

La gripe que nos viene

¿Qué es la gripe?

La gripe es una enfermedad infecciosa aguda de las vías respiratorias causada por un virus que se caracteriza por su elevada capacidad de transmisión de una persona a otra. Se presenta generalmente en invierno, predominantemente en los meses de noviembre a marzo.

La gripe, a diferencia de otras enfermedades virales respiratorias, tiene una vacuna para su prevención con una alta efectividad, aunque como el virus causante de la gripe tiene una elevada capacidad de sufrir variaciones, es necesario cambiar la vacuna que debe administrarse de un año a otro.

¿Cómo se transmite la gripe?

La fuente de infección está constituida por las personas enfermas y la transmisión se produce fundamentalmente por vía aérea, mediante gotitas minúsculas de saliva que se producen al hablar, toser o estornudar y que alcanza a otra persona sin gripe, aunque capaz de padecerla.

El virus entra por la nariz, garganta o pulmones y co-

mienza a multiplicarse causando los síntomas de la gripe.

Las personas enfermas son capaces de transmitir la enfermedad desde un día antes del comienzo de los síntomas hasta 3-7 días después del comienzo de la enfermedad.

El diagnóstico de la gripe suele ser clínico, es decir, atendiendo a los signos y síntomas de las personas enfermas, compatibles con gripe dentro de un contexto adecuado, es decir: temporada gripal, casos de gripe cercanos al paciente, etc.

Síntomas de la gripe

La infección causada por los virus de la gripe ocasiona una alteración de la mucosa respiratoria de forma mucho más severa que un catarro común. A las pocas horas de la infección el tracto respiratorio está inflamado y congestivo.

El cuadro clínico inicial suele aparecer de forma brusca y manifiesta fiebre, escalofríos, dolor de cabeza, congestión nasal, dolores musculares y de garganta, malestar general, pérdida de apetito, tos seca.

La fiebre y los dolores musculares suelen durar de 3 a 5 días y la congestión y la falta

de energía puede alargarse hasta 2 semanas.

En los ancianos es frecuente la aparición de dificultad respiratoria, y en los niños la aparición de otitis y molestias abdominales, como náuseas, vómitos y diarreas.

La mayoría de las personas se recuperan en una o dos semanas, aunque en algunos casos pueden desarrollarse complicaciones, como es el caso de los mayores de 65 años y en personas que padecen enfermedades crónicas, como diabetes, asma, problemas cardíacos, o enfermedad pulmonar obstructiva crónica. La mayor parte de las complicaciones se producen por agravamiento de la enfermedad de base ya existente, por eso estos grupos son los que mayor interés tienen a la hora de la vacunación.

Tratamiento y consejos sobre cuidados en caso de padecer gripe

El tratamiento de la gripe suele ir enfocado a tratar los síntomas que la enfermedad produce. Hay que tener en cuenta que, puesto que se trata de una enfermedad viral, los antibióticos no mejoran los

síntomas ni aceleran la curación. Si son útiles medidas de cuidado como: descansar, beber abundantes líquidos, evitar el consumo de alcohol y tabaco, tomar medicación que alivie los síntomas (como antitérmicos para bajar la fiebre). Es importante no dar aspirina a los niños y adolescentes, por la posibilidad de desarrollar un síndrome Reye (raro, aunque grave) tras la gripe.

También tener algunas precauciones para evitar la transmisión: evitar toser y estornudar emitiendo gotitas de saliva, y el contacto con enfermos de gripe, sobretodo las personas especialmente vulnerables y de riesgo.

Tener en cuenta que es importante consultar con su médico en caso de que aparezcan síntomas no característicos de la gripe, siempre que la fiebre persista más de 5 días con tratamiento antitérmico, si aparece dificultad respiratoria y si existe una enfermedad crónica que pueda descompensarse.

¿Quién debe ser vacunado contra la gripe?

Los grupos de riesgo los componen aquellas personas que por su edad o su estado de salud pueden desarrollar complicaciones en el transcurso de la enfermedad. Los sectores más vulnerables son los mayores de 65 años (especialmente los institucionalizados en residencias), los niños con asma, las personas con enfermedades crónicas cardiovasculares, pulmonares o metabólicas, con insuficiencia renal o inmunodepresión, así como las personas afectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana.

También son grupo de riesgo los profesionales sanitarios y los cuidadores profesionales y familiares de los enfermos de alto riesgo (ancianos, trasplantados...), tanto en institución como en su domicilio.

Otros grupos de riesgo para la vacunación lo constituyen los trabajadores que prestan servicios comunitarios esenciales: policías, bomberos...

Nuevo TAC para el Virgen de las Nieves

La Consejería de Salud invertirá este año 18 millones de euros en la adquisición de 18 equipos de diagnóstico y tratamiento que mejorarán la precisión y eficacia de la atención al paciente, sobre todo en patologías de mayor complejidad diagnóstica y terapéutica.

