeldía ante los tratamientos y hábitos de salud inadecuados.

### **Otro momento importante: el trasplante**

Cuando un enfermo de FQ es valorado por el equipo médico como posible candidato a trasplante pulmonar, pueden pasar muchos meses hasta que haya disponible un órgano adecuado e incluso puede suceder que el órgano no llegue a tiempo. Es por esto por lo que antes del trasplante las familias y el propio afectado pueden sentir ansiedad, depresión, inseguridad o problemas conductuales.

A esto se puede añadir un desajuste y desestructura en otros ámbitos de su vida debido a que:

- Probablemente deberán abandonar su domicilio para establecerse en un entorno desconocido, debido a que los lugares donde se realizan los trasplantes son Madrid, Barcelona, Córdoba, Santander y Galicia.
- Se produce una separación familiar, en ocasiones de hijos de corta edad.

- Agravamiento de la economía familiar. El alquilar un piso cercano al hospital duplica los gastos de residencia, ya que deberá mantener dos casas, sin conocer el tiempo de espera.
- El desarraigo que supone trasladarse a un lugar desconocido con cultura, clima y lengua diferentes.
- En ocasiones, el cuidador principal, esposos, padres hermanos, etc., abandonan trabajos o estudios, con agravamiento de sus economías o perspectivas de futuro.
- Desajustes emocionales tanto del paciente como del cuidador

por el estrés que supone la gravedad de la enfermedad, separación familiar, soledad, desarraigo, problemas económicos y personales sin resolver, etc.

A pesar de todo esto, la cantidad y calidad de vida de las personas con FQ aumenta significativamente comparada con la que tenían antes del trasplante, comienzan a realizar actividades que antes no podían hacer, dado que aumenta la actividad general, recuperan sus trabajos, van al colegio o la universidad... lo que favorece las relaciones sociales, familiares y personales.

## El final de la vida

Sin duda, el momento más duro es el final de la vida del afectado de FQ. El tema de la muerte sigue siendo un tabú en nuestra sociedad, de hecho poco se sabe sobre los patrones de interacción en las familias con enfermos de FQ en las fases terminales de la enfermedad.

La muerte como final de la vida es una constante en los enfermos de FQ y sus familiares, ya que puede sobrevenirles en cualquier momento: niñez, adolescencia, edad adulta... pese a sus esfuerzos por retardar este fatal acontecimiento. No es extraño encontrar sentimientos de ansiedad, miedo, falta de control sobre la propia vida, etc., creados por la incertidumbre sobre el momento concreto de la muerte.

En el proceso agonizante (desde la fase terminal hasta la muerte), el equipo especializado debe dotar de apoyo emocional y establecer el enfrentamiento con la realidad para más adelante ayudarles a expresar la tristeza por las pérdidas.

No se puede pretender evitar el sufrimiento, pero sí aumentar la calidad de vida del enfermo y sus familiares antes del fatal acontecimiento, facilitando la comunicación y prestando apoyo tanto al enfermo como a sus familiares.

Pese a todo lo expuesto, no debemos olvidar, para que nuestra ayuda sea sincera y real, que debemos saber y reconocer la gran labor y el enorme esfuerzo y sacrificio que realizan estos padres, hermanos, abuelos... para que el afectado de una enfermedad tan ansiógena como es la fibrosis quística disponga de una calidad de vida tan digna como la que merece cualquier persona.



## UNIDADES DE FIBROSIS QUÍSTICA

El incremento en las expectativas de vida de enfermos con FQ que ha tenido lugar en las últimas décadas está relacionado con múltiples factores vinculados fundamentalmente con la puesta en marcha de Unidades de FQ especializadas y con la utilización de nuevas modalidades terapéuticas.

El objetivo fundamental de todas las unidades de FQ es el control y seguimiento de este tipo de pacientes para instaurar un tratamiento comprensivo, individualizado y multidisciplinario con la participación de un gran abanico de expertos: neumólogos, gastroenterólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, personal de enfermería (DUE y TCAE), trabajadores sociales y psicólogos. Así como por un grupo cooperador compuesto por diferentes especialistas que

atenderán diversos problemas relacionados con sus especialidades (microbiólogo, hepatólogo, cardiólogo, psiquiatra, genetista, endocrinólogo, radiólogo, cirujano, ginecólogo...).

Es conveniente la educación y puesta al día de todos los especialistas implicados en el seguimiento de esta enfermedad con la elaboración de protocolos, seminarios y reuniones que serán responsabilidad del director de la unidad.

También es de relevancia la cooperación con las asociaciones de padres o asociaciones de enfermos de FQ, Sociedad Científica contra la FQ y otros estamentos estatales o privados con el fin de diseñar estrategias de trabajo en cuanto a investigación, enseñanza, educación y entrenamiento (hojas informativas), control de calidad, cooperación con unidades de FQ nacionales e internacionales, creación de bases de datos y recogida de fondos públicos.

En Madrid, las Unidades de referencia de FQ se encuentran en:

- Hospital Ramón y Cajal.
- Hospital La Paz.
- Hospital Infantil Niño Jesús.
- Hospital Doce de Octubre.
- Hospital de La Princesa.

## FIQUI

Dado que la FQ es una enfermedad que acompaña al paciente durante toda su vida, se hace necesario que éste aprenda a convivir con ella desde que tiene uso de razón.

Especialmente complicado es hacerle entender a un niño qué es la FQ, por qué la padece él y cómo debe cuidarse para poder mantener una calidad de vida que le permita relacionarse con normalidad en su entorno.

Para facilitar esta labor a padres y profesionales existen textos didácticos, a modo de cuento, sobre la FQ. Nosotras adjuntamos aquí, "Fiqui", un texto extraído del *Manual práctico para padres de niños con fibrosis quística* de la Asociación Madrileña contra la Fibrosis Quística.



## CUENTO

¡Hola!, Soy Fiqui, estoy contigo desde que naciste y como vamos a estar siempre juntos, quiero que me conozcas y sepas cómo tratarme, porque a veces doy un poco la lata y hay que ponerse serio conmigo.

### *¿Por qué estoy contigo?*

Yo antes de estar contigo estaba un poquito dentro de tu papá y un poquito dentro de tu mamá, aunque ellos no lo sabían; y como pasa con las rifas o en los sorteos, coincidió que cuando tú naciste, esos dos poquitos, Fi y Qui, se juntaron. Podían no haberse unido, o podía haber aparecido sólo Fi o sólo Qui, pero aparecí yo, Fiqui.

Hace algunos años me descubrieron y me pusieron un nombre muy largo: Fibrosis Quística; pero a mí me gusta que me llamen Fiqui.

### *¿Cómo soy?*

Me gusta mucho cambiar y tengo cantidad de disfraces diferentes, según la persona donde estoy aparezco de una forma o de otra; por esto, algunos médicos a veces no me reconocen bien.

Yo estoy dentro de tu cuerpo y según el sitio que haya elegido para vivir, así notarás tú mi presencia.

Los sitios que más me gustan son: los pulmones, la tripa y el sudor, y muchas veces incluso tengo casa en los tres. Pero esté donde esté lo que hago es poner nerviosas a unas glándulas que se llaman exocrinas y producen mucosidad, y en lugar de hacer su trabajo de forma normal, se confunden y lo hacen mal.

Es importante que me conozcas bien y sepas dónde estoy dentro de ti, porque como te dije antes, si no me tratas como yo necesito, me pongo muy pesado, me porto mal y a ti te ocasiono problemas de salud.

### *¿Qué hago en los pulmones?*

El trabajo de las glándulas que tienen ese nombre tan difícil —exocrinas—, es fabricar mucosidad; esta mucosidad que ellas hacen es finísima y resbaladiza; sin embargo, cuando yo estoy alrededor no se queda tan bien la mucosidad, sino que la hacen gorda y pegajosa.

Al ser gorda y pegajosa, esta mucosidad no se desliza fácilmente por los pulmones y los limpia, sino que se queda pegada y bloquea algunos conductos que te sirven para respirar, haciéndote difícil en ocasiones respirar. Por eso necesitas toser muchas veces, y cuando toses te sientes mejor. Tú tienes que toser todo lo que quieras, aunque la gente te mire.

Tus amigos no deben pensar que con tu tos se pueden contagiar de mí, porque lo que haces es desbloquear los conductos de tus pulmones, pero yo Fiqui no salgo de ti.

Además de toser existen otros sistemas para mejorar los problemas que causo a tu respiración, como son: los medicamentos que te dan todos los días y los ejercicios respiratorios que haces poniéndote boca abajo, sobre el regazo de papá o mamá, para que ellos te den golpecitos en el pecho y la espalda, y que cuando crezcas un poco, serás tú solito quien lo haga.

Es importante también que hagas ejercicio físico, que juegues con tus amigos y participes en sus actividades, pero si papá, mamá o tu profesor te dice que algún juego no te conviene, no te enfades, obedécele que lo dice por tu bien y además tú sabes que hay muchísimos otros juegos divertidísimos con los que entretenerte.

Otro fastidio, por tenerme a mí, Fiqui, es que tienes mucha facilidad para constiparte y coger catarros, por eso en las épocas de más frío quizá te convenga quedarte en casa, y si alguno de tus amigos o hermanos tiene gripe lo mejor será que en unos días no estés con él.

### *¿Qué hago en tu tripa?*

Es muy parecido a lo que hago en los pulmones, o sea, distraer y poner nerviosas a las glándulas exocrinas de forma que la mucosidad que fabrican no es la normal sino más gruesa y densa, y aquí lo que se obstruye son los conductos por los que pasan unos jugos que se llaman enzimas digestivas y que sirven para hacer la digestión, transformando los alimentos en combustible para el cuerpo y así poder correr, saltar, jugar...

Al estar taponados los conductos por los que las enzimas van al estómago, los alimentos que comes no se transforman y por tanto el cuerpo se queda sin recibir energías.

Pero no debes preocuparte porque unos señores muy listos han inventado unas pastillas especiales que sustituyen a las enzimas, lo que permite a tu estómago hacer la digestión de los alimentos que comes y producir así energía para todo tu cuerpo.

Por eso es muy importante que tomes siempre las pastillas que te dan y comas los alimentos que mejor te sientan.

### *¿Qué hago en el sudor?*

Cuando sudas porque hace mucho calor o porque has hecho ejercicio, ese sudor tuyo es mucho más salado que el de tus amigos y hermanos.

O sea, a través del sudor estás perdiendo sal, por ello a veces te pondrán tus comidas más saladas que las de los demás.

### *Lo que no debes olvidar sobre FIKUI*

1. Fiqui desordena tu respiración y la digestión de tus comidas, y por eso, aunque comas bien, quizá seas más delgadito que los niños de tu edad.

2. Para mantener a Fiqui a raya y poder hacer una vida normal —ir al colegio, jugar, estudiar...— es muy importante que te acuerdes de tomar siempre todas las medicinas, porque si no Fiqui, que tiene mucha cara, se aprovecharía de este olvido y haría alguna de las suyas en tu salud.

3. Es importante que toses siempre que tengas ganas porque eso te ayuda a respirar mejor, y que te abrigues muy bien en invierno para evitar los constipados.

4. Es importante para que Fiqui esté distraído y no gaste bromas pesadas, que tú tengas muchos amigos y hagas una vida normal participando en todas las actividades que puedas.

## ESTUDIO

Realizado sobre un grupo de 298 pacientes con afectaciones pulmonares. Todos ellos requirieron ingreso hospitalario en alguna ocasión durante el año 2005, y todos estaban incluidos en la lista de trasplante pulmonar.

De los doscientos noventa y ocho, cincuenta y uno, es decir, un 17,11%, padecían FQ. Y de estos un 24,9% ingresaron en nuestra planta a cargo del servicio de Neumología por reagudización de su proceso y para valoración de su inclusión en lista de emergencia o lista de trasplantes prioritarios.

Casi todos procedían de fuera de Madrid, al ser el Hospital Universitario Puerta de Hierro uno de los pocos hospitales de referencia para trasplante pulmonar.

Para analizar los cuidados Auxiliares de Enfermería recibidos por estos pacientes tomamos como "objeto" de estudio a tres de ellos: dos hombres de 24 y 27 años, respectivamente, y una mujer de 30 años. Los tres procedentes de las Islas Canarias.

### Protocolo de acogida

El ingreso hospitalario es un momento de estrés en la vida de cualquier persona, más aún para este tipo de pacientes que en la mayoría de los casos han tenido que dejar atrás sus ciudades de origen, familia, etc., y que no saben cuál va a ser su futuro inmediato, si mejorarán, serán incluidos en la lista de trasplantes prioritarios, y en cualquier caso, si llegarán a tiempo los pulmones que necesitan.

