



n.º 1 • Revista de Auxiliares de Enfermería

- SINDROME DE MUERTE SUBITA INFANTIL
- AUXILIARES EN HOSPITALES PENITENCIARIOS



SEPARATA: INFORMES PROFESIONALES ELABORADOS
POR AUXILIARES DE ENFERMERIA



CENTRO GERIÁTRICO
VALDELUZ
S o c i e d a d A n ó n i m a

VALIDOS Y ASISTIDOS

Líderes en servicios e instalaciones

- Habitaciones dobles e individuales climatizadas, con baño y teléfono.
- **Asistencia sanitaria 24 horas.**
- Fisioterapia.
- Podólogo.
- Unidad de asistencia farmacéutica.
- Más de 5.000m² construidos.
- Amplios salones.
- Capilla y servicio religioso.
- Servicio de peluquería.
- Cafetería.
- 10.000m² de zonas ajardinadas.

¡PRECIOS MUY COMPETITIVOS!

INFORMACION Y RESERVAS

Avda. de la Polvoranca c/v Industrias • 28925 • ALCORCON
(MADRID)

Tel: 6437186 (4 Líneas).



CONSEJO EDITORIAL DE NOS

Directora

Elvira Vázquez

Redactora Jefe

Montse García

Consejo de Redacción

Luis Santiponce

Juan José Pulido

María Angeles Domínguez

Maquetación

Sita García

Colaboradores

Cecilia Dou Marcos

Carmen Cubero

Nieves Delgado

Carmen Luna

Elena Chirivella

Pilar Rodríguez

Azucena Kundin

Isabel Cordon

Pilar Lozano

M.^ª Angeles Quiñonero

Pilar Zafra

M.^ª Angeles Mérida

Antonio J. Alonso

M.^ª Luisa Barrantes

Carmen Padilla

Comité Científico

Teresa Valerio

Juan José Montero

Jesús Berzoso

EDITA

SAE (Sindicato de Auxiliares de Enfermería)

Administración, redacción y servicios comerciales

Doctor Esquerdo, 35, 4.º E
28080 Madrid

Telfs. (91) 361 46 27/42/43

Publicidad:

Encarnación Vega Leal

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

Depósito legal: M-14435-1993

EN ESTE NUMERO

4

AEDO, ASOCIACION ESPAÑOLA DE OSTOMIZADOS

RECONOCE LAS DIFICULTADES QUE ENCUENTRA PARA ACCEDER A LOS HOSPITALES Y OFRECER SU APOYO A LOS OSTOMIZADOS

4



8

I SIMPOSIUM INTERNACIONAL DE ENFERMERIA

EN ALICANTE. PAULINO GONZALEZ EXPONE LA SITUACION DE LOS AUXILIARES DE ENFERMERIA

8

10

SINDROME DE MUERTE SUBITA INFANTIL

DOS DE CADA 1.000 NIÑOS NACIDOS MUERE, SIN CAUSA APARENTE, ANTES DE CUMPLIR UN AÑO

10



13

AUXILIARES EN HOSPITALES PENITENCIARIOS

DOS AUXILIARES DE ENFERMERIA RELATAN LAS PECULIARES SITUACIONES QUE VIVEN ENTRE LOS RECLUSOS

13

16

HEPATITIS B

OFRECEMOS LOS PRIMEROS RESULTADOS DEL PROGRAMA DE VACUNACION PARA PROFESIONALES SANITARIOS LLEVADO A CABO EN PALENCIA

16



22

ASESORIA JURIDICA

INFORME SOBRE LAS SITUACIONES DE LA JUBILACION

22



38

LIBROS PARA NOS

AVANCE DE NOVEDADES EDITORIALES DIRIGIDAS A PERSONAL DE ENFERMERIA

38



E



Este es el primer número de *NOS*, la revista de los Auxiliares de Enfermería. Nacemos con la intención de cubrir un hueco vacío, hasta ahora, en la información sanitaria: el que ocupamos los Auxiliares como profesionales de enfermería.

La editora de *NOS* se ha propuesto demostrar a través de estas páginas la cualificación profesional y la evolución que los Auxiliares hemos alcanzado en los últimos tiempos.

A lo largo de los años, los Auxiliares de Enfermería hemos evolucionado en el desempeño de nuestras funciones y de nuestra profesión y del reconocimiento alcanzado tanto por la sociedad como por el resto del personal hospitalario.

En este tiempo los Auxiliares de Enfermería hemos ido recopilando nuestras observaciones y el fruto de nuestras investigaciones sin tener un canal adecuado que permitiera la difusión del conocimiento adquirido.