Esos nuevos equipos son cinco aceleradores lineales, cuatro resonancias magnéticas, seis equipos de Tomografía Axial Computerizada (TAC), dos gammacámaras y una sala de Hemodinámica, según informaron fuentes del Servicio Andaluz de Salud (SAS). Dos de los cinco aceleradores lineales se instalarán en el Hospital de Jerez de la Frontera (Cádiz), un tercero irá al hospital Punta Europa de Algeciras (Cádiz) y los otros dos restantes al Hospital de Valme, en Sevilla. Las cuatro resonancias magnéticas dotarán a los hospitales de Jerez de la Frontera y Punta de Europa, en Cádiz, al Ciudad de Jaén y al Valme, de Sevilla.

Los seis equipos de Tomografía Axial Computerizada (TAC) irán a los hospitales Infanta Elena, de Huelva; al de Jaén; al Virgen de la Merced, en Osuna, Virgen del Rocío y Virgen Macarena, en Sevilla, y al Virgen de las Nieves, de Granada. Las gammacámaras se situarán en el hospital granadino San Cecilio y en el Virgen de la Victoria (Málaga). Por último, la Sala de Hemodinámica prestará sus servicios en el Hospital Reina Sofía, de Córdoba.

La resonancia magnética permite realizar diagnósticos mediante imágenes anatómicas de todas las partes del cuerpo, principalmente de partes blandas como lesiones articulares, enfermedades cardíacas, tumores o afectaciones neurológicas. Para los pacientes, esta tecnología tiene como ventajas, además de la ausencia de irradiación, que es una tecnología no invasiva, indolora y no requiere hospitalización.

La Consejería de Salud invertirá este año 18 millones de euros en la adquisición de 18 equipos de diagnóstico y tratamiento





medicusmundi
andalucía

www.medicusmundi.es/andalucia
958 135 070

por un mundo sano

UNICAJA 2103/3050/09/0030001857 El Monte 2098/0167/99/0132003317
CajaGRANADA 2031/0000/40/0101700020 Cajamar 3058/0108/40/2720004400

medicusmundi agradece la publicación gratuita de esta campaña

El síndrome postvacacional afecta a uno de cada cuatro trabajadores

Los primeros síntomas (ansiedad, irritabilidad y nerviosismo) aparecen a los dos o tres días de la reincorporación

La insatisfacción con el trabajo desempeñado es la principal causa por la que el proceso de adaptación se ve dificultado

Pedro Bustos

Servicio de Psiquiatría

La influencia del trabajo sobre la salud ha sido analizada desde muchas vertientes, y seguramente encontraremos partidarios y opositores de los beneficios y perjuicios que este puede aportar sobre el ser humano. Sin embargo, situados en el mes de septiembre y regresando ya de unos días de descanso, es frecuente hablar sobre los efectos negativos que supone el regreso a la rutina diaria después de un período de vacaciones

El síndrome postvacacional no es propiamente un síndrome, ni un trastorno, ni una enfermedad, sino un proceso normal de adaptación tras un período de ocio donde los hábitos de vida son sustancialmente transformados.

Como todo proceso de adaptación, afecta de manera dispar a las distintas personalidades, de tal manera que aquellos sujetos más rígidos y con menor capacidad de asumir las situaciones de cambio con una actitud positiva, pueden verse afectados al final de su período vacacional. Esta reacción de adapta-

ción puede llegar a producir un malestar significativo en una de cada cuatro personas y un 5% puede necesitar consultar al médico de Atención Primaria.

Los primeros síntomas aparecen incluso antes del final de las vacaciones, en forma de ansiedad anticipatoria y suelen durar un par de días tras la vuelta al trabajo. Pero si tras siete o diez días de reiniciada la actividad laboral persisten la irritabilidad, la falta de concentración o trastornos del sueño, es conveniente plantearse que tras la reacción de adaptación, que como todas las situaciones de cambio supone un aumento de estrés, pueda estar manifestándose un verdadero trastorno depresivo que vienesse gestándose antes de las vacaciones o un síndrome de *burnt out*.

La mejor manera de prevenir la aparición del estrés postvacacional es planificando adecuadamente tanto las vacaciones como el retorno al trabajo. Así, lugares y personas con las que nos reencontramos todos los años y que pudiesen hacer pensar en unas "vacaciones aburridas", dividir las vacaciones en dos periodos, ir adaptándose al ritmo de trabajo habitual los dos o tres días previos a la reincorporación



ción y después de ésta, utilizar el tiempo libre de la tarde en tareas de ocio que realizábamos en las vacaciones, preferentemente con actividad física, mantener una actitud positiva ante el retorno, fomentando la comunicación verbal con los compañeros, facilitan una mejor readaptación al trabajo.

No es recomendable el uso de ansiolíticos y menos aún antidepresivos para el tratamiento de los síntomas de ésta situación. En cualquier caso, siempre han de estar prescritos por un facultativo y por un corto período de tiempo. Más útiles son las técnicas de relajación, el ejercicio físico moderado, el yoga, las infusiones... y tener en cuenta que "el trabajo es un regalo de los dioses a los mortales para salvarlos de la locura".