Se ha demostrado que el primer contacto que mantienen el paciente y su familia con el personal

de enfermería que los recibe es fundamental para reducir o aumentar ese estado de ansiedad con que llegan. Recibirles con una sonrisa y con una actitud relajada y de escucha facilitará enormemente la comunicación y nuestro trabajo, así como su adaptación al nuevo entorno.

A su llegada a planta:

1. Saludamos amablemente y nos presentamos por nuestro nombre y categoría profesional. Explicamos al paciente que le tenemos que pesar y tallar (siempre que su estado lo permita).
2. Pesamos y tallamos. Se llevará un control del peso diario.
3. Preguntamos al paciente sobre sus hábitos alimenticios y si tiene alergia a algún tipo de alimento. También consultamos sobre posibles restricciones dietéticas, ya que la mayoría de los pacientes con FQ son diabéticos. Teniendo todo esto en cuenta solicitamos su dieta a cocina. Si el paciente es portador de sonda nasogástrica para nutrición enteral o su estado requiere una alimentación especial, debemos esperar instrucciones de la enfermera sobre el tipo de alimentación y la pauta de administración.
4. Acompañamos al paciente y su familia a la habitación. Si ésta es compartida con otro paciente les presentaremos mutuamente, facilitando así un primer contacto entre ellos que de otra forma podría resultarles un poco incómodo. Les informamos, lenta y claramente, sobre dónde están los dispositivos de luz de la habitación, el timbre de llamada, el armario donde pueden guardar su ropa, el cuarto de baño,

así como sobre el funcionamiento del teléfono y la televisión, horarios de comidas y de visitas, etc. Les facilitamos pijama, toallas y utensilios de aseo.

5. Estos pacientes requieren oxígeno las 24 h del día. Todos tienen oxígeno domiciliario y la mayoría traen unas pequeñas balas portátiles que llevan a modo de mochila siempre que salen de casa. Una vez en la habitación, comprobamos el flujo y la concentración de oxígeno que requieren y conectamos el dispositivo (gafas nasales o mascarilla) a la toma central de la habitación.
6. Antes de salir de la habitación les preguntamos si tienen alguna duda, y les ofrecemos la posibilidad de solicitar nuestra ayuda siempre que lo necesiten.

### Ayuda para las AVD (Actividades de la Vida Diaria)

Estos pacientes ingresaron en pleno proceso de reagudización con infección respiratoria, a su llegada a planta presentaban dificultad respiratoria severa, astenia y anorexia. Su situación requería reposo absoluto en cama, con cabecero elevado entre 45 y 90 grados (Fowler y Fowler alto), por lo que hasta que no hubiese una mejoría en su estado debíamos considerarlos pacientes dependientes con un índice de Norton entre 12 y 13.

1. *Aseo diario.* Durante los primeros días, semanas incluso, realizamos el aseo en cama debido a su delicada situación respiratoria. Antes de comenzar con el aseo, informamos al paciente sobre lo que se le va a hacer y realizamos éste de

forma relajada y cordial cuidando en extremo la intimidad del paciente y reduciendo, en la medida de lo posible, su angustia. Recordemos que son pacientes jóvenes con un sentido del pudor muy acentuado. Durante el aseo vigilamos en extremo los dispositivos conectados al paciente (oxigenoterapia, SNG, sueroterapia, etc.), evitando desconexiones, acodamientos, tirones y/o manipulaciones incorrectas. Tras el aseo facilitamos al paciente enjuagues bucales que podrán realizar ellos mismos cada vez que se laven los dientes y siempre que lo necesiten. Con el tiempo, a medida que el paciente mejore, irá realizándose el mismo el aseo. Cuando su situación le permita abandonar la cama, le acompañaremos hasta el baño y allí nos mantendremos vigilantes, hasta que su recuperación le permita independizarse totalmente de este cuidado nuestro.

2. *Arreglo de la cama y cambio de sábanas.* Se realiza a diario tras el aseo, y a lo largo del día tantas veces como sea necesario. La infección respiratoria eleva la fiebre de estos pacientes varias veces al día, y tras la administración de los antipiréticos pautados sufren una sudoración profusa que obliga al cambio de sábanas y pijama. Es muy importante mantener la ropa de cama completamente seca, ya que la humedad afectaría de forma negativa no sólo a su comodidad, sino también a su proceso infeccioso.

3. *Alimentación oral.* También durante los primeros días necesitan nuestra ayuda para alimentarse, ya que la extrema debilidad y fatiga les impide

hacerlo por sí mismos. Mientras dure esta situación los alimentos a administrar deberán ser de consistencia blanda y fácil masticación, ya que el simple acto de masticar y deglutir aumenta en ellos, de forma muy considerable, la demanda. No pueden prescindir de la oxigenoterapia en ningún momento del día. Durante la alimentación, cuando su estado lo permita, utilizarán gafas nasales, mucho más cómodas, pero que permiten un flujo menor de oxígeno. En los momentos de reagudización a los que estamos haciendo referencia, deberán mantenerse los dispositivos de alto flujo, con mascarilla, y sólo podremos retirarla el tiempo estrictamente necesario para introducir el alimento en la boca. A medida que el paciente mejora, comienza a alimentarse por sí mismo y progresamos su dieta hasta la normalidad. En la mayoría de los casos estos pacientes no ven cubiertas sus necesidades energéticas y nutricionales con una alimentación normal, por lo que necesitan tomar suplementos alimenticios en forma de batidos, púdines, etc. Debemos conocer qué suplemento toma cada paciente y cuál es la pauta horaria para administrárselo o facilitárselo, según situación.

4. *Alimentación enteral por sonda nasogástrica.* De los tres pacientes sobre los que se realizó este análisis de cuidados auxiliares de enfermería, dos necesitaron la colocación de una sonda nasogástrica para alimentación al ingreso. La enfermera nos informa sobre el tipo de alimentación, cantidad y horario de cada toma. Cada

toma de nutrición enteral se complementará con una cantidad "x" de agua, de la que también nos informará la enfermera previamente. Muy importante:

- Informar al paciente sobre lo que le vamos a hacer.
- Aspiración de contenido gástrico a través de la sonda, con jeringa de 50 cc de cono ancho, antes de cada toma para comprobar que no quedan restos de la toma anterior. Si quedasen restos, los reintroducimos e informamos a la enfermera. Retrasamos la toma hasta que el paciente haya digerido la anterior.
- Los dispositivos de administración de nutrición enteral deben mantenerse siempre limpios, cambiarlos cada 24 horas y siempre que sea necesario.
- La alimentación se administra a temperatura ambiente. Una vez abiertos los botes de NE, se conservarán en nevera, de donde habrá que sacarlos previamente a la toma para que alcancen la temperatura adecuada de administración.
- No debemos olvidarnos del agua que debe acompañar a cada toma, ya que estas fórmulas nutricionales son muy ricas en nutrientes y sales, que sin el agua deshidratarían rápidamente al paciente.
- Hay que lavar la sonda tras cada administración para evitar obstrucciones. Basta con introducir a través de la sonda unos 50 cc de agua.
- Informaremos a la enfermera de cualquier anomalía que observemos o que el paciente nos refiera.

- Cuidaremos que el punto de fijación de la sonda se encuentre en óptimas condiciones.

5. *Enteral por gastrostomía.* El procedimiento a seguir será el mismo que para la sonda nasogástrica.

6. *Eliminación.* La disnea severa que padecen estos pacientes a su ingreso les obliga a mantener reposo absoluto en cama durante los primeros días, por lo que debemos ayudarles cuando necesiten orinar o defecar, facilitándoles botella/cuña y/o cuña respectivamente. Además, los pacientes de FQ requieren un control de la ingesta líquida y la diuresis, que se realiza a diario y por turno, contabilizando la cantidad de líquido ingerido y midiendo en copa graduada la cantidad de orina emitida. Cualquier anomalía en la cantidad, olor, color, consistencia, etc., de orina y/o heces debemos comunicarla a la enfermera.

### **Oxigenoterapia**

Durante los procesos de reagudización, estos pacientes precisan oxígeno a alto flujo. El neumólogo es el encargado de pautar el caudal y la concentración a la que debemos mantener dicho oxígeno, así como el intervalo de saturación en el que debe estar el paciente.

Debemos medir periódicamente la saturación de oxígeno del paciente para comprobar que se mantiene dentro de los límites marcados, y si ésta descendiese avisar rápidamente a la enfermera.

Debemos vigilar el sistema humidificador del oxígeno (*agua-pack*) y cambiarlo por uno nuevo cuando se haya quedado sin agua.



Aun cuando el paciente mejore y le sea retirado el alto flujo, tendremos siempre preparado uno en la habitación, con reservorio y una cánula de Guedell por si sufriese una crisis repentina.

### 1. Limpieza y desinfección de nebulizadores

Estos pacientes tienen pautadas nebulizaciones varias veces al día para despejar vías respiratorias, ablandar la mucosidad y facilitar la expectoración. Es fundamental que tanto la mascarilla como el reservorio de nebulizar se limpien y desinfecten perfectamente después de cada uso.

Recomendaciones generales:

- Los nebulizadores usados para administrar medicación se deben desinfectar después de cada tratamiento, aunque se vayan a utilizar con el mismo paciente.
- Se deben usar sólo líquidos estériles para nebulización y manipularlos asépticamente para prevenir contaminaciones.
- Siempre que sea posible, se deben utilizar viales de medicación de una sola dosis. Si los viales son multidosis, seguir las recomendaciones del fabricante respecto a manipulación, almacenamiento y dispensación de medicación.

Procedimiento de desinfección del nebulizador:

- Limpiar con agua y jabón.
- Aclarar con agua del grifo.
- Introducir en una solución de lejía al 1:40 (por ejemplo, 2,5 ml de lejía en 100 ml de agua) durante 20 minutos.
- Aclarar con agua estéril o suero fisiológico.
- Secar con gasas estériles.

- Evitar que se contamine hasta que se vuelva a usar.

### Expectoración y recogida de esputos

La FQ produce una sobreproducción anormal de mucosidad más espesa de lo normal, que si el paciente no la expulsa puede producir obstrucción e infección respiratoria.

Debemos fomentar la expectoración:

- Aumentar la ingesta hídrica que ablandará las flemas.
- Realizar respiraciones profundas que estimulen el reflejo de la tos.
- Le daremos un incentivador respiratorio (inspirómetro) y explicaremos el manejo.
- Proporcionaremos al paciente pañuelos de celulosa y una bolsa de plástico, para que espunte siempre que lo necesite.
- Proporcionaremos botes estériles para recogida de muestras, para su posterior análisis por el Servicio de Microbiología.
- En caso de hemoptisis, el paciente deberá recoger en un bote todo lo expectorado durante el día para su posterior medición. También deberá permanecer en reposo aunque su situación respiratoria le permita deambular, hasta que remita la hemoptisis.

### Neumotórax

Uno de los tres pacientes hizo un neumotórax espontáneo. Los cirujanos torácicos le colocaron un tubo de tórax conectado a un sistema de drenaje tipo Pleur Evac, y éste conectado a su vez a un sistema de aspiración.

Debemos controlar que el drenaje esté siempre en óptimas condiciones, sin acodamientos,

desconexiones o caídas, y llevaremos un control del drenado (cantidad, color, etc.) cada 24 horas.

### Trasplante pulmonar

Los tres pacientes de nuestro estudio fueron trasplantados en este hospital. Todos recibieron sus nuevos pulmones durante su ingreso en nuestra planta, y en situación límite.

#### 1. Preparación prequirúrgica

Es este un momento extremadamente delicado y emotivo para el paciente y su familia, y, por supuesto, también para nosotras/os, ya que hasta este momento han pasado ya muchos meses y muchos momentos difíciles, de lucha, de cooperación y ayuda.

Cuando la coordinadora de Trasplante del hospital nos informa de que hay unos posibles pulmones para nuestro paciente, no hay tiempo que perder, comienza la cuenta atrás, ya que el trasplante debe realizarse en tiempo límite.

Paciente y familia son un manojo de nervios, y se mezclan en ellos sentimientos opuestos; alegría, ya que la única alternativa de vida que quedaba por fin ha llegado; y un miedo profundo, porque son conscientes de lo complicada y peligrosa que es la operación a la que van a someterse, y que hay una posibilidad de no supervivencia a la misma.