NOS ofrece esa alternativa viable. Un medio adecuado, profesional, donde difundir nuestras aportaciones y encontrar las del resto de compañeros.

Los trabajos de investigación u observación elaborados por los Auxiliares de Enfermería han pasado por la supervisión de un comité científico integrado por profesionales sanitarios que garantiza el alto nivel de lo publicado en *NOS*.

Por último, aprovechamos este espacio para agradecer el apoyo recibido por parte de los Auxiliares y la ilusión puesta en este proyecto.

Esperamos no defraudar a quienes nos han apoyado y demostrar al resto que todavía nos queda mucho por decir.

Elvira Vázquez

BUEN VIAJE DE CONGRESO



MAPFRE ASISTENCIA con más de 3.600 puntos asistenciales repartidos por todo el territorio nacional, cuenta con los medios más directos y eficaces para solucionar cualquier tipo de incidente, apostando por la tranquilidad y confianza tanto del organizador como del congresista.



MAPFRE
ASISTENCIA

SALVANDO DISTANCIAS

c/. Claudio Coello, 123 28006 Madrid
Tel: 581 25 10

AEDO

UNA ASOCIACION PARA LA INTEGRACION

Como si de una película del oeste se tratara, 50.000 españoles se enfrentan al dilema de elegir entre la bolsa o la vida pues convertirse en portador de una ostomía supone recuperar una vida, o una calidad en la misma, que se daba por perdida. Tras un posoperatorio marcado por las depresiones y la falta de información estos pacientes dejan de ser enfermos para volver a una vida normal.

«La ostomía es el menor mal al que llega un individuo que se ha abandonado y al que ningún sanitario ha sabido conducirlo para confirmar a tiempo el origen de un signo de enfermedad digestiva o urinaria», afirma Jesús Rodríguez, presidente de la Asociación Española de Ostomizados.

El cuidado de las ostomías comienza con la prevención.



No obstante, un 37,3% de las operaciones de ostomía que se practican son debidas a ingresos por urgencia, sin que el enfermo pueda ser preparado ni psíquica ni fisiológicamente para ella, por lo que el mayor riesgo de un ostomizado es la no adecuación al estilo de vida.

Junto al aprendizaje de

detección de los primeros síntomas, otra medida para combatir cualquier enfermedad en su inicio es la información acerca de la importancia que tiene hacerse exploraciones y controles médicos periódicos, pero para el presidente de AEDO «en este país lo que realmente falla es la educación

RECOMIENDA A UN OSTOMIZADO QUE:

Tras la cirugía el ostomizado se enfrenta a una nueva vida en la que se encuentra con un cambio físico, que en la mayoría de las ocasiones afecta gravemente también a su psicología. Muchas de sus preocupaciones en este momento se centran en la alimentación que deben tomar, el vestuario que deben utilizar o los cuidados de su desconocido estoma. Por ello conviene que se les recomienden algunas cuestiones:

— Respecto a los cuidados de la piel periestomal hay que vigilar que el paciente no sea alérgico a los adhesivos y si lo fuera recomendarle aquellos específicos de material hipoalérgico.

Otra preocupación de los ostomizados es la alimentación que deben seguir. El paciente debe volver a su alimentación habitual, la que tenía antes de la intervención, incluso puede ser más variada, ya que algunas patologías que determinan la ostomía obligan a restricciones dietéticas en el período preoperatorio.

— Una cuestión que casi todos los ostomizados convierten en un problema es el de las prendas de vestir, tendiendo a llevar prendas amplias y sueltas. Cuando se convencen de que no hay razones que obliguen a ello vuelven a su forma habitual de vestir.

— La higiene corporal debe recibir la importancia justa, sin excesos ni defectos. Conviene recomendar al ostomizado que la ducha o baño se realice sin el dispositivo colocado para que al menos un rato al día se facilite el reposo y aireación de la piel periestomal.

sanitaria de la población. Si hubiera una educación sanitaria coherente disminuirían todas estas enfermedades».

Etimológicamente *stoma* en griego es boca u orificio. En este caso ostomía hace referencia a los orificios de la pared abdominal para abocar sustancias de deshecho y para las que existen unos dispositivos determinados para recogerlas. El objeto de una ostomía es derivar de su curso natural, de forma temporal o definitiva, los fluidos normalmente vehiculizados por la víscera ostomizada y se realizan sobre el aparato digestivo o urinario. El primer caso es el de las colostomías e ileostomías mientras que aquellas en que las intervenciones son realizadas sobre el aparato urinario son conocidas como urostomías.