Cuidados de la piel tras el verano

Después de haber tomado el sol la piel necesita ser cuidada para seguir conservándola atractiva y sana en todo momento

Ciudad Salud

El verano es una época en la que la piel sufre por las constantes exposiciones solares. El cloro de las piscinas o la sal marina también deterioran la salud cutánea. Aparecen entonces las primeras consecuencias del bonito bronceado que nos ayudaba a lucir belleza. La hidratación, la exfoliación y una buena alimentación nos ayudarán a tener de nuevo una piel sana.

El sol veraniego aporta numerosas vitaminas a nuestro organismo, pero al mismo tiempo ejerce una acción nociva sobre nuestra piel. Una vez finalizada la época estival, la piel se resiente y aparecen las primeras evidencias de

una exposición solar crónica: manchas y grietas en un cutis demasiado reseco. No sólo se trata de un hecho antiestético; en un futuro la piel puede sufrir algún tipo de enfermedad grave, como por ejemplo, cáncer cutáneo.

Exfoliación e hidratación

Una buena exfoliación e hidratación es algo fundamental que hará sentirnos con la piel cuidada, lo que se traduce en bienestar. Cualquier época del año es válida para seguir estos tratamientos, no sólo en otoño, tras los excesos solares.

La exfoliación es simplemente una limpieza profunda que se realiza con suavidad y que proporciona múltiples beneficios. No sólo convierte la limpieza corporal en un auténtico tratamiento cosmético, cuando aplicamos los productos exfoliantes, mediante un ligero masaje, prevenimos el envejecimiento cutáneo activando la circulación. Al mismo tiempo, se desintoxica naturalmente la epidermis estimulando los diferentes procesos de eliminación de las células muertas y otras impurezas. De esta forma conseguimos una mejor oxigenación de las células en una piel suave y transparente.

La hidratación es el agua que aporta la sangre a la piel, junto con el oxígeno y los nutrientes, durante el pasaje desde los vasos hacia los tejidos. El agua ayuda al organismo a eliminar las toxinas a través de la piel. Beber es una buena forma de hidratar el cuerpo en su conjunto, pero para que la piel se sienta completamente hidratada necesita ciertas cremas que cumplan esta función. Son los *body milk* o leches corporales que aportan la sensación de frescor a nuestra piel a la vez que toni-

ficán. Los baños de vapor pueden resultar de gran valor ya que abren los poros y eliminan las impurezas, con la consecuente suavidad cutánea que esto genera.

Imprescindible es la protección solar. Es importante evitar el sol entre las doce del mediodía y las cinco de la tarde. Utilizar cremas con un factor de protección superior al 15, y siempre en concordancia con la edad, patologías y medicación de cada persona. No todos los protectores son válidos para cualquiera.

La hidratación, la exfoliación y una buena alimentación nos ayudarán a tener de nuevo una piel sana

Alimentación

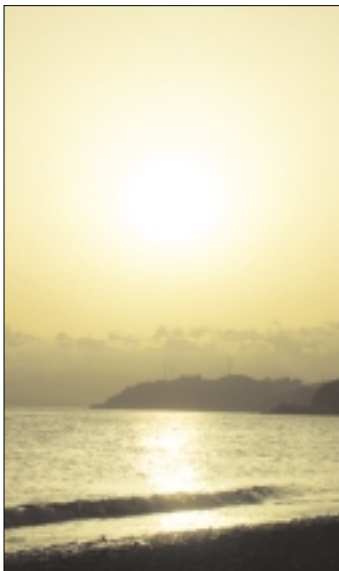
Toda la dieta, todo alimento que ingerimos, tiene relación con la salud y humedad de la piel. Las proteínas, las sales minerales (zinc, manganeso y magnesio) y las vitaminas (especialmente A, B, C y E) son indispensables para que nuestra piel esté sana y bonita. Si no seguimos este régimen de nutrientes, la piel se resentirá visiblemente en zonas como el talón, las rodillas y codos, mientras que el resto del cuerpo se verá sumido en una escamación notable.

La zanahoria, el zumo de naranja, las avellanas, las almendras, los berros, la leche, el arroz integral o el pollo, son alimentos que brindan las cuantías necesarias de sustentos. Por tanto, su introducción de forma moderada en la dieta, beneficiará la restitución de la piel perjudicada por los efectos del sol.

Cuando los alumnos se convierten en actores

Los alumnos de la Escuela Universitaria de Enfermería Virgen de las Nieves, a lo largo del curso académico 2004-2005, han participado en varios simulacros de accidentes con múltiples víctimas, haciendo, precisamente, de eso. El 8 de marzo, con motivo de las Jornadas de Enfermería que anualmente celebra esta escuela para conmemorar la festividad de San Juan de Dios, se organizó, conjuntamente con el Servicio Contraincendios y Protección Civil del Ayuntamiento de Granada, un ejercicio de atentado con coche bomba, en el que 45 de estos alumnos fingieron ser lesionados de diversa consideración, ilesos con gran excitación nerviosa y periodistas molestos, con la maestría que les confiere su juventud, desenfado y conocimiento sanitarios para interpretar las diversas patologías, con tanto realismo que a veces resultó difícil distinguir ficción y realidad, con el magistral maquillaje realizado por alumnos y profesoras del IES Aynadamar. Tanto fue así que, posteriormente, fueron reclamados por otros organismos (Cruz Roja y CECEM) para participar en sendos simulacros organizados en el edificio de la ONCE y en el IES Aricel de Albolote, instituciones con las que la Escuela colabora con cierta asiduidad.