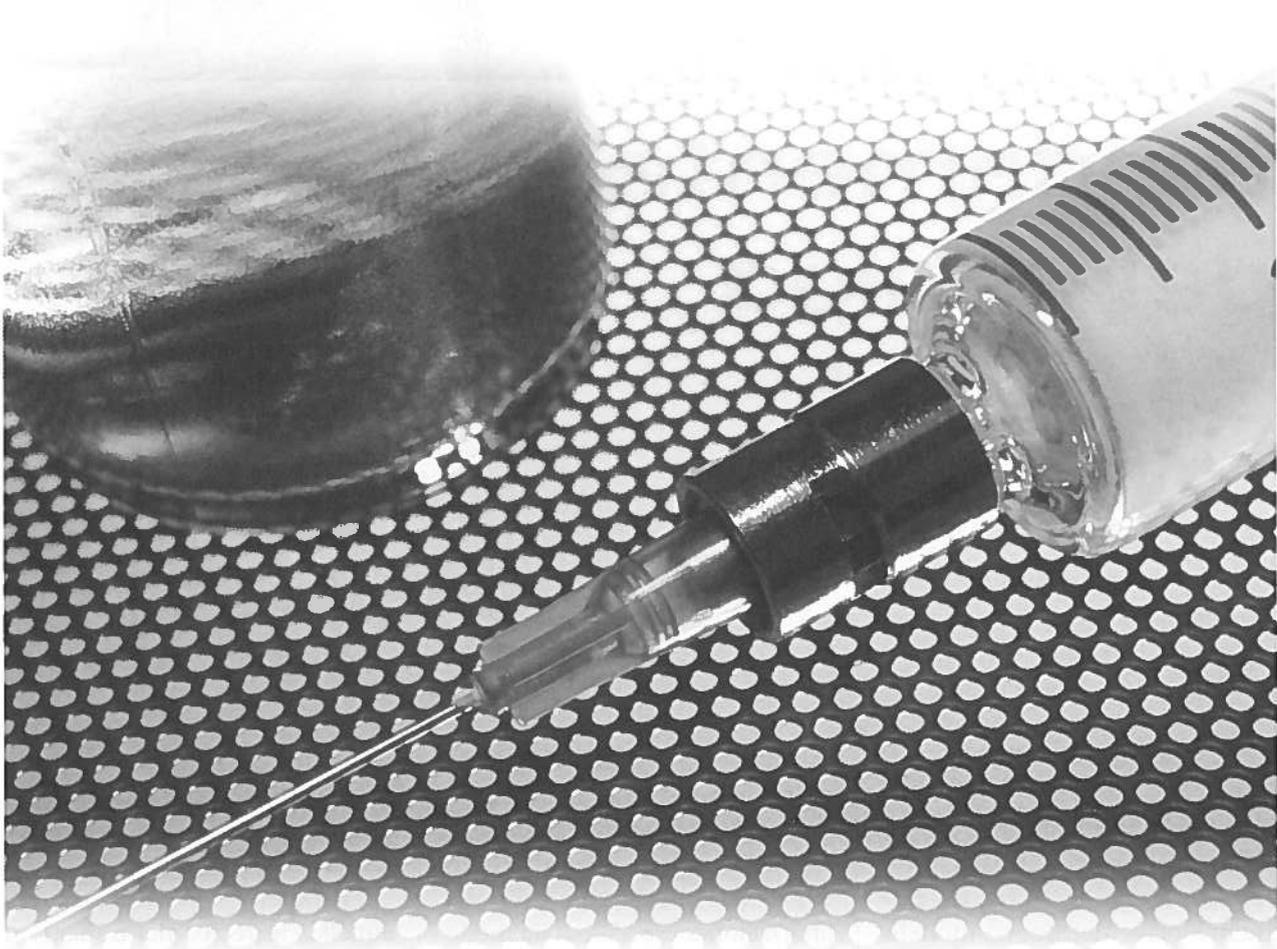
Si por el contrario, nosotras/os nos mostramos tranquilas/os, seguras y optimistas durante la preparación prequirúrgica, les damos confianza y ayudamos a aliviar, en la medida de lo posible, su ansiedad.

- Dejamos al paciente en dieta absoluta.
- Administramos enema de lavado (Casen).
- Rasuramos axilas, tórax, abdomen, pubis, espalda y muslos.
- Aseo completo con jabón bactericida (Hibiscrub).

- Lavado bucal y enjuague con antiséptico (Oraldine).
- Cambiamos las sábanas de la cama.
- Pintamos la zona o campo quirúrgico con gasas estériles empapadas en Betadine líquido.
- Protegemos el campo pintado con paños estériles.

#### Postdata

Los tres trasplantes fueron realizados con éxito. No hubo rechazo en ninguno de ellos y nuestros tres pacientes regresaron a su ciudad de origen, sin oxígeno y con una esperanza y calidad de vida superior.



## BIBLIOGRAFÍA

Base de datos de la Fundación Canaria Oliver Mayor contra la Fibrosis Quística.

*Manual práctico para padres de niños con Fibrosis Quística.* Asociación Madrileña contra la Fibrosis Quística.

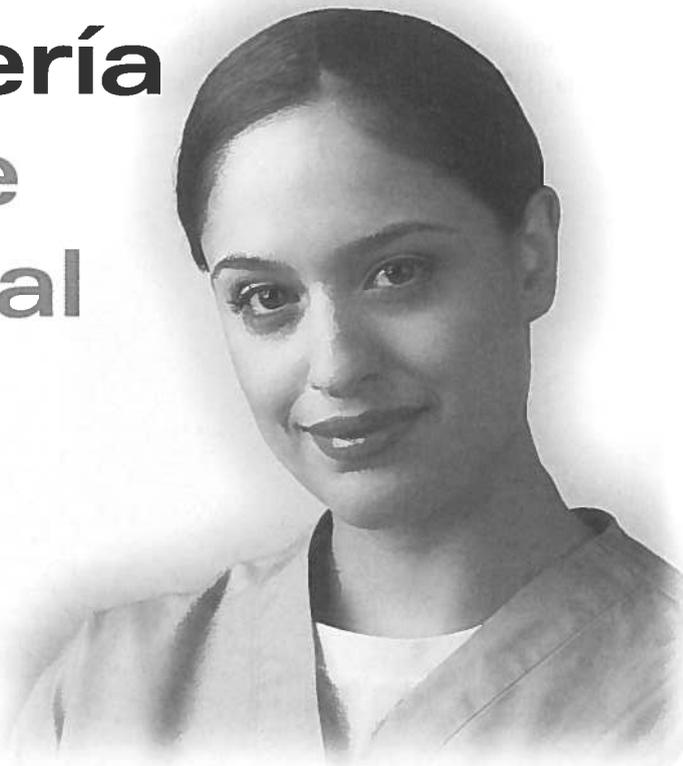
*El Libro Blanco de atención a la Fibrosis Quística.* Federación Española contra la Fibrosis Quística.

PRADOS, C., MAÍZ, L., ANELO, C., BARANDA, F., BLÁZQUEZ, J., BORRO, J.M., ET AL.: Fibrosis quística: consenso sobre el tratamiento del neumotórax y la hemoptisis masiva y sobre las indicaciones del trasplante pulmonar. Arch Bronconeumol, 2000.

"Protocolos de cuidados". Hospital Universitario Puerta de Hierro.

"Protocolo de desinfección de nebulizadores". Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Universitario Puerta de Hierro.

# Trabajo en equipo: el auxiliar de enfermería como parte fundamental del equipo de salud



NIEVES MARTÍN CONDE

*Auxiliar de Enfermería del Complejo  
Hospitalario de Toledo*

## **INTRODUCCIÓN**

El trabajo en equipo constituye uno de los principios básicos de la Enfermería y a la vez un elemento clave del nuevo modelo de atención primaria de salud.

La evolución científica, el aumento de los conocimientos en materia sanitaria y la complejidad creciente de las acciones diagnósticas, preventivas y terapéuticas de los problemas de salud han llevado, necesariamente, a una subdivisión del trabajo y la consiguiente especialización en este campo de las ciencias humanas.

Sin embargo, la necesidad de abordar cada problema de salud como una unidad y de prestar

una atención integral a la persona, sana o enferma, han exigido de los distintos profesionales y especialistas que intervienen en el proceso que lleven a cabo sus aportaciones específicas de modo coordinado y con una metodología compartida, orientada hacia un objetivo común, es decir, en equipo.

Respondiendo, por tanto, a la necesidad de abordar los problemas de salud de la población desde una perspectiva multicausal y, al mismo tiempo, desde una dimensión interdisciplinaria, el Auxiliar de Enfermería debe trabajar como miembro activo de un equipo, en el que cada uno contribuye con sus conocimientos y habilidades particulares al

logro de una meta común, que no es otra que fomentar, proteger y restaurar la salud de los enfermos a su cargo.

Trataremos de desarrollar aquellos aspectos del trabajo en equipo que consideremos más relevantes. Veremos algunos conceptos de equipo aportados por diferentes autores, explicaremos las diferencias esenciales entre un equipo y un grupo, así como entre diferentes tipos de equipo, y abordaremos algunos elementos fundamentales de la formación, desarrollo y factores que intervienen en el trabajo en equipo. Finalmente trataremos el tema del papel del Auxiliar de Enfermería en el equipo interdisciplinar.

## CONCEPTO DE EQUIPO

El término equipo ha sido definido a lo largo de la historia por innumerables autores en el ámbito de las disciplinas más diversas. Mostramos seguidamente algunas de esas definiciones:

- Conjunto de personas que deben confiar en la colaboración colectiva para que cada miembro experimente el mayor éxito y logre más ampliamente sus objetivos.
- Pluralidad de individuos que se hallan en contacto unos con otros, que tienen conciencia de cierto elemento común de importancia.
- Grupo de personas que realizan distintas aportaciones con una metodología compartida, de cara a un objetivo común; cada miembro del equipo tiene claramente asumidas sus propias funciones así como los intereses comunes del colectivo, y todos los miembros comparten la responsabilidad de los resultados.

Basándose en estas y otras definiciones, podríamos decir que un equipo, para que sea considerado como tal, debería cumplir, al menos, los siguientes requisitos:

- Que esté formado por dos o más personas que confíen en el trabajo colaborativo.
- Que cada uno conozca la existencia de los demás miembros y se mantengan en contacto.
- Que existan unos intereses compartidos u objetivos comunes que se pretendan alcanzar.
- Que haya una división clara de funciones y responsabilidades, de manera que cada uno realice distintas aportaciones al trabajo común.
- Que el trabajo conjunto y en colaboración sea más productivo y eficaz que el trabajo individual.

Sería conveniente añadir a esta lista de requisitos la existencia de un diálogo conjunto en el que se decidan de forma democrática las estrategias para desarrollar el modelo de trabajo, las

acciones más adecuadas para emprender ante la necesidad de solucionar cualquier tipo de problema que surja a lo largo del proceso. Dado que todas estas características se enfocan al trabajo que desarrolla el equipo, es preciso definir también el concepto de trabajo en equipo.

Entendemos por trabajo en equipo o trabajo colaborativo la actividad desempeñada por un grupo de personas, más o menos amplio, que actúa de forma coordinada y organizada para alcanzar unos objetivos e intereses comunes.

Los equipos interdisciplinarios están formados por diversos profesionales: médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, asistentes sociales...; algunas unidades cuentan también con fisioterapeutas, psicólogos, personal administrativo, personal de servicios generales, que realizan una atención integral de calidad continuada de enfermos y familia, con uso regular de protocolos y documentación específica, actividades regulares de trabajo multidisciplinar y soporte



del equipo, la docencia de otros profesionales y la investigación, cuyo objetivo principal es la atención integral de enfermos y familia.

Todos los equipos deben tener un coordinador para permitir que el equipo trabaje activa y eficientemente, es decir, con una atmósfera de comunicación que se salga fuera de los roles formales a los que estamos acostumbrados.

El mantener una buena relación interdisciplinaria entre los diferentes equipos (geriátricos, atención primaria, hospitales de día...) es una buena medida que mejora la atención integral de enfermos y familiares.

La conexión de los distintos recursos y niveles implicados es crucial para promover una atención integral y de calidad en la que cada uno de los ámbitos puede dar una respuesta correcta y satisfacer las necesidades y los deseos del paciente y familia.

Es básico, importante y constituye uno de los pilares para el buen funcionamiento del equipo, el modelo basado en el respeto, comunicación y confianza entre los profesionales de los equipos multidisciplinarios, tanto en la realización de los miembros de un mismo equipo como en la existencia entre los diferentes equipos o grupos de apoyo. Es de aceptación generalizada que la práctica de trabajo en equipo es un requisito ineludible para proporcionar una atención correcta y de calidad a pacientes y familiares así como para soporte de todos los profesionales.

El trabajo en equipo cobra sentido en el momento en el que cada uno de los componentes del grupo aporta algo que los demás no poseen. De esta manera, cada uno de los integrantes constituye una pieza

esencial en el funcionamiento del equipo.