Las ileostomías se presentan fundamentalmente por enfermedades inflamatorias como son la colitis ulcerosa, la enfermedad de Crohn o por otras causas como la poliposis familiar o los traumatismos.

Las causas más frecuentes de las colostomías son los tumores colorrectales, las obstrucciones intestinales, los traumatismos, en el caso de colostomías infantiles, las malformaciones congénitas.

Por último, el origen de las urostomías son los tumores de vejiga, la obstrucción tracto urinario inferior, vejigas neurógenas o patologías graves sin alternativa terapéutica.

¿Cuántos son?

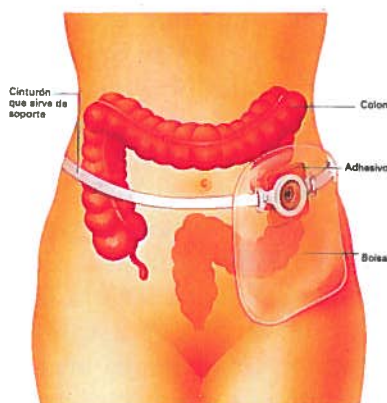
En alguna de las situaciones descritas se encuentra el 1 por 1.000 de la población mundial.

En España este porcentaje se sitúa en torno al 0,8 por 1.000.

La gran mayoría de los ostomizados son portadores de una colostomía, situándose en torno al 72% del total. De éstos, la incidencia entre hombres o mujeres está muy igualada, ya que el 45% de los colostomizados son varones y el 55% mujeres.

Los ileostomizados y los urostomizados representan el 13% cada una de las patologías, aunque si bien en el primer caso los porcentajes por sexo también son semejantes —45%

Disposición de una bolsa adhesiva en el abdomen una vez realizado un ano contra natura



varones, 55% mujeres—, el 85% de los urostomizados son varones, debiéndose esta mayor incidencia masculina a la presencia del cáncer de próstata que padecen la mayoría de los urostomizados varones.

Asimismo, la mayor parte de los ileostomizados son personas menores de 35 años, debido a la mayor propensión a padecer enfermedades inflamatorias que pueden derivar en una ileostomía.

En cuanto al cáncer de colon

la edad de aparición más frecuente son los 40 años y el cáncer de recto se presenta, sobre todo, a partir de los 60 años.

El equipo de enfermería en la recuperación de los ostomizados

Jesús Rodríguez, presidente de AEDO, Asociación Española de Ostomizados, manifiesta que «en general, el nivel de cualificación del personal sanitario especializado en estos cuidados es muy bajo. La mayoría de los ostomizados al ser dado de alta en los hospitales vuelven a casa con un nivel de información muy bajo o malinformados».

«En España hay 160 enfermeras capacitadas en el cuidado del estoma, pero tan sólo un 10% desarrollan su labor en plantas de cirugía o urología, que es donde se encuentran los ostomizados. Pero la labor asistencial es el trabajo de un equipo, no de personas aisladas, por ello el Auxiliar de Enfermería es un importante complemento dentro de éste al estar la mayor parte del tiempo con el paciente», manifiesta Jesús Rodríguez.

Se admite en el momento actual la indiscutible necesidad de creación y puesta en funcionamiento de las unidades de ostomizados para ofertar una mejor asistencia sanitaria frente al creciente aumento de la demanda y el número de usuarios con padecimientos crónicos, toda vez que, sin duda, colaboran a disminuir el gasto sanitario.

Hablan las asociaciones

Las primeras unidades de ostomizados fueron creadas en 1965 para brindar una atención integral a los pacientes ostomizados y hallan su origen en la iniciativa de una ileostomizada que a la vista de los padecimientos y complicaciones que tuvo durante y después de su intervención decidió, en asociación con el cirujano responsable, desarrollar un programa de atención que contemplase todas las necesidades asistenciales del paciente.

El primer país en incorporar esta modalidad asistencial fue el Reino Unido, para lo cual desarrolló un programa intensivo de formación.

Existen datos, fundamentalmente dentro de los países de la CEE, que demuestran la validez de estas unidades tanto en relación al sistema sanitario, para el que supone una mejor organización y racionalización de los gastos, como en la normalización de la vida del paciente.

La integración es la mejor terapia

La Asociación Española de Ostomizados, AEDO, fue fun-

dada en 1978. Su presidente, Jesús Rodríguez Fano, afirma: «Nuestro objetivo fundamental es ayudar al ostomizado a adaptarse a su ostomía y a los cambios que le va a suponer, entendiéndolo que no tiene por qué renunciar a una calidad de vida digna.»