Estos actos son ejercicios de "disfrutar aprendiendo" o "aprender disfrutando", pues estos jóvenes universitarios, curtidos en largas horas de prácticas hospitalarias reales, viven también situaciones de emergencia prehospitalaria, conviven con los protagonistas reales de la atención a estas situaciones (Emergencias y Urgencias Sanitarias, Bomberos, Cruz Roja, Protección Civil, Fuerzas del Orden, TEDAX, etc.), completando así la formación teórica recibida en la programación ordinaria de la Escuela en estas materias.



El Hospital Virgen de las Nieves avanza en el tratamiento del Ictus

El Ataque Cerebral Vascular es un problema de salud de primera magnitud, por lo que la Consejería de Salud lo incluye entre los diez primeros procesos de la Gestión por Procesos Asistenciales Integrados del Plan de Calidad

Se trata de una urgencia que debe ser tratada como tal y donde es fundamental la información sobre los factores de riesgo vascular dirigida a los ciudadanos. El tratamiento de estos factores se traducirá en prevención del Ictus

El Ictus o Accidente Vascular Cerebral afecta cada año a más de 1.500 granadinos, de los que una tercera parte fallece y otro tercio sobrevive con un grado considerable de invalidez. Una atención rápida y bien coordinada puede salvar muchas vidas y también evitar incapacidad y dependencia en los pacientes que salen adelante.

La Consejería de Salud ha considerado que la atención al Ictus es prioritaria y por ello fue una de las primeras enfermedades abordadas en su programa de Gestión por Procesos Asistenciales Integrados, que constituye una estrategia central del Plan de Calidad. De este modo, se crea un nexo entre profesionales y ciudadanos donde la correcta integración del conocimiento y del soporte organizativo necesario, permiten evolucionar hacia formas más flexibles que incorporen la calidad desde una visión multidimensional.

"El Ictus es una verdadera urgencia que debe ser atendida en los Hospitales convenientemente preparados para ello y lo antes posible", explica José Maestre, coordinador intrahospitalario del Proceso Ictus en el Hospital Virgen de las Nieves. Es necesaria una atención "rápida, bien organizada y sistematizada", siendo indispensable para los neurólogos la colaboración de los médicos de Atención Primaria, Servicios de Emergencias y Servicios de Urgencias extrahospitalarias y hospitalarias, radiólogos y otros especialistas.

Asimismo, un número importante de ictus o ataques cerebrales vasculares pueden prevenirse con el tratamiento adecuado por parte de los médicos de Atención Primaria, internistas, cardiólogos, endocrinólogos... ante personas que tienen mayor riesgo de sufrirlos por padecer otras enfermedades que predisponen (hipertensión, diabetes, "colesterol", arritmias, adicción al tabaco...) o por haber sufrido ya algún "aviso". "Estos pacientes no debieran ser pasados por alto o trivializados", aclara José Maestre. También resulta imprescindible contar con la participación activa de los ciudadanos, sean pacientes, familiares, cuidadores u otras personas que desean comprometerse en la lucha. "La población debe tomar conciencia de la necesidad de prevenir esta enfermedad a cualquier edad y conseguir que, si ocurre, exista una adecuada red asistencial con neurólogos y otros profesionales en igualdad de acceso para toda la población", señala Maestre.

Trombolisis intravenosa

Actualmente, la trombolisis por vía intravenosa es el único tratamiento específico para el Ictus Is-

quémico disponible y su resultado puede llegar a ser muy positivo. Sin embargo, sus criterios de uso son tan exigentes que muy pocos pacientes con ictus pueden ser tratados con ella (el 1%, aproximadamente, en el Hospital Virgen de las Nieves, una cifra que aumentaría hasta el 10% si los pacientes se trataran a tiempo).

Ahora mismo son 5 los hospitales andaluces que utilizan la trombolisis para tratar el Ictus Isquémico. Los beneficios de la trombolisis permiten aumentar el número de pacientes que tras sufrir un ictus isquémico (ataque cerebral vascular), "son capaces de llevar una vida independiente a partir de los tres meses", apunta José Maestre. Esto ocurre espontáneamente, es decir, sin trombolisis, en el 30% de los casos; el tratamiento con trombolisis eleva esta proporción hasta casi un 50%.