## **GRUPO Y EQUIPO**

Con frecuencia solemos utilizar indistintamente estos términos para designar a aquel grupo de personas que trabajan conjuntamente para alcanzar unos objetivos que les son comunes. Sin embargo, esto no es necesariamente así.

Un grupo puede estar formado tanto por personas como por cosas, pero un equipo implica necesariamente a personas. Por ello, podemos afirmar que un equipo es un grupo de personas que trabajan de manera coordinada en pos de algún objetivo, pero un grupo no tiene por qué ser un equipo.

La formación de un equipo, que puede producirse de manera más o menos espontánea, obedece a la consecución de determinados objetivos, entre ellos el propio trabajo colaborativo. Este aspecto no suele producirse en un grupo, que podría llegar a ser un simple conjunto de personas con fines individuales.

Por otro lado, el trabajo en equipo es más exigente en cuanto a que requiere de unas habilidades sociales e intelectuales y de un alto grado de participación y compromiso. Por tanto, formar parte de un equipo suele ser muy gratificante.

En cuanto a la pertenencia de una persona a un grupo o equipo, podemos decir que el hecho de formar parte de un grupo es, por lo general algo involuntario, fortuito y sin intencionalidad; una persona o cosa forma parte de un grupo por semejanza, por proximidad, etc. Sin embargo, la pertenencia a un equipo es algo más consciente y premeditado.

Así, podríamos decir que una persona forma parte de un grupo y de un equipo, pero la diferencia fundamental radica en los términos "procedencia" y "pertenencia".

La familia, el estatus social, el sexo, la raza, etc., son grupos de procedencia de una persona, puesto que ésta no elige pertenecer a dicho grupo, forma parte de él debido a sus características físicas, personales y sociales.

Sin embargo, los equipos (un equipo de fútbol o un equipo de salud) son grupos de pertenencia, ya que las personas pasan a formar parte de ellos en el momento concreto en que la situación o ellos mismos lo requieren.

## **FORMACIÓN Y DESARROLLO DE LOS EQUIPOS**

Los objetivos de trabajo pueden formarse a través de distintos procesos en los que intervienen múltiples variables que condicionan su configuración.

De este modo podemos diferenciar los equipos que se constituyen deliberadamente, los que surgen espontáneamente y los equipos que se forman por designación externa.

### **Formación deliberada**

Estos equipos se forman ante la necesidad de solucionar un problema determinado que requiere de la acción conjunta de distintos profesionales y que sería imposible solucionar de manera individual.

Los equipos que se forman deliberadamente se caracterizan por su estructuración y organización en pos de alcanzar un objetivo común que todos y cada uno de los miembros del equipo persiguen.

La propuesta de formar el equipo parte de una o más personas que detectan el problema y perciben con claridad que la solución es el trabajo compartido. Así, poco a poco, el equipo va aumentando hasta conseguir un número de personas suficientes para abordar la cuestión y alcanzar una solución consensuada y eficaz. Ejemplo de este tipo de equipos es un grupo de enfermería que por sí solo, o con otros profesionales, se pone de acuerdo para crear un equipo de cuidados en geriatría, esto constituye un equipo de formación deliberada. En estos casos las personas que constituyen el grupo suelen responder a un perfil determinado e incluso, en ocasiones, se incluyen en función de sus características personales, con lo cual las posibilidades de cohesión en estos equipos suele ser mucho mayor que en el resto.

#### **Formación espontánea**

Los equipos que se forman de manera espontánea no persiguen necesariamente la solución de un problema determinado o el logro de un objetivo a medio o largo plazo. En unos casos, pueden permanecer como simples grupos que, por razón de sus afinidades o simpatías, coinciden de forma no intencional, en espacio y tiempo, buscando la satisfacción de gustos aficiones o necesidades comunes.

En otros, la respuesta del grupo responde más a la idea de equipo. Es el caso de las personas que en un momento dado, de forma espontánea, se constituyen en equipo para hacer frente a la situación imprevista, eventual o de emergencia que

requiere la cooperación de todos o de parte de los individuos presentes en el momento y lugar de los hechos. El ejemplo más común relacionado con la salud es el equipo de emergencia que se forma en el lugar de un accidente de tráfico o laboral.

Algunas de estas personas no se conocían previamente y lo más probable es que, resuelto el problema, nunca más se vuelvan a ver; sin embargo, durante ese corto espacio de tiempo su actuación, más o menos coordinada, ha correspondido a la de un equipo espontáneo que trataba de lograr un objetivo.

#### **Formación por designación externa**

Son equipos que se forman por elementos externos a los propios componentes del grupo. Es el caso de la mayoría de los grupos de salud, tanto de atención primaria como del ámbito hospitalario. El equipo se constituye en función de unos procesos administrativos o toma de decisiones en los que no participan los protagonistas. Estos grupos requieren un proceso más largo para constituirse como equipo.

La formación de un equipo pasa por cinco fases:

1. *Fase de formación:* los diferentes componentes del equipo se dan a conocer. Predomina un estado de incertidumbre.
2. *Fase de consolidación:* los miembros se conocen mejor, buscan el consenso, los acuerdos y se facilita el trabajo.
3. *Fase de conflicto:* se da mayor importancia a los objetivos que al desarrollo afectivo y surgen

- actitudes competitivas y conflictivas. Suelen aparecer crisis e incluso desaparecer el grupo.
4. *Fase de madurez:* superada la fase de conflicto se logra, mediante el diálogo y la negociación, la configuración plena del grupo.
  5. *Fase de autonomía:* el grupo acepta sus diferencias y se enriquece con el trabajo aceptando los diferentes puntos de vista.

Lo que realmente une al grupo es la motivación de cada miembro por conseguir los objetivos marcados por el grupo.

### **FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL TRABAJO EN EQUIPO**

Existen determinados factores que influyen en el desarrollo y funcionamiento del trabajo en equipo y que lo condicionan de tal manera que lo pueden condenar al fracaso si no se tienen en cuenta. Algunos de estos factores son:

#### **La historia**

La experiencia de cada uno de los miembros del equipo es de vital importancia, ya que su historia personal previa en otros equipos de trabajo puede determinar su actividad frente al nuevo reto.

Si su experiencia ha sido positiva presentará una actitud participativa y colaborativa beneficiosa para el grupo. En cambio, si sus antecedentes han sido negativos, el individuo tratará de no inmiscuirse demasiado para no volver a pasar por una experiencia similar.

### **La afectividad**

El grado de armonía y cordialidad que se establece entre los distintos componentes del equipo puede llegar a condicionar el rendimiento y los resultados del trabajo.

En un conjunto afectividad-rechazo hay que encontrar un punto intermedio que permita trabajar de forma eficaz.

### **La ideología**

Este es otro factor muy influyente en el trabajo en equipo, ya que de la ideología dependen muchas de las actitudes que se adopten por parte de los diferentes componentes del grupo.

En el seno del equipo, no todos tienen por qué compartir ideologías afines. Puede haber sujetos que conciban este tipo de trabajo como una oportunidad enriquecedora a la que cada uno puede aportar sus conocimientos para hacer un trabajo más completo y mejor. Sin embargo, hay personas que se ven sometidas a estos agrupamientos en contra de sus creencias.

La ideología de la institución también influye, ya que en muchas ocasiones de ella depende la forma de trabajo, que puede ser jerárquica e inflexible, o colaborativa y dinámica.

### **La delimitación de funciones**

El conocimiento, por parte de cada uno de los miembros del equipo, de sus propias funciones y responsabilidades, así como de las del resto de sus compañeros, puede evitar muchas situaciones conflictivas y favorecer el desempeño efectivo de las tareas. A este respecto hay que

tener en cuenta que cada miembro del equipo debe tener claramente definido su papel, pero que al mismo tiempo ha de existir una cierta flexibilidad en el rol, de tal manera que predomine el interés por lograr el objetivo común sobre el desempeño de la acción individual.

### **La competencia profesional**

El hecho de que cada miembro del equipo posea un nivel de competencia profesional acorde con la exigencia de la actividad que debe desempeñar, es un factor determinante de las relaciones en el grupo y, sobre todo, de su eficacia. De ahí la importancia de la cualificación profesional previa y de la formación continuada.

### **Los métodos de trabajo**

Desarrollar métodos de trabajo discutidos y consensuados previamente, que incluyan procedimientos de planificación, ejecución y control, así como reuniones periódicas de coordinación y revisión en su caso, de los planes previstos, son elementos favorecedores del trabajo en equipo. Por el contrario, la improvisación y la ausencia de métodos racionales de trabajo dificultarán su desarrollo, eficacia y armonía.

### **La información y la comunicación**

Todos los miembros del grupo deben tener el mismo nivel de conocimientos sobre los asuntos que competen al equipo. Muchos





de los problemas que se producen en el seno de los equipos tienen su origen en fallos de comunicación. Para evitar esto es imprescindible habilitar vías y métodos de comunicación que permitan una fluidez óptima de la información, tanto oral como escrita.

### La motivación

Además de los ya citados, la motivación es un factor que hay que tener en cuenta en el funcionamiento de un equipo. Se trata de un proceso psicológico que dirige y determina las conductas de las personas y de los grupos.

El establecimiento de metas debe considerarse como un verdadero incentivo exterior que contribuye a impulsar la conducta. El valor motivacional que poseen los objetivos de un trabajo aumenta cuando estos son difíciles y concretos, ya que una meta sencilla y ambigua sólo promueve actividades de pasividad y apatía.

Es imprescindible que los miembros del equipo adopten

posturas comprometidas con las metas que se persiguen para que la ejecución de las mismas se lleve a cabo de una manera efectiva.

Los resultados también pueden funcionar como incentivos en el trabajo en equipo, es decir, cuando se obtienen los resultados deseados, los miembros de equipo se implican más y mejor. Estos resultados se pueden traducir en la obtención de una recompensa, la satisfacción de haber superado una situación adversa.

La motivación posee dos dimensiones claramente definidas:

- La dimensión intrínseca basada en las necesidades innatas de competencia y autodeterminación. En este caso, la conducta está intrínsecamente motivada si se realizan acciones con el fin de alcanzar cierto grado de autorrealización personal, con ánimo de superación y mejora.
- La dimensión extrínseca de la motivación, sin embargo, tiende a la consecución de recompensas externas, ya sean

refuerzos sociales, materiales o económicos.

Por lo general, cuando el trabajo no viene seguido, a corto plazo, por un resultado valioso, la conducta viene a extinguirse, ya que el esfuerzo no encuentra compensación suficiente. En estas ocasiones, sólo una alta motivación interna por el trabajo puede evitar que el equipo fracase en su tarea.

### VENTAJAS E INCONVENIENTES DEL TRABAJO EN EQUIPO

Algunos piensan que sólo se puede trabajar en equipo en acciones localizadas, en este sentido es preciso indicar que esta manera de actuar se puede poner en práctica en todos los procesos de administración de salud.

Las ventajas del trabajo en equipo son múltiples:

- Un equipo de trabajo se enfrenta al problema desde la multicausalidad, pero con unidad. Hay algunas tareas que sólo pueden ser abordadas en equipo.
- Con el trabajo colaborativo y participativo se evita la duplicación de esfuerzos y se fomentan las buenas relaciones entre los diferentes miembros del equipo, así como las actitudes de solidaridad, al tiempo que proporciona cohesión al grupo.
- La posibilidad de acierto en una decisión tomada por el grupo es superior a la tomada individualmente.
- El trabajo en equipo permite contar con diferentes puntos de vista debido a la polivalencia de sus integrantes. Así mismo,

se favorece la unificación de conceptos y técnicas, siempre y cuando todos los miembros se sientan motivados para exponer sus puntos de vista.

Pero también existen inconvenientes en el desempeño del trabajo en equipo, como es el riesgo de que las responsabilidades se diluyan, los problemas derivados de la propia estructura y dinámica interna de los grupos o la falta de respuesta rápida ante determinados problemas urgentes.

El trabajo en equipo requiere grandes dosis de comunicación y los componentes deben poseer determinadas habilidades sociales y como el diálogo, la negociación, la tolerancia, etc., que de no existir pueden provocar problemas de integración entre los miembros, bajo nivel de cohesión y, a menudo, conflictos de intereses.

No obstante, puestos en una balanza las ventajas y los inconvenientes, ésta se inclinará, en todo momento y sin lugar a dudas, a favor de las ventajas.

### **IMPORTANCIA DE LA FAMILIA COMO PARTE FUNDAMENTAL EN EL EQUIPO DE TRABAJO**

La comunicación entre el paciente, la familia y el equipo es un elemento fundamental. Es importante que toda la comunicación del proceso de la enfermedad se comparta con la familia para que el enfermo reciba la información precisa en el momento adecuado.