«Para ello, continúa Jesús Rodríguez, se desarrollan en AEDO diversas actividades tendientes a conseguir nuestros objetivos. El ostomizado español tiene la oportunidad de entrar en contacto e intercambiar experiencias con otras personas en su misma situación en las reuniones de pequeños grupos que periódicamente se realizan y a las que asisten tanto los propios afectados como sus familiares.» Además, se organizan diferentes actividades de ocio y tiempo libre.

Sin duda, una de las actividades primordiales en AEDO es la labor que el voluntariado realiza en los centros sanitarios. «El voluntariado de AEDO lo integran personas con estoma y comprometidas de una manera desinteresada y generosa con la asociación a la que aportan sus actitudes, capacidades y tiempo libre al servicio de sus semejantes con el propósito de lograr una mejor calidad de vida para el ostomizado. Desarrollan su labor visitando al ostomizado en

los hospitales respondiendo con sensibilidad, solidaridad y humanidad a los problemas del recién operado.»

«No obstante, manifiesta, nuestro voluntariado se encuentra con múltiples problemas a la hora de acceder a los centros sanitarios. El personal sanitario desconoce su labor y no la entiende como complementaria a la puramente sanitaria. En ocasiones, sólo podemos visitar los hospitales cuando el personal de enfermería nos llama ante casos especialmente delicados. Debería mantenerse una actitud más abierta puesto que la rehabilitación de las personas ostomizadas es una tarea multidisciplinar de todos los grupos involucrados en dicha rehabilitación.»

«Nos hemos planteado como fundamental para llevar a cabo nuestros objetivos mejorar y ampliar el canal de información tanto a nivel personal como profesional. En este aspecto se enmarca la distribución de la revista *Nuevos Horizontes* que mensualmente se remite a nuestros asociados y en la que encuentran las experiencias de los ostomizados en otros países, los avances científicos al respecto o reflexiones médicas sobre condiciones especiales.» ■

FICHA TECNICA

Nombre: AEDO (Asociación Española de Ostomizados).

Dirección: Martínez Campos, 42 dpdo., 4.ª planta.

Teléfono: (91) 308 41 86.

Actividades: Asesoramiento e información a los ostomizados. Actividades lúdico-recreativas.

Publicaciones: *Nuevos Horizontes*.

Estamos De Su Parte En Todas Partes.



Y con la mayor Red de Oficinas en Galicia

Estamos de parte de todos nuestros clientes. Cubriendo todos los días, con eficacia y agilidad, todas sus necesidades financieras. Desde las más normales hasta las más sofisticadas. Estamos de parte de la calidad de servicio, de la profesionalidad y de la más avanzada tecnología informática. Y por supuesto estamos en todas partes. Más de 450 oficinas en Galicia, Madrid, Barcelona, Bilbao, Zaragoza, Valencia, León y en diversos países de Europa y América. Así es Caixa Galicia. Más que nunca de su parte y en todas partes.

 CAIXA GALICIA

I SIMPOSIUM INTERNACIONAL EN ALICANTE

EL AUXILIAR REQUIERE AUTONOMIA EN SU TRABAJO

El Hospital General de Alicante organizó recientemente el I Simposium Internacional de Enfermería y Programa de Convergencia Europeo que congregó en la ciudad alicantina a más de 300 asistentes y en el que participaron profesionales sanitarios de diferentes países.

En lo que se refiere a la convergencia con Europa, Juan Muñoz Mansilla, asesor ejecutivo del Ministro de Sanidad, puso de manifiesto la importancia que en los programas públicos tendrá la eficacia empresarial.

Asimismo, la movilidad laboral desempeña un importante papel en este proceso del que han participado los profesionales sanitarios españoles desde que se produjo nuestra integración en Europa en 1986, si bien es cierto que esto no ha supuesto movimientos significativos.

Intervinieron, junto con otros destacados miembros del Comité Consultivo de Enfermería de la CE, María Isabel Soares y Giuseppina Astorino.

María Isabel Soares expuso la situación de la enfermería en Portugal donde cerca del 90% trabaja en el Sistema Nacional de Salud integradas en una carrera profesional que define las áreas de actuación, las categorías y las condiciones de desarrollo. Portugal aprobó recientemente un nuevo estatuto del Sistema Nacional de

Paulino González



Salud que introdujo importantes variaciones tanto en la organización de los servicios como en la prestación de cuidados de salud. Isabel Soares considera que en el caso de ser aprobada la legislación comunitaria en el ámbito de prestación de cuidados de salud, es imperioso que las enfermeras, tanto a nivel nacional como comunitario, refuercen sus organizaciones profesionales, porque solamente así podrán ser escuchadas.