El Hospital Virgen de las Nieves dispone de los medios tecnológicos y profesionales suficientes para realizar los tratamientos requeridos por cualquier paciente con Ictus y, hasta el momento, en un periodo de tres años y medio -desde que comenzó a aplicarse la trombolisis en este centro- se han tratado a 2.500 pacientes con Ictus, de los que tan sólo 34 pudieron recibir trombolisis; 11 de ellos en el periodo de "uso compasivo" (autorización especial del Ministerio de Sanidad) entre febrero de 2002 y febrero de 2004; y los 23 restantes desde febrero de 2004, dentro del registro SITS-MOST, donde se evalúan los datos clínicos de todos los pacientes tratados en Europa. Según el neurólogo José Maestre, "si estos pacientes hubiesen llegado a tiempo al Hospital seguramente podría haber sido aplicada la trombolisis en más de 250 ocasiones". Por ello, es muy importante establecer una precisa coordinación, rápida y bien organizada, entre todos los servicios implicados en el Proceso Ictus, y en el que actualmente se trabaja con la finalidad de aumentar las mejoras y evitar cualquier demora perjudicial para el paciente.

Ictus o Ataque Cerebral Vascular

El Ictus es una enfermedad frecuente y grave, por mortalidad y secuelas, que constituye una urgencia con posibilidades de tratamiento eficaz, entre ellos la trombolisis. Sus síntomas más usuales son: trastorno del habla, desviación de la boca y pérdida de fuerza o de sensibilidad en todo o parte de un lado del cuerpo (brazo, pierna o ambos). Quienes presenten estos síntomas deben ser trasladados sin demora al Hospital más cercano que esté adecuadamente dotado para la atención del Ictus.

El avance más espectacular en

el tratamiento específico del Ictus ha sido la trombolisis, que puede desobstruir la arteria ocluida a tiempo para evitar el infarto cerebral. Tiene riesgo de producir hemorragia cerebral si el infarto ya se había producido, por lo que el margen riesgo-beneficio es estrecho y hay que indicar el tratamiento con gran cautela y conocimiento del problema. Es previsible, a medio plazo, el desarrollo de fármacos que limiten el daño cerebral deteniendo la cadena de acontecimientos negativos que ocurren en el tejido cerebral cuando se queda sin oxígeno. Esto, que se conoce como neuroprotección, podrá también alargar el tiempo en el cual la trombolisis es útil.

Actuaciones en el Hospital

Hasta el momento se ha aplicado la trombolisis a 34 pacientes, de los cuales, 17 ingresaron en el Hospital Virgen de las Nieves en los últimos doce meses, por lo que el número de tratamientos va incrementando progresivamente, pero aún así, sólo representan el 1% de todos los Ictus Isquémicos que se reciben. Los beneficios esperables de la trombolisis consisten en incrementar el número de pacientes que, habiendo sufrido un Ictus Isquémico, están tres meses después vivos y con capacidad para llevar una vida independiente. Esto suele ocurrir en uno de cada tres pacientes, pero gracias a la trombolisis, el porcentaje incrementa hasta el 50%, por lo que uno de cada dos pacientes llevan una vida sin incapacidad a partir de los tres meses desde que se trató la enfermedad.

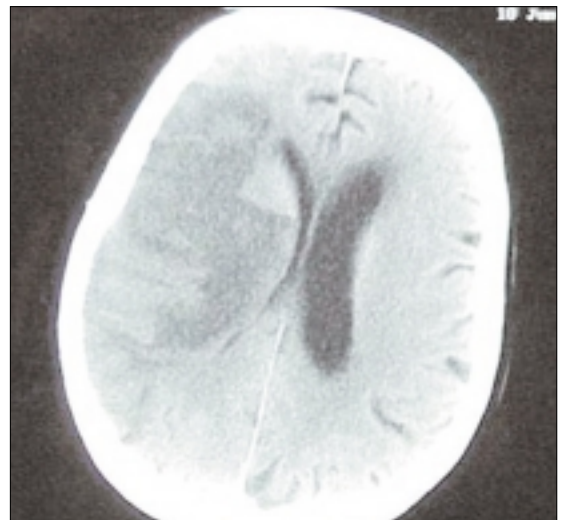
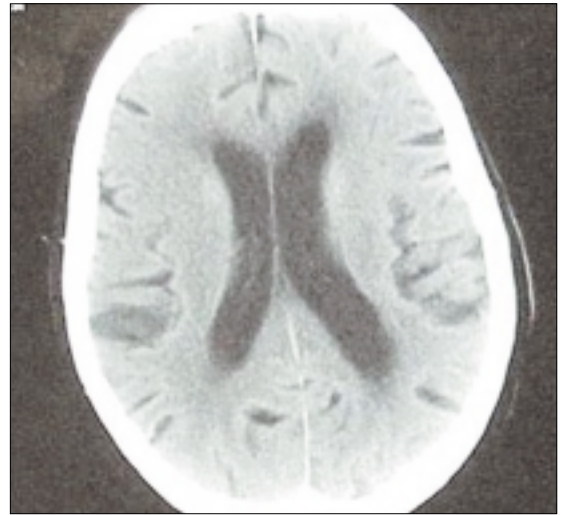
A la trombolisis intravenosa se le suma la trombolisis local o intra-arterial, que beneficia a pacientes que no son candidatos a la primera o ésta fracasa. Hasta ahora, se ha llevado a cabo en tres ocasiones en el Hospital Virgen de las Nieves.