Es la familia quien quizá conozca mejor que nadie el momento emocional que atraviesa el enfermo, y así elegirá el momento

mejor para comunicar la información que proviene del equipo, pues es evidente la importancia de que el paciente esté debidamente informado y que la familia amortigüe el impacto, en ocasiones, de malas noticias y motive al enfermo en su proceso.

La familia debe tener informado al equipo de todos los aspectos relativos al paciente que ayuden a intervenir de un modo más eficaz para lograr su recuperación.

También la familia debe cooperar con el equipo para que el enfermo colabore en todos los tratamientos que a lo largo de su enfermedad recibirá. Un paciente bien informado y colaborador mostrará una actitud positiva y avanzará en el proceso de aceptación de su nueva realidad, pues en ocasiones no podemos cambiar los elementos negativos de su enfermedad pero sí su actitud. El estímulo afectivo y el apoyo familiar son esenciales para la recuperación del paciente.

Para potenciar los recursos de la familia de modo que reajusten el estado emocional propio y del enfermo a la situación, el equipo sanitario dotará a la familia de:

- Información de los cuidados físicos a seguir por el enfermo, sobre la estructura y funcionamiento del hospital, de manera que se disminuya la incertidumbre y la ansiedad, se incremente la percepción de control y la anticipación de posibles problemas.
- Habilidades de comunicación con el fin de que faciliten soporte emocional y expresión de preocupaciones.
- La clave de la importancia de mantener el rol familiar del enfermo, permitiendo que participe en temas familiares, manteniéndole informado de

los acontecimientos diarios de los diferentes miembros, haciéndole participe de la toma de decisiones, evitando así sentimientos de aislamiento. El hospital no es ningún lugar de "almacenamiento" de personas inútiles.

Es importante la necesidad de una comunicación afectiva para conseguir el objetivo básico: intentar el bienestar del paciente y de la familia, eliminando en la medida de lo posible los problemas que se deriven de su situación.

### **CONSEJOS PARA FAVORECER LA COMUNICACIÓN ENTRE EL PACIENTE, LA FAMILIA Y EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA**

El Auxiliar de Enfermería debe ser consciente de que el paciente no conoce los códigos para relacionarse con personas desconocidas del hospital y su nivel de dependencia es muy alto, por tanto una buena presentación o un simple saludo le ayudará a facilitar su comunicación y su relación posterior. Un gesto, una palabra dicha o escuchada en el momento adecuado puede ser muy útil para un acercamiento al enfermo y a los familiares. Con esto conseguiremos una mejor adaptación al medio, haciendo más grata su estancia en el hospital y contribuyendo a su educación sanitaria. Muchos de los conflictos y malentendidos cotidianos se evitarían si todos pusieramos un poco de nuestra parte. La buena comunicación que establece el Auxiliar de Enfermería mejora la calidad asistencial y favorece que

toda la información de los familiares y del paciente se pueda valorar en el equipo interdisciplinar, pues es el Auxiliar de Enfermería quien comunicará al equipo esta información.

El Auxiliar de Enfermería puede ayudar al paciente a identificar al personal que le atiende, su nombre y su categoría, y esto le ayudará mucho para integrarse.

Concretemos de modo sencillo las conductas que debemos practicar:

- Crear un clima agradable en los encuentros con el paciente.
- Mantener una distancia corporal adecuada.
- Realizar asentimientos verbales y no verbales.
- Dar información gratuita antes de ser solicitada por el paciente.
- Agradecer los gestos de colaboración del paciente. (“Enhorabuena, está colaborando muy bien”).
- Utilizar preguntas abiertas para evitar las respuestas con monosílabos.
- Evitar las interrupciones cuando el enfermo habla.
- Los consejos que se den deben ser explicados.
- Evitar hacerle al paciente varias preguntas a la vez.
- Comunicar la información de forma pausada con el fin de facilitar la comprensión.

## **PAPEL DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA COMO PARTE FUNDAMENTAL DEL EQUIPO**

El Auxiliar de Enfermería debe actuar como cualquier miembro del equipo en una doble dirección: del paciente y su

entorno al equipo, y del equipo al paciente y su entorno.

El paciente es el centro del equipo y la única razón de ser de este agrupamiento de profesionales. Los componentes gravitan alrededor de él en una perspectiva de colaboración con el fin de responder a sus necesidades. La familia ocupa también un lugar central en el trabajo del equipo interdisciplinar. El Auxiliar de Enfermería debe ser el puente de unión entre la familia y el equipo y también debe colaborar para que la familia encuentre el equilibrio que seguramente ha perdido.

El Auxiliar de Enfermería, por su contacto diario y continuo, puede identificar rápidamente las necesidades o problemas que pueden surgir a lo largo de la estancia del paciente en el hospital.

El médico, el dietista, el fisioterapeuta y otros profesionales del equipo tienen igualmente contacto directo con el paciente y la familia, pero este contacto se produce a ritmo menos regular que en el caso del Auxiliar de Enfermería.

El Auxiliar de Enfermería es un miembro esencial en el equipo de salud, pues dadas las funciones que realiza puede aportar su punto de vista en las reuniones de coordinación, y esa perspectiva tendrá una importancia capital en el análisis y en los acuerdos que se tomen dentro del equipo.

Un equipo interdisciplinar, a diferencia de un equipo multidisciplinar, debe tener en cuenta las aportaciones de cada profesional. La perspectiva del Auxiliar de Enfermería es muy enriquecedora, y es el profesional que mejor puede establecer vínculos con el paciente y su entorno. Si estos vínculos se producen de un

modo positivo, la motivación del paciente y de la familia aumentará y resultará muy beneficioso para la recuperación del enfermo.

El Auxiliar de Enfermería realiza una labor muy interesante cuando en las reuniones periódicas que se producen entre los miembros manifiesta lo que ha observado en el enfermo y en la familia respecto a diferentes aspectos de la salud: estado emocional del paciente, grado de colaboración del paciente y los familiares, dificultades del trato diario con el enfermo... Todos estos datos se irán recogiendo en un registro donde cada miembro de equipo anotará los datos observados. Esta documentación será interdisciplinar y el Auxiliar de Enfermería anotará todos los incidentes, aunque aparentemente no tengan importancia, en el historial del enfermo. La información es necesaria para que el equipo la pueda valorar de forma conjunta y consensuar las nuevas medidas adoptadas.

El Auxiliar de Enfermería debe sentirse como un profesional más y saber que su colaboración es imprescindible para el logro de los objetivos marcados. Debe sentirse integrado y compartir sus experiencias y conocimientos con el resto. Aunque no sea el coordinador, puede favorecer el consenso y conseguir un alto grado de implicación en los demás miembros. Debe saber compartir responsabilidades, tomar decisiones y colaborar de un modo pleno en la atención integral del paciente.

El Auxiliar parte de una historia previa en otros equipos que no la deberían determinar para mostrar una actitud participativa

y colaboradora. Es muy importante que tenga claras sus funciones pero que también conozca las de los demás para que no se caiga en el error de dejar tareas sin hacer, de todos modos debe existir colaboración y flexibilidad. Debe saber que es necesario un alto grado de formación y que ésta sea continuada, para ello la Administración debe

intentar facilitar la asistencia a cursos de formación.

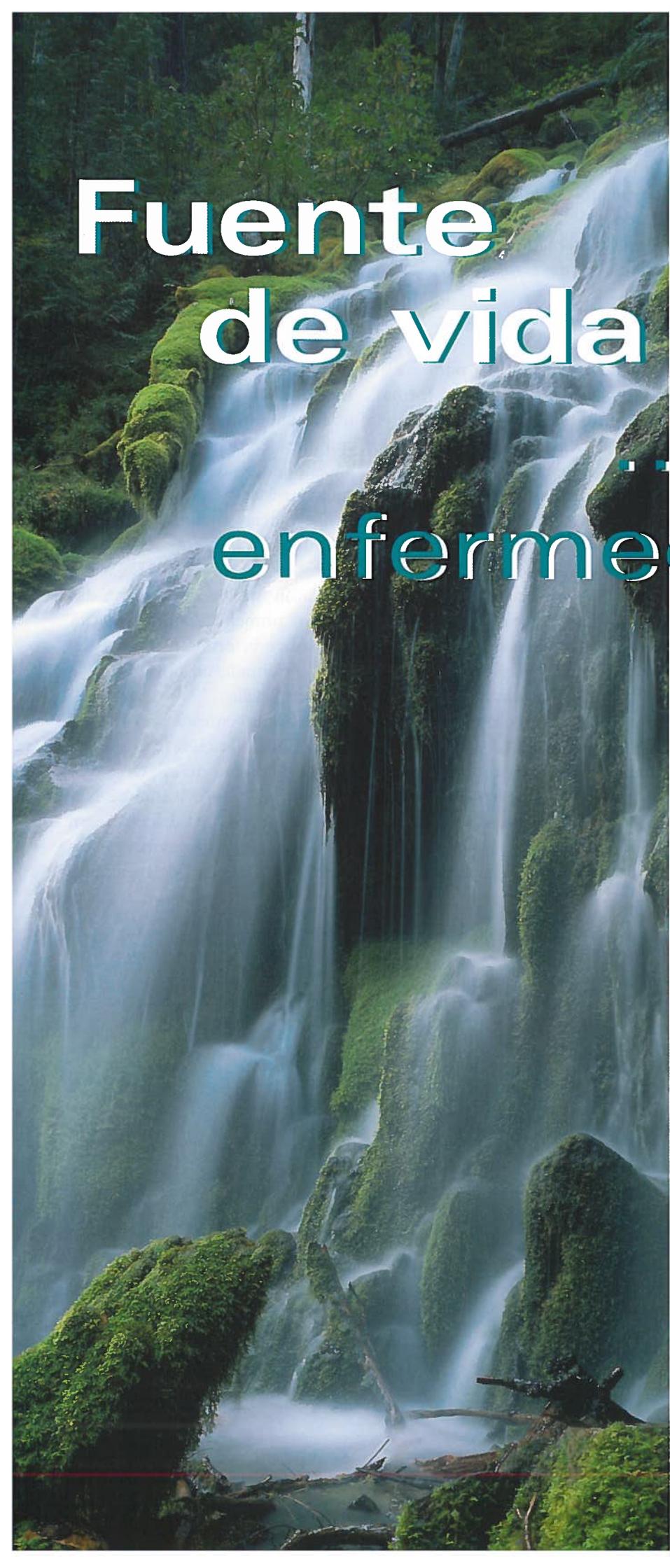
Un factor muy importante es la motivación, y ésta hay que favorecerla con un alto grado de compromiso en el equipo donde no tenga lugar la apatía y que los buenos resultados obtenidos sean comentados para que actúen de revulsivo y que la satisfacción obtenida sea motivo para marcarse

nuevas metas. El reconocimiento de su gran labor en aumentos salariales, en aumento de personal, en buenas condiciones laborales en general es, sin duda, el mejor motivo para renovar cada día los esfuerzos por contribuir en el equipo, de forma apasionante, al logro de las tareas diarias que son las que hacen funcionar nuestros centros sanitarios.



## BIBLIOGRAFÍA

- ALBERDI, R.M<sup>a</sup>: "Calidad de vida, calidad de atención". *Rol de Enfermería*, 145; 67-71, 1990.
- ARRANZ, P., DEL RINCÓN, C., SÁNCHEZ, C., TOLEDO, N. Y ALBARRACÍN, D.: "Protocolo de actuación para favorecer la comunicación entre paciente, familia y equipo sanitario en cuidados paliativos". *Revista de Psicología de la Salud*, 13 (2), 2001.
- COLELL BRUNET, R., FONTANALS RIBAS, A., RIUS TORMO, P.: "Atención al enfermo Terminal. Trabajo en equipo". *Rol de Enfermería*, 177, mayo, 1993.
- COLOM, D. "La intervención multidisciplinar de los equipos de salud y su influencia en la corresponsabilidad familiar y social". *Enferm Clínica*. 3(4):152-157, jul-ago, 1993.
- PATERNOSTRO J.M.: "Mejorar las dotes de escucha". *Nursing Española*, 93, 1994. Editorial "Trabajo en equipo interdisciplinar en el hospital". *Nursing Española*, marzo, 1996.



# Fuente de vida

# ... y de enfermedades

La próxima Exposición Internacional abrirá sus puertas el 14 de junio de 2008 en la ciudad de Zaragoza; un acontecimiento único que bajo el lema "Agua y desarrollo sostenible" planteará un debate en torno a un recurso, el agua, que hoy está en crisis. La equidad e igualdad en el acceso al agua potable para toda la población y, en consecuencia, la necesidad de adoptar políticas y fórmulas de gestión encaminadas a conseguir la sostenibilidad de los recursos hídricos que lo hagan posible, son los dos grandes ejes en torno a los que girará el agua en Zaragoza.