Según Giuseppina Astorino, enfermera italiana, la profesión de enfermería en este país ha sido protagonista activa en los últimos diez años de un notable desarrollo en el sentido cualitativo y cuantitativo dirigido al interior de la profesión misma y al exterior hacia los ciudadanos. Esta evolución aún se mantiene por la toma de conciencia que la profesión en su conjunto y los



organismos que la tutelan y representan han asumido respecto al hecho de que los enfermeros son los actores principales de la promoción y de la tutela de la salud.

Otros profesionales de la sanidad española expusieron sus reflexiones y conclusiones sobre el profesional de enfermería actual.

Paulino González Blanco, Auxiliar de Enfermería y secretario de Acción Sindical del Sindicato de Auxiliares de Enfermería, expuso en estas jornadas los problemas por lo que pasan en la actualidad los Auxiliares españoles en el tiempo que el programa dedicaba a tratar las «Condiciones de trabajo, empleo y vida del personal de enfermería.»

En este sentido, González Blanco manifestó que «al Auxiliar de Enfermería no se nos permite una participación activa en el equipo asistencial de las unidades hospitalarias ya que no estamos considerados como parte del equipo, sino como meros ejecutores de las órdenes del resto».

«El problema está motivado, en parte, por la política de parcheos a la que se ha sometido a la enfermería española en gene-

ral y a los Auxiliares en particular sin llegar nunca al fondo de la cuestión. Por ello, se considerarán urgentes reformas organizativas concretas que inexcusablemente pasarían por el reconocimiento social e institucional de los Auxiliares de Enfermería.»

Por último, Paulino González aludió a la ineludible necesidad de crear un sistema de organización del trabajo que destierren para los Auxiliares de Enfermería la indecisión general, la recepción constante de órdenes, las interrupciones, informacio-

nes simultáneas e incluso contradictorias... de manera que el trabajo realizado por éstos sea asumido como parte integrante del equipo asistencial y sus problemas formen parte del sistema sanitario para así resolverlos e integrarlos definitivamente.

Las conferencias de los diferentes ponentes dieron paso a extensos debates en los que participaron activamente los asistentes al Simposium, aportando cada cual sus reflexiones particulares sobre el tema planteado. ■

AGENDA DEL CONGRESISTA

XIV CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERIA DE CUIDADOS INTENSIVOS, PEDIATRICOS Y NEONATALES

Burgos. 5 al 7 de mayo de 1993.

Información: Hospital General Yagüe. Servicio de Cirugía Pediátrica. 09005 Burgos. Telf. (947) 28 17 63.

XXII CONGRESO ESPAÑOL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Sevilla. 17 al 21 de mayo de 1993.

Información: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Villanueva 11, 28001 Madrid. Telf. (91) 431 67 11.

I CONGRESO MUNDIAL DE LACTEOS EN SALUD Y NUTRICION HUMANA

Madrid. 7 al 10 de junio. Información: Telf. (91) 302 04 00.



MUERTE SUBITA INFANTIL: UN MISTERIO

Aproximadamente dos de cada mil niños nacidos vivos mueren entre los uno y ocho meses de forma inesperada. Nada hacía presagiar su muerte pues estaba totalmente sano, ni antes ni después de la necropsia se encuentran las causas del fallecimiento. Es lo que el doctor José Peña Guitián, presidente de la Asociación Española de Pediatría, califica como «uno de los mayores enigmas de la medicina y de la pediatría de hoy». Este síndrome, conocido como el síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL), representa en los países desarrollados la primera causa de muerte de niños con edad inferior a un año, excluyendo el período posneonatal inmediato.

En 1969 se celebra en Estados Unidos el I Congreso de Investigación sobre el síndrome de muerte súbita del lactante, que dará la definición que se ha mantenido hasta nuestros días: «El SMSL viene definido por la muerte súbita e inesperada de un niño aparentemente normal, la cual permanece inexplicada después de la realización de una autopsia correcta.»

Las tasas de niños fallecidos por muerte súbita varían de unos países a otros y así nos encontramos con que en Nueva Zelanda se registran un 6 por 1.000 de casos, en Estados Unidos de 2 a 3 por 1.000 y en Dinamarca el 0,92 por 1.000.