La edad media de los pacientes tratados con trombolisis intravenosa en el Hospital Virgen de las Nieves es de 70 años, de un rango de 40 a 80 años. En cuanto a distinción por sexo, apenas es apreciable, el 48,4% han sido mujeres.

PLACA (Plan Andaluz de Ataque Cerebral Agudo)

Actualmente, el sistema sanitario público andaluz desarrolla un conjunto de actuaciones para prevenir la aparición del daño cerebral y reducir la aparición de secuelas, gracias a la formación e información de los profesionales sanitarios y de la propia población.

Una de las actuaciones principales incluidas en esta estrategia es el Plan Andaluz de Ataque Cerebral Agudo (PLACA), que ya ha permitido la puesta en marcha de distintas medidas, como la dis-



TAC en un infarto cerebral. Arriba, a las 2 horas de producirse. Abajo, pasadas 24 horas

posición de un cuestionario por parte de los profesionales que atienden el teléfono de emergencias sanitarias 061, por el que pueden identificar con premura los casos de ictus e impulsar actuaciones con rapidez.

También en el seno de este Plan se ha creado lo que se conoce como 'código ictus', es decir, el establecimiento de un protocolo que, desde el preciso momento en que se detecta un caso de accidente cerebrovascular, contemple todas las fases y el grado de prioridades para atender convenientemente a estas personas, de modo que se pueda reducir la mortalidad y la aparición de complicaciones asociadas. Alrededor de 11.000 andaluces se beneficiarán anualmente de este circuito de atención prioritaria.

Equipo multidisciplinar

En la trombolisis del Ictus Isquémico están implicados el paciente y sus familiares, que son capaces de reconocer los síntomas como una urgencia, los médicos de atención primaria y todos los dispositivos de urgencias prehospitalarias, que han de acelerar la llegada del paciente al hospital, los médicos del Servicio de Urgencias Hospitalario, que identifican el caso en el triaje, valoran sus posibilidades de tratamiento y rápidamente solicitan el TAC y consultan al neurólogo, el radiólogo que mediante el TAC o RM descarta la presencia de hemorragia cerebral u otras contraindicaciones por imagen, y el Neurólogo, que reúne todos los datos en colabora-

ción con los médicos de urgencia, vuelve a valorar al paciente y mide su gravedad mediante la escala apropiada, valora los estudios de imagen con el radiólogo, explica la situación al paciente y su familia, obtiene en su caso el consentimiento informado para el tratamiento y para la inclusión en el registro SITS-MOST, y definitivamente indica o contraindica el tratamiento. Al no existir en la actualidad un área específica para pacientes con Ictus, al iniciar el tratamiento el paciente suele ingresar en la Unidad de Cuidados Intensivos, ya que durante las primeras 24 horas, es precisa una vigilancia extrema de la situación general y neurológica y muy en especial de su tensión arterial. Así pues, en la situación actual, los protagonistas del tratamiento dentro del Hospital, con el paciente y el neurólogo, son los facultativos de Urgencias, el radiólogo y el intensivista, junto con las enfermeras de cada unidad. El neurocirujano debe estar localizable por si una eventual hemorragia cerebral hiciese precisa su intervención, pero esto rara vez ocurre.

Personal Extrahospitalario
-Pacientes y Familiares
-Médicos de Atención Primaria
-Dispositivos de Urgencias y Emergencias
Personal Hospitalario
-Servicio de Neurología
-Servicio de Urgencias
-Sección de Neuroradiología
-Unidad de Cuidados Intensivos
-Equipo de Enfermería

LA CUARTA EDAD

Las etapas de la vida de las personas son, a saber, la infancia, adolescencia, juventud, madurez y vejez. La temporalidad de cada una siempre ha sido debate de especialistas; en lo que se refiere a la vejez, el diccionario dice que es vieja la persona de mucha edad, pero ¿cuánta edad?, ¿desde cuando se es viejo?, ¿para qué se es viejo?, ¿cuántas clases de viejos hay?

*María Jesús Rodríguez Fernández
Aurora Martín Peña*
Trabajadoras sociales

Para el sistema de pensiones, los 65 años marcan la edad para considerar a una persona vieja para el trabajo, y pasa a ser jubilado/pensionista, con las excepciones que todos conocemos de jubilaciones desde los 55 años o prórrogas de hasta los 70 años.

En este grupo no entran las jubilaciones del trabajo no remunerado ni cotizador, en el que el ejemplo más típico son las amas de casa que no son ni jubiladas ni pensionistas.

El Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y el IMSERSO, como instituto encargado de ancianos, emigrantes y personas discapacitadas, considera los 60 años como la tercera edad en la que se puede solicitar los recursos sociales: residencias, balnearios, centros de día, etc.