TEXTO Cristina Botello

**LA ACTUAL CRISIS DEL AGUA** viene de la mano de dos realidades: la que viven los países desarrollados en donde una gestión deficiente del recurso se perfila como el principal problema; y, muy distinta, la vivida en los países en vías de desarrollo, en donde la falta de gobernabilidad a la hora de gestionar el recurso imposibilita el acceso a agua potable, lo que conlleva graves problemas para la salud personal y agrava la pobreza de los pueblos.

Según el primer informe sobre el desarrollo de los Recursos Hídricos en el Mundo de Naciones Unidas, el tratamiento del agua como tal requiere principios de buena gobernanza, esto es, “la participación de todos los actores implicados, principios de transparencia, equidad, responsabilidad, coherencia, sensibilidad, integración y asuntos éticos”. En este sentido, las comunidades locales

juegan un papel protagonista en la adopción de políticas que aseguren la viabilidad y el mantenimiento de proyectos.

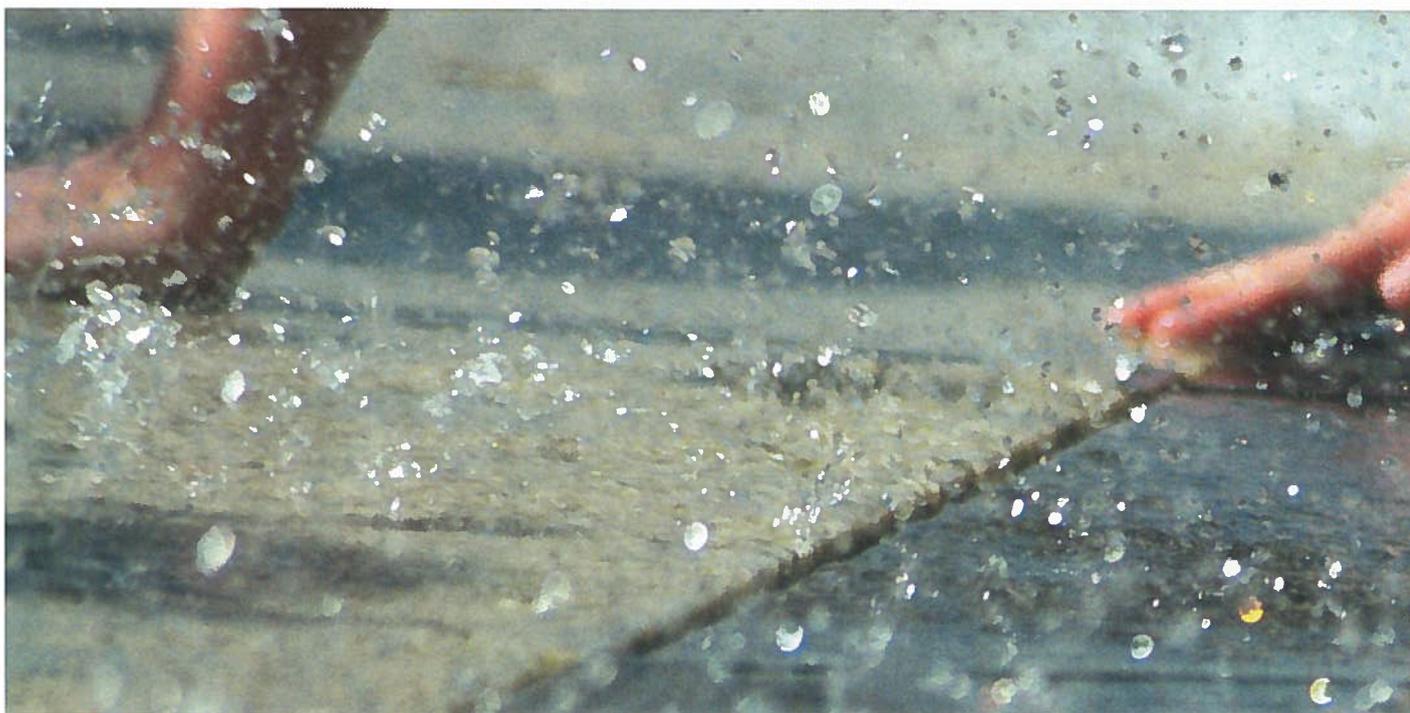
#### » Un derecho fundamental

El agua es un recurso natural, y poder acceder a él de una forma suficiente, segura, económica y con una calidad aceptable para el uso personal y doméstico es un derecho fundamental de toda la población mundial: el derecho, tal y como señala el Comité de las Naciones Unidas de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, a un recurso básico para la vida y la salud, así como para el desarrollo de los pueblos.

Sin embargo, en la actualidad las cifras reflejan una situación que vulnera este derecho y que debe hacer reflexionar a las organizaciones internacionales, los Gobiernos, las autoridades locales, las instituciones financieras, las empresas privadas y, desde luego, a todos los

miembros de la sociedad: 1.200 millones de personas aún carecen de acceso al agua potable, aproximadamente una sexta parte de la población mundial; casi 800 millones de personas en países en vías de desarrollo no tienen acceso a una alimentación suficiente o adecuada debido a problemas de abastecimiento hídrico; y 2.400 millones de personas carecen de saneamiento adecuado. “Actualmente existen 31 países que padecen carencias de agua, más otros 17 que probablemente se sumarán a esta lista antes de 2025”, así lo señalaron Amigos de la Tierra durante el primer diálogo internacional sobre la crisis mundial del agua, celebrado en noviembre de 2005 en Sevilla.

Otra fecha, en este caso la establecida por Naciones Unidas para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de Naciones Unidas establecidos en 2000, es 2015. Para entonces se espera que el número de habitantes



del planeta que carecen de un abastecimiento y saneamiento adecuados de los recursos hídricos se reduzca a la mitad.

Un objetivo que requiere, en primer lugar, de la adopción de una gestión del agua óptima que reporte mejoras en el acceso al agua potable segura y a los servicios de saneamiento. Para ello es necesario una planificación e implementación flexible, un análisis de la rentabilidad de las opciones locales, una considerable reasignación de recursos para agua potable, servicios de saneamiento e higiene y una atención particular a los grupos más vulnerables en los asentamientos urbanos y rurales.

#### » Las enfermedades del agua

El informe sobre Salud en el Mundo del año 2002 recoge que, aproximadamente, el 3,1% de las muertes anuales en todo el mundo son atribuibles a un agua, un saneamiento y una higiene insuficientes.

Las principales enfermedades y riesgos vinculados con el agua incluyen enfermedades relacionadas con la falta de acceso a agua potable segura, saneamiento deficiente e higiene insuficiente (tabla 1) —la diarrea, infecciones intestinales por helmintos e infecciones oculares (tracoma)—; enfermedades relacionadas con el agua transmitidas por vectores y que afectan principalmente a la población cercana a los planes de regadío y lugares próximos a embalses (tabla 2) —malaria, infecciones filariales, gusano de guinea, esquistosomiasis, encefalitis japonesa y dengue—; y, finalmente, problemas de salud no transmisibles asociados al agua (tabla 3) —ahogamiento, aguas subterráneas y contaminación de aguas superficiales—.

Un conjunto de patologías que, a largo plazo, podrían erradicarse con la implantación de unos sistemas de saneamiento mejorados y la garantía de unas fuentes de agua

El agua es un recurso natural, y el poder acceder a él de una forma suficiente, segura, económica y con una calidad aceptable para el uso personal y doméstico es un derecho fundamental de toda la población mundial.





potable seguras. Sin embargo, aunque en un primer momento la aplicación de políticas para mejorar los recursos hídricos puede tener efectos negativos sobre la salud —los cambios producidos por la construcción de embalses o el desarrollo de la irrigación contra riesgos de transmisión de enfermedades emitidas por vectores—, finalmente, este riesgo se traduce en mejoras sociales y económicas de las comunidades, permitiendo un mejor acceso a los servicios

sanitarios con todo lo que ello conlleva: reducción de la morbilidad y mortalidad, reducción del gasto doméstico en cuidados médicos, mejor nutrición, incremento de la asistencia escolar —especialmente en el caso de las niñas (menstruación, recogida de agua...)—, instalaciones médicas más higiénicas y, por tanto, más seguras, mayor productividad, reducción de la contaminación medioambiental por heces...

No obstante, a corto plazo, el control de muchas de estas enfermedades depende en gran medida del sistema de asistencia sanitaria, el cual es responsable, por ejemplo, de la terapia de rehidratación oral para prevenir las muertes causadas por la diarrea, de la aplicación de mosquiteras tratadas con insecticidas y la quimioterapia para prevenir y tratar la malaria o del tratamiento masivo o individual con medicamentos para diversas infecciones. En este sentido, existen programas continuados, basados en el tratamiento masivo de la población en riesgo, para la eliminación de

algunas de estas enfermedades y para combatir la aparición de otras. Sin embargo, la disponibilidad de medicamentos de bajo coste, seguros y eficaces, choca con los problemas surgidos por una capacidad insuficiente de los sistemas de atención sanitaria.

Esta carencia, junto con los crecientes desafíos en el sector, que abarcan desde la resistencia a medicamentos de importantes agentes patógenos parasitarios y bacterianos hasta enfermedades recién surgidas, están acentuando la urgencia de empezar a considerar la salud humana de una forma global e integrada porque, a pesar de las buenas intenciones y de la aceptación general del concepto de Gestión Integrada de los Recursos Hídricos, la realidad es que en pleno siglo XXI cada año más de cinco millones de personas, la mayoría niños, pierden la vida por enfermedades relacionadas con el agua de mala calidad, sin que los diferentes sectores lleguen a un consenso para coordinar su planificación y colaboración en la fase de implementación.

## Acuerdo de colaboración

Como responsable de la situación de muchos países en vías de desarrollo, como origen de un elevado número de patologías y de una alta tasa de morbi-mortalidad, como recurso natural en crisis y como elemento de relación entre los pueblos, el agua será protagonista durante el próximo 2008 en la Exposición Internacional de Zaragoza, ciudad que por su gestión del agua está nominada por Naciones Unidas como sede de la Secretaría Permanente del Agua. El Sindicato de Auxiliares de Enfermería (SAE), consciente de la importancia

y repercusión que tendrán las decisiones que en este marco se adopten en materia de medio ambiente y sostenibilidad, ha suscrito un acuerdo de colaboración con Expoagua, sociedad encargada de la gestión y organización de Expo Zaragoza 2008, por el cual los afiliados a SAE y sus familiares percibirán un 12% de descuento en cada entrada a la exposición. Un descuento que se suma al que la propia organización realiza por la compra anticipada de las entradas.