La Consejería de Asuntos Sociales de la Junta de Andalucía también establece este tope de edad para sus prestaciones, y además, se necesita para acceder a ellas tener un carnet con foto incluida que lo demuestre.

El sistema sanitario habla de ancianos normales y ancianos frágiles, dependiendo del grado de autonomía para cuidarse, existiendo una variabilidad de escalas que miden cuanta dependencia tienen y qué clase, para asignar sus propios recursos.

Por dependencia se entiende el estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayuda importantes para realizar las actividades de la vida cotidiana. Es esta dependencia la que consideramos que da comienzo a la CUARTA EDAD.

Esta cuarta edad es el pago del progreso socioeconómico del que gozamos solo los países desarrollados, y se ha convertido en un nuevo reto social, porque hablamos de un amplio sector de población, que actualmente según el IMSERSO, supone un diez o un quince por ciento de la población mayor de 65 años que consume recursos sociofamiliares de manera constante y en aumento creciente. Para el 2010 se estima que habrá tres millones de personas mayores dependientes. Las preguntas surgen solas: ¿qué gobierno puede mantener una población tantos años dependiente? En España, la expectativa de vida está en 82,31 años, ocupando el primer puesto en Europa (también ocupamos la mayor diferencia entre expectativa de vida y expectativa de vida saludable, con una media de 11 años). Esta misma fuente, Pfizer, afirma que el mayor deterioro de la salud se concentra en los últimos ocho años de vida.

Y, ¿qué familia puede dedicarse por completo a cuidar de sus mayores dependientes? Actualmente, asume el 72% de los cuidados, y en cada una suele haber un cuidador principal que responde a las circunstancias de cada familia, y sin que se haya llegado a ello por acuerdo explícito. Disponemos de escalas para medir el estrés que le ocasiona esta sobrecarga, y existe un ca-

tálogo de derechos del cuidador.

La pregunta más dura y dolorosa es la siguiente: ¿tenemos derecho a ser personas dependientes? Es decir, ¿tenemos derecho a que nos saquen a la calle de paseo porque no podemos andar, nos den la comida porque no podemos cocinarla, nos cambien los pañales porque no controlamos las esfínteres, la medicación, las sondas, la movilización...?

¿Tenemos derecho a que nos hablen sin poder mantener una conversación porque no sabemos de política ni de "gaitas", si perdemos el interés o la memoria? ¿tenemos derecho a que nos sonrían? Ciertamente, no estamos preparados para esta otra cara de la moneda del incremento que la expectativa de vida supone, pues la realidad se hace presente y cruda cada día en cada persona dependiente, en cada familia y en cada uno de los centros e instituciones que los atienden y acogen.

Son necesarios grandes cambios sociales que tienen que ver con la cultura, y que empezando por el ciudadano de a pie, es necesario concienciarnos y preparar nuestra propia dependencia, allanando el camino a los futuros cuidadores y desterrar esa frase ordinaria que dice: "El que venga detrás que arree".

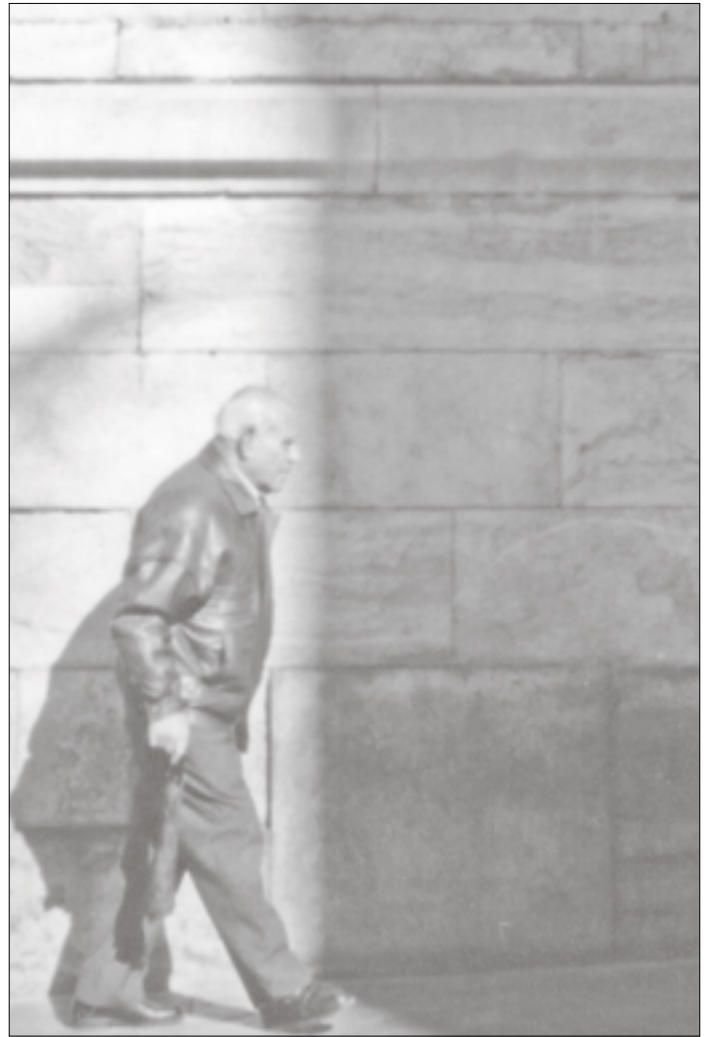
Parece que olvidamos con frecuencia que la persona dependiente cuenta con un pasado que está influyendo en el trato y asistencia que actualmente recibe de su familia.