» Tabla 1

**ENFERMEDADES RELACIONADAS CON LA FALTA DE ACCESO A AGUA POTABLE SEGURA, SANEAMIENTO DEFICIENTE E HIGIENE INSUFICIENTE**

INCIDENCIA	CAUSAS	TRANSMISIÓN	CONTROL
<b>DIARREA</b> <p>» Continúa siendo la principal causa de muerte provocada por enfermedades relacionadas con el agua en los países en vías de desarrollo. No obstante, gracias a un mejor control de los casos, su incidencia ha disminuido pasando de 2,9 millones de muertes en 1990 a 1,8 millones en 2002.</p>	<p>» Microorganismos, bacterias y protozoos.</p> <p>» Infección por rotavirus. Causa más común de diarrea acuosa en niños.</p> <p>» Infección por la bacteria <i>Shigella</i>. Primera causa de disentería.</p> <p>» Infección por <i>Ambiasis</i>. Segunda causa de disentería más importante (100.000 muertes anuales).</p>	<p>» Vía fecal-oral (ingesta de agua o alimentos contaminados fecalmente o el contacto con superficies contaminadas).</p>	<p>» Terapia de rehidratación oral (TRO).</p> <p>» Mayores medidas higiénicas, especialmente el lavado de manos tras defecar.</p> <p>» Instalación mejoradas de saneamientos para la eliminación de excrementos.</p>
<b>INFECCIONES INTESTINALES POR HELMINTOS</b> <p>» Prosperan en zonas donde predomina la pobreza, los sistemas de saneamiento inadecuados y los mínimos cuidados de salud.</p> <p>» En 2003 se contabilizaron 2.800 millones de personas infectadas por gusanos parasitarios.</p>	<p>» Lombriz intestinal.</p> <p>» Triquina.</p> <p>» Tenia.</p> <p>» Solitaria.</p>	<p>» Vía fecal-oral.</p>	<p>» Tratamiento farmacológico periódico en los niños en edad escolar.</p> <p>» Instalación mejoradas de saneamientos para la eliminación de excrementos.</p>
<b>INFECCIONES OCULARES Y DE LA PIEL (TRACOMA)</b> <p>» El tracoma es la principal causa de ceguera evitable.</p> <p>» Existen 146 millones de casos en el mundo, de los cuales 6 han derivado en ceguera efectiva.</p> <p>» La principal carga la encontramos en África Subsahariana, con zonas focales en el Mediterráneo oriental y en el centro y sur de Asia.</p>	<p>» Bacteria <i>Chlamydia trachomatis</i>. Moscas e insectos en contacto con los ojos.</p>	<p>» Principalmente en zonas pobres áridas y polvorientas con unas condiciones higiénicas insuficientes y un inadecuado abastecimiento de agua.</p>	<p>» Con una mayor higiene y un mejor acceso al agua el tracoma desaparecerá.</p> <p>» Antibióticos para tratar la infección</p>

» Tabla 2

**ENFERMEDADES RELACIONADAS CON EL AGUA TRANSMITIDAS POR VECTORES**

	INCIDENCIA	CAUSAS	TRANSMISIÓN	CONTROL
<b>MALARIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Anualmente 300 millones de personas en el mundo enferman por malaria.</li> <li>» En 2002 ocasionó 1.272.000 muertos.</li> <li>» La mayor carga se encuentra en África Subsahariana.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» El mosquito <i>Anopheles</i>.</li> <li>» Factores ambientales como el cambio climático, los desplazamientos de la población y los cambios de hábitos favorecen el desarrollo del mosquito vector.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Los mosquitos vectores, cada vez más inmunes a los insecticidas, se reproducen en zonas donde existen grandes o pequeños embalses y en los sistemas de regadío.</li> <li>» Los parásitos de la malaria son cada vez más inmunes a los medicamentos baratos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Control de vectores y gestión adecuada de los sistemas de riego y de los cursos del agua.</li> <li>» Promover un diagnóstico y tratamientos rápidos. El uso de mosquiteras tratadas con insecticidas.</li> </ul>
<b>INFECCIONES FILARIALES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Raramente causan muerte, sin embargo sí cursan con molestias generalizadas y crónicas, discapacidad y estigma social.</li> <li>» De los 119 millones de personas infectadas, 40 padecen la enfermedad de forma crónica.</li> <li>» Más del 40% de los infectados viven en India, y el 30%, en África.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Mosquito <i>Culex</i> en las zonas urbanas.</li> <li>» Mosquito <i>Anopheles</i> en las zonas rurales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Los vectores se desarrollan en zonas de regadío.</li> <li>» Los vectores urbanos lo hacen en aguas contaminadas con residuos orgánicos, como alcantarillas o desagües.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Mayores investigaciones para definir el potencial de los métodos de gestión del agua para el control de los vectores.</li> <li>» Aplicación de un programa de tratamiento liderado por la OMS que se basa en la administración masiva de medicamentos a toda la población en riesgo.</li> </ul>
<b>GUSANO DE GUINEA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» La principal carga la encontramos en África, donde está casi erradicada gracias a las mejoras en los abastecimientos del agua. Sin embargo, en Sudán los conflictos civiles existentes en la zona y dificultan la introducción de mejoras.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Parásito <i>Drancunculus medinensis</i>.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Ingerir agua que contenga huéspedes intermediarios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Mayor protección de los suministros de agua potable.</li> </ul>

» Tabla 2

## ENFERMEDADES RELACIONADAS CON EL AGUA TRANSMITIDAS POR VECTORES (CONT.)

	INCIDENCIA	CAUSAS	TRANSMISIÓN	CONTROL
<b>ESQUISTO-SOMIASIS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Enfermedad parasitaria crónica y debilitante que puede causar daños en vejiga, hígado e intestinos.</li> <li>» Afecta a 200 millones de personas, provocando 280.000 muertes anuales.</li> <li>» Se da en 74 países de África, Sudamérica y Asia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Infección con trematodos que tienen a algunas especies de caracol acuático como su huésped intermedio. Los huevos del parásito abandonan el cuerpo a través de los excrementos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Los trematodos ocupan diferentes tipos de hábitat: masas de agua artificial, lagos, ríos, estanques...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Tratamiento regular de las poblaciones en riesgo con medicamentos.</li> <li>» Mejoras en los sistemas de saneamiento para la eliminación de excrementos.</li> </ul>
<b>ENCEFALITIS JAPONESA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Restringida a la zona asiática, donde existen entre 30.000 y 50.000 casos clínicos declarados anualmente, a los que hay que sumar una cantidad considerable de casos no declarados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Mosquito <i>Culex</i>.</li> <li>» Los cerdos tienen como huésped al vector.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Los ecosistemas de arrozales irrigados son el principal lugar de reproducción del mosquito vector de la enfermedad.</li> <li>» También en lugares donde se practica la cría del cerdo como fuente de alimentación y de ingresos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Campañas de vacunación para controlar los brotes.</li> <li>» Gestión adecuada del agua para controlar el mosquito vector.</li> </ul>
<b>DENGUE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Ocupa el primer lugar de las enfermedades virales transmitidas por mosquitos.</li> <li>» 50 millones de infecciones anuales y 22.000 muertes, sobre todo en niños.</li> <li>» Zonas urbanas y suburbanas de las Américas, el Sur y Sudeste asiático —también se ha extendido a zonas rurales—, la costa Este de África, el Mediterráneo oriental y zonas del Pacífico Oeste.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Mosquito <i>Aedes</i>.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Rápido crecimiento de la población, la migración de zonas rurales a urbanas, infraestructuras urbanas básicas inadecuadas, uso de depósitos de almacenamiento de agua potable inadecuados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Mejorar las condiciones de saneamiento y gestión del agua.</li> </ul>

» Tabla 3

**PROBLEMAS DE SALUD NO TRANSMISIBLES ASOCIADOS AL AGUA**

	INCIDENCIA	CAUSAS	TRANSMISIÓN	CONTROL
<b>AHOGAMIENTO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Importante en todo el mundo, aunque el 97% de todos los casos de ahogamiento se producen en países de ingresos bajos y medios.</li> <li>» En 2002, 382.000 personas se ahogaron en todo el mundo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Uso recreativo del agua.</li> <li>» Desastres naturales.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>» La OMS ha formulado unas directrices internacionales para el uso recreativo del agua y la salud.</li> <li>» Mantenimiento adecuado de las obras de protección hidráulica.</li> </ul>
<b>AGUA SUBTERRÁNEA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» La incidencia se observa a largo plazo.</li> <li>» India, China y África Oriental son las principales zonas afectadas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Flúor y arsénico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Pozos artesanos (aguas subterráneas con contenido en flúor y arsénico).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Analizar el agua de cada uno de los pozos para comprobar su contenido de arsénico y flúor antes de su consumo.</li> <li>» Programas de abastecimiento de agua que minimicen el riesgo de salud combinado que plantean las enfermedades diarreicas, el flúor, el arsénico y otros contaminantes químicos.</li> <li>» Uso de fuentes de agua superficial siempre sometidas a un tratamiento adecuado.</li> </ul>
<b>CONTAMINACIÓN DEL AGUA SUPERFICIAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Aguas recreativas en los trópicos y subtrópicos.</li> <li>» Zonas donde las aguas fecales, así como los residuos de la industria, se vierten directamente al mar y ríos, sin previo tratamiento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Contaminación química de mares y ríos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Contacto con el agua (natación, ingesta...)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» La OMS ha formulado unas directrices internacionales para el uso recreativo del agua y la salud.</li> </ul>

# EXPO ZARAGOZA



12% de descuento  
en las entradas para  
afiliados de SAE

Los afiliados a SAE y sus familiares podrán beneficiarse de un 12% de descuento en cada entrada por el convenio que SAE ha suscrito con Expo Zaragoza 2008. A éste se suma el descuento que la organización realiza por la compra anticipada de las entradas, siendo los precios finales los siguientes:

Periodo 2 14/06/2007 a 06/01/2008	Entrada de 1 día	Entrada de 3 días	Entrada de 1 día + 2 viajes Telecabina	Entrada de 3 días + 6 viajes Telecabina
Adulto	23,90 euros	47,70 euros	30,30 euros	60,40 euros
Joven (15-25 años)	17,90 euros	35,80 euros	22,70 euros	45,30 euros
Infantil (5-14 años)	14,30 euros	28,60 euros	18,10 euros	36,20 euros
Mayores de 65 años y discapacitados	17,90 euros	35,80 euros	22,70 euros	45,30 euros

TARIFAS TELECABINA	Entrada de 2 viajes	Entrada de 6 viajes
Adulto	7,90 euros	15,80 euros
Joven (15-25 años)	6,00 euros	11,90 euros
Infantil (5-14 años)	4,80 euros	9,50 euros
Mayores de 65 años y discapacitados	6,00 euros	11,90 euros

## TELECABINA

Transportará a los visitantes desde el embarcadero de Delicias hasta el Parque Metropolitano del Agua, sobrevolando el Ebro, realizará un recorrido aéreo por parte del recinto: pabellón puente de Zaha Hadid, el del Tercer Milenio, los pabellones internacionales y la Ronda del Rabal.

# SAE

SINDICATO DE AUXILIARES DE ENFERMERÍA

Más información en las Secretarías Provinciales

Los afiliados a SAE únicamente podrán acceder a estos descuentos realizando la compra a través de SAE antes del 10 de diciembre de 2007. Estos descuentos son incompatibles con cualquier otro tipo de descuento. Queda prohibida tanto la reventa de las entradas como el uso comercial o promocional de las mismas sin la previa autorización de la organización. Las condiciones de utilización de las entradas quedarán sometidas, en todo caso, a las directrices que, en su momento, pueda establecer al respecto la entidad organizadora de la Exposición Internacional en atención a la capacidad del recinto.



Un **instituto**  
para la  
**humanización**  
de la **medicina**

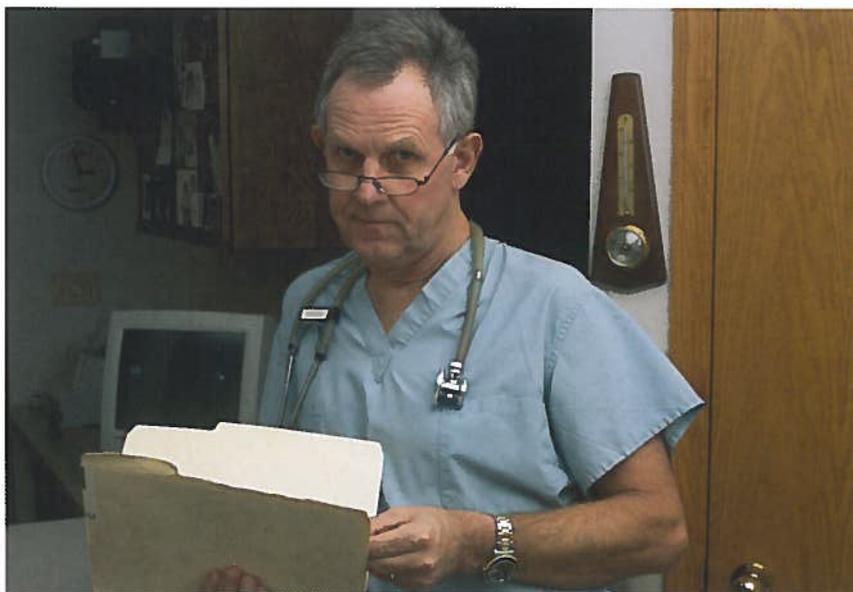


*Un momento durante la presentación del nuevo Instituto de Bioética y Humanidades Médicas.*

Las nuevas tecnologías y la globalización de la información están dando lugar a una pérdida de valores entre los profesionales sanitarios y a una atención al paciente cada vez más deshumanizada. Para recuperar este papel social del médico nace el Instituto de Bioética y Humanidades Médicas, auspiciado por la Fundación de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN).

**TEXTO** Cristina Botello

Los avances tecnológicos, la falta de tiempo, la masificación y los diagnósticos rápidos han hecho que prime una medicina tecnificada y deshumanizada, que descuida el aspecto humano del paciente.



**LA VERTIENTE HUMANISTA** que tradicionalmente ha acompañado al quehacer del médico ha ido desapareciendo en los últimos años devorada por los avances tecnológicos, la falta de tiempo, la masificación de las consultas y la necesidad de diagnósticos rápidos y precisos, primando así una medicina tecnificada y deshumanizada, en la que se ha ido descuidando el aspecto humano del paciente.