La película "Mar Adentro", recientemente premiada, expone la necesidad de autorresponsabilizarse de la angustia vital de la dependencia de un joven que no desea seguir vegetando. Nos mete de lleno en conflictos éticos y morales que jamás antes se habían planteado así.

Las Consejerías de Salud de algunas autonomías, entre ellas la andaluza, disponen de un "Registro de Voluntades Vitales Anticipadas", que nos invita a ser conscientes de la necesidad de nuestra voluntad y deseo antes de ponerla en manos de otros, si llegamos a un estado vegetal.

Son necesarios grandes cambios sociales que tienen que ver con la cultura, y que empezando por el ciudadano de a pie, es necesario concienciarnos y preparar nuestra propia dependencia, allanando el camino a los futuros cuidadores y desterrar esa frase ordinaria que dice: "El que venga detrás que arree"

Las herencias se reparten por igual entre los hijos y esta tradición se vive como una injusticia por parte de las hijas cuidadoras. El reparto de las tareas de cuidados entre hombres y mujeres, también forman parte del cambio cultural necesario, porque todos requerimos en nuestra niñez de cuidados y amor con total independencia del sexo, e igual ocurre en la cuarta edad, donde las necesidades de cuidados y amor son igualmente independientes del sexo.



¿Tenemos derecho a que nos saquen a la calle de paseo porque no podemos andar? / RAFAEL ÁVILA

Cuando nuestra humanidad ya no es suficiente para cuidar bien al familiar dependiente, recurrimos a los servicios públicos para que se ocupen de él, sin olvidar que la implicación y compromiso de la familia sigue siendo imprescindible para garantizar el calor humano que el personal del centro o institución no puede sustituir.

Evitar la claudicación familiar es función ineludible de las instituciones. Es doloroso observar cómo desaparecen algunos familiares después de un ingreso hospitalario o residencial porque están agotados. Las instituciones pueden mejorar los procesos de atención sensiblemente tomando medidas que agilicen los servicios.

Actualmente las urgencias sociales realmente no existen. Una solicitud de residencia por vía urgente puede tardar más de seis meses, entre la petición de cita y la documentación requerida para un servicio de ayuda a domicilio pueden transcurrir de uno a seis meses, las ayudas económicas para familiares cuidadores tienen un retraso de hasta un año, las baremaciones de si tienen o no derecho a cualquier prestación social son interminables, algunas residencias están tan alejadas de los domicilios de los hijos que hacen insufrible la tarea de solicitarlas, pues al estrés de esta medida hay que añadir la imposibilidad de poder ir con frecuencia a visitarlos. La rutina también es un enemigo mortal que afecta al trato humano dentro de las instituciones sanitarias y sociales. El reciclaje profesional en esta faceta del conocimiento es actualmente muy deficiente.

Si en medicina no hay enfermedades sino enfermos, en esta cuarta edad no

hay enfermos, sino personas en la última etapa de la vida, inmersos en nuestra sociedad, en nuestras instituciones y en nuestras familias. Ellos requieren un engranaje y coordinación óptima para aprovechar todos los recursos existentes en la mejora de su atención. A veces sucede que, como "una patata caliente", circula quemando a todos.

No entramos a comentar la escasez de estos recursos sociales que, a excepción del sistema sanitario que en múltiples ocasiones actúa como bisagra, son claramente insuficientes.

Ante las nuevas necesidades es necesario inventar nuevos recursos, lejos de proponer por ejemplo, como una de las posibles alternativas, el desarrollo de fondos de pensiones particulares o potenciación de los recursos privados en general, que nos llevaría a enquistar la pobreza y desatención de los menos favorecidos económicamente, hay que crear más alternativas mixtas de financiación pública y privada.

En Diciembre de 2004 se publicó el Libro Blanco de la Dependencia, en donde se analiza la situación de las personas dependientes en España y se marcan las directrices que recogerá la esperada Ley de la Dependencia. Nuestro sistema de Bienestar Social está basado en cuatro pilares: Educación, Salud, Pensiones, y el recientemente incorporado de la Dependencia.

Defendamos y cuidemos nuestro frágil Sistema de Bienestar Social, garantizado fundamentalmente por los SERVICIOS PÚBLICOS, los que no rebajan impuestos para quedar bien con los que más tienen, sino los que proponen leyes que favorecen la igualdad. Hagamos entre todos que la otra cara de la moneda, la de vivir más años, sea más compasiva.