Esta recuperación del compromiso social del médico y de su papel en las estructuras sociales pasa por una revisión interna de la profesión, reactualizar los valores profesionales, fomentar el desarrollo profesional continuo y realizar una reflexión seria en torno a la neoliberalización del ejercicio médico.

Todo un ejercicio de reflexión que encuentra en el Instituto de Bioética y Humanidades Médicas los recursos necesarios para “revitalizar los valores profesionales en torno al humanismo médico y la bioética, para conseguir una mayor neoliberalización de la profesión y un mayor compromiso

social del médico”, señala el Dr. Julio Zarco, presidente de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria y director del Instituto.

» Plan de trabajo

Para alcanzar estos objetivos, desde el Instituto se trabajará en tres áreas específicas: desarrollar el pensamiento, reflexiones y conceptos de la bioética aplicada a la medicina clínica, y en particular al ámbito de la Atención Primaria; fomentar las facetas humanísticas al igual que los valores éticos y profesionales de la práctica médica; y detectar las carencias y las fortalezas e implementar las medidas necesarias para conseguir los objetivos propuestos. Además, se facilitará la comunicación entre las personas e instituciones interesadas e implicadas en proyectos de estas características, y se fomentará la participación en proyectos diseñados específicamente para contribuir al desarrollo humanístico de la medicina.

Así lo explicó el Dr. Julio Zarco durante la presentación del



Instituto, “esta institución tendrá como principal misión desarrollar aquellas facetas humanísticas del ejercicio profesional de la medicina, ayudando a este colectivo a conocerlas, comprenderlas y potenciarlas, teniendo en cuenta los valores éticos y profesionales en beneficio del propio médico, de su entorno y, por ende, de la sociedad en general, creando un innovador concepto de salud ético-humanístico-social”.

Para ello, el Instituto desarrollará actividades informativas/formativas, dotadas de recursos que permitan a los profesionales sanitarios intercambiar ideas y opiniones con otras ramas del saber, alcanzando así un enriquecimiento de la perspectiva humanística y ética del ejercicio médico, a la vez que una mejor aceptación y valoración de la profesión médica y, por tanto, un reconocimiento e incremento de su imagen corporativa.

Entre estas actividades cabe destacar los ciclos de conferencias en donde participarán personalidades de diferentes ámbitos que puedan aportar conocimientos enriquecedores al profesional; cursos de formación en las áreas de bioética



y humanidades; un fondo editorial especializado en estas materias; y actividades que permitan la difusión, información y formación de estudiantes de pregrado y postgrado de carreras que guarden relación con la bioética y humanidades, tanto en las universidades españolas como en las extranjeras.

La Fundación SEMERGEN ha creado un sitio web, [www.instituto.bioeticahumanidades.es](http://www.instituto.bioeticahumanidades.es), en el que los interesados podrán obtener información sobre las actividades, podrán consultar un boletín electrónico mensual o podrán realizar cursos *on-line* en materia de Bioética y Humanidades.

## Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)

SEMERGEN es la sociedad científica pionera de la Atención Primaria en España, con más de 30 años de experiencia. Se estableció con el objetivo fundamental de promocionar la medicina de familia mediante el mantenimiento y mejora de la competencia profesional de los médicos, fomentando la investigación y facilitando la formación continuada del facultativo con el fin de mantener la calidad en el cuidado de la salud de los ciudadanos.

En la actualidad, SEMERGEN cuenta con más de diez mil socios, y aunque en sus orígenes fue una sociedad de médicos rurales, actualmente está presente en todos los ámbitos profesionales, siendo la única sociedad científica que aglutina a todos los médicos que trabajan en Atención Primaria. En 1999 se creó la Fundación SEMERGEN. Desde entonces ha celebrado 27 congresos nacionales, además de decenas de congresos autonómicos.

## » Descubren una prótesis de cuero y madera

**CON CUERO Y MADERA** se hizo la primera prótesis funcional de la que se tiene conocimiento. Con ellos fabricaron un dedo gordo artificial en el pie de una mujer que murió cuando tenía entre 50 y 60 años. Lo ha descubierto recientemente un equipo de investigadores de la Universidad de Manchester y el hallazgo se encuentra en el Museo de El Cairo.

La Universidad indicó en un comunicado divulgado a través del sitio de Internet [www.eurekalert.com](http://www.eurekalert.com) que sus científicos esperan demostrar que el dedo gordo artificial del pie derecho es anterior en varios siglos a la prótesis de una pierna artificial que data del año 300 a.C. Esa pierna había sido hecha de bronce y estaba depositada en el Colegio Real de Cirujanos en Londres. Fue destruida por las bombas alemanas durante la II Guerra Mundial.

El Museo Británico también tiene en exhibición la prótesis de otro dedo similar, pero ésta no se encuentra no está adherida a su pie. “Los dos dedos datan de entre 1000 y 600 a.C., y si podemos demostrar que uno o ambos eran funcionales habremos hecho retroceder el nacimiento de la medicina protésica en unos 700 años”, manifestó Jacky Finch, del Centro de Egiptología Médica de Manchester.

El científico señaló que el dedo protésico que se exhibe en El Cairo es probablemente más funcional por cuanto está articulado y muestra signos de uso. Además, todavía está adherido al pie de la momia que era una mujer que murió cuando tenía entre 50 y 60 años. Asimismo, el sitio de la amputación muestra indicios de haberse curado normalmente.

Los científicos buscan ahora personas que tengan un dedo protésico para tratar de comparar la funcionalidad de las extremidades modernas con las egipcias antiguas e intentar hacer una réplica de la prótesis encontrada en la momia.



### » Los aditivos artificiales pueden causar hiperactividad

LA REVISTA *The Lancet* publicó recientemente un estudio en el que afirmaba que los colorantes y aditivos artificiales utilizados habitualmente en los productos alimenticios infantiles exacerbaban la hiperactividad en los niños. Un estudio llevado a cabo en la Universidad de Southampton apunta a que algunas combinaciones de colorantes autorizados están presentes en chocolatinas, caramelos, refrescos... consumidos con frecuencia por los niños.

El estudio, en el que han participado 153 niños de tres años y 144 de ocho y nueve, constató que los niños que habían consumido productos con esos aditivos presentaron un comportamiento más bullicioso, pérdida de concentración o incapacidad para jugar con un solo juguete que los niños que no consumieron estos aditivos.

No se trata de la primera investigación que establece vínculos entre los aditivos y la hiperactividad en los menores, pero su importancia estriba en que en esta ocasión se ha estudiado a niños de más de tres años y no todos con este trastorno de conducta.

La Agencia de Control Alimentario británico (FSA) ha rechazado los llamamientos a la prohibición de estos aditivos, pero ha lanzado una advertencia a los padres sobre los riesgos de estos ingredientes.

Por su parte, la Comisión Europea ha pedido a los científicos de la Autoridad Europea de la Seguridad Alimentaria (AESA) que compruebe el efecto de los aditivos artificiales alimentarios en la hiperactividad de los niños para ver si es necesario tomar medidas.



# ...Y para variar

El Sindicato de Auxiliares de Enfermería (SAE) y la Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería (FAE) han entregado los premios del V Certamen Literario. Los ganadores recibirán un lote de libros y la edición de sus obras en las publicaciones de la organización. En este número de *Nosocomio* aparece el trabajo que ha obtenido el primer premio en la categoría de relato en la modalidad de 8 a 12 años. Francisco José Alba Sánchez, de Valencia, es el autor de "Un nuevo amigo".

## Un nuevo amigo

**ERA SEPTIEMBRE** y acababa de empezar el nuevo curso, nos juntamos los compañeros del curso pasado y empezamos a contarnos lo que habíamos hecho y dónde habíamos estado durante el verano.

Nadie se había dado cuenta, pero, al sonar la sirena, en la fila para entrar a clase había un nuevo compañero.

Entre gritos y empujones fuimos sentándonos en nuestra nueva clase, ya estábamos en quinto de primaria.

El nuevo se quedó en la puerta, no se atrevía a entrar, quizás por el alboroto o por acercarse a un grupo de desconocidos; allí se quedó plantado hasta que llegó el profesor, le rodeó los hombros con el brazo y le acompañó hasta dentro de clase. Ahí fue cuando todos nos fijamos en él, era pequeño y tenía los ojos tristes, su cara era morena y el pelo rizado; al fijarnos en él empezaron las risas, pero cuando el profesor dijo su nombre fue cuando las risas se convirtieron en carcajadas. —“Mohamed será vuestro nuevo compañero de clase”—, dijo el profesor.

Los primeros días de clase transcurrieron con normalidad, Mohamed, por el hecho de ser el único alumno marroquí de la clase, era el centro de las burlas y comentarios maliciosos de casi todos los compañeros de clase. Mohamed intentaba evitarnos, no respondía a nuestras burlas. En su rostro continuaban esas señales de tristeza y soledad.

A la hora del patio, mientras que todos los compañeros de clase jugábamos al balón, menos Carlos que era el empollón y solía estar sentado en un banco leyendo unos cómics, Mohamed solía quedarse mirándonos desde lo lejos, nadie le solía hacer caso.

Algunos días era el profesor el que se acercaba a Mohamed e intentaba hablar con él, pero Mohamed era tímido y le costaba hablar, además no sabía bien el castellano, lo que hacía más difícil su integración.

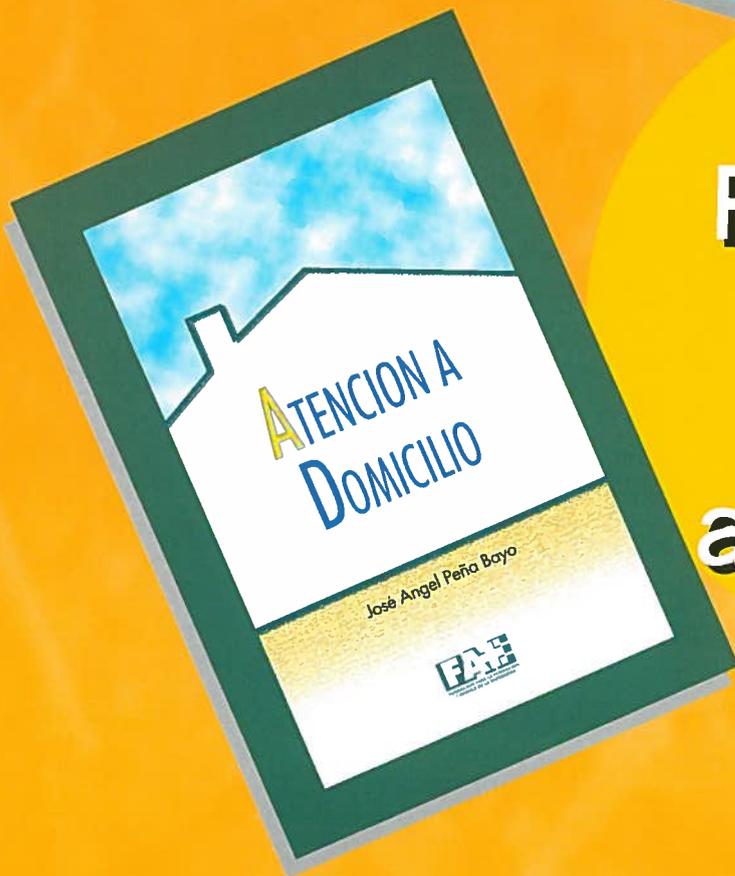
Un día, a la hora del patio, cuando íbamos a jugar nuestro partido de fútbol nos dimos cuenta de que Sergio no estaba, había faltado ese día a clase. No sabíamos qué hacer, faltaba un jugador. En un momento me acerqué a Carlos para

pedirle que ocupara el puesto de Sergio, pero Carlos se negó, lo suyo no era el deporte y no quería jugar con nosotros; durante unos segundos me quedé mirando a Mohamed, me pareció verle sonreír ligeramente, me acerqué hasta donde estaba y le pregunté si quería jugar con nosotros; Mohamed dijo que sí con la cabeza, mientras que una gran sonrisa dejaba ver sus grandes dientes blancos.

Durante los veinte minutos que duró el partido, Mohamed fue el mejor jugador que había en el patio; cuando terminó el partido y después de marcar tres goles, todos fuimos hasta donde estaba Mohamed y nos abrazamos para celebrar la victoria. No lo podíamos creer, nunca habíamos visto a Mohamed tan feliz.

Desde aquel día, no sólo formó parte del equipo dejando a Sergio de suplente, sino que, además, se acabaron las burlas contra él y empezó a ser uno de mis mejores amigos.

*Francisco José Alba Sánchez*  
10 años



# 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**