En lo que concierne a España el tema de la muerte súbita infantil adolece de muchas carencias, incluida la exactitud del número de casos. El doctor Peña reconoce que «los médicos en este país somos poco exigentes con la declaración de causas de muerte y el ambiente de tragedia que rodea estos sucesos tampoco propicia la aplicación rigurosa de los preceptos forenses». Sin embargo, aplicando el ratio mundial se presume que unos 1.100 lactantes españoles fallecen cada año del SMSL, lo cual representa uno de cada 500 recién nacidos.

Desde que en 1963 se celebrara la I Conferencia Internacional sobre Etiología del SMSL se han venido realizando amplias investigaciones sin poder determinarse la causa última que lo origina. Actualmente se considera al SMSL como un proceso multifactorial que origina trastornos de la respiración y conduce a una muerte inesperada.



El aumento incontrolado de un síndrome desconocido

La Sociedad de Pediatría de Andalucía Occidental y Extremadura apunta que los apartados a tener en cuenta en la epidemiología del SMSL son:

- la incidencia;
- los factores dependientes del niño: a) prematuridad y peso del niño, b) edad, c) hermanos d) sexo y raza;
- características de los padres y factores socioeconómicos;
- datos del suceso.

Las muertes ocurren con mayor frecuencia durante el invierno, independientemente de la fluctuación mensual de nacimientos, por la noche entre las 24 y las 9 horas, durmiendo y en cualquier postura.

La incidencia de SMSL disminuye durante el verano especialmente en lactantes jóvenes.

En cuanto a la prematuridad y peso al nacer del niño, algunos autores (Kraus, Borhani, Bergman) señalaron en 1972 la existencia de una relación inversa entre el peso al nacer y el ratio de SMSL. La prematuridad, junto con el retraso del crecimiento intrauterino o el bajo peso para la edad gestacional, aumenta el riesgo de presentar SMSL.

El SMSL es raro en las primeras

tres semanas de vida, produciéndose un pico de incidencia entre los dos y cuatro primeros meses, para ir decreciendo posteriormente hasta el final del primer año.

Los datos de incidencia entre hermanos varían de unos autores a otros. Se ha comprobado una mayor incidencia de SMSL en los hermanos que siguen al fallecido de muerte súbita. Esto puede señalar que la influencia ambiental puede interaccionar con la base fisiopatológica de la enfermedad, más que hablar a favor de una herencia mendeliana.

En cuanto al sexo hay varias ubicaciones que hablan de una prepotencia ligera del sexo masculino (58%) frente al femenino.

Se ha vinculado un mayor riesgo en hijos de madres solteras, o madres que estuvieron enfermas durante el embarazo, con intervalos cortos entre los mismos y anestésias o sedación en el parto, madres fumadoras o adictas a drogas o que acuden tarde al ginecólogo.

Identificación de lactantes con riesgo de SMSL

La problemática medicosocial que el síndrome de la muerte súbita del lactante representa, recomienda identificar a aquellos lactantes con riesgo elevado de presentar una muerte súbita a fin de aplicar los medios para evitarla. Los datos disponibles sobre SMSL son escasos; sin embargo, los protocolos de estudio para la identificación de lactantes de riesgo están definidos, se va adquiriendo experiencia con el empleo de monitores en los domicilios de los pacientes de alto riesgo y se está orientando el tratamiento global de SMSL. En general, se puede dividir al grupo teórico de niños de alto riesgo en dos apartados:

- Recién nacidos aparentemente sanos. De acuerdo con la definición de SMSL, todos son presumiblemente candidatos a presentarlo. El intento de aproximación a este



grupo mediante score epidemiológico es bastante complejo.

— Lactantes sintomáticos. Aquellos que han tenido algún problema de tipo médico estudiado en un hospital, o los que tienen antecedentes familiares de SMSL.

Las causas del SMSL continúan siendo oscuras, principalmente por dos motivos: por un lado, la dificultad para comparar grupos homogéneos de pacientes dado que los criterios diagnósticos difieren con frecuencia. Por otro el SMSL es complejo y multifactorial y puede ocurrir por diferentes mecanismos.

El doctor Peña Guitián considera que en el SMSL intervienen múltiples factores. Existen en este sentido varias hipótesis, como la disminución del tronco cerebral, la apnea de origen periférico, alteración del SNV o el papel facilitador del sueño.

En este momento los estudios sobre el SMSL están centrados en la observación de la posición del niño en el sueño. La tendencia humana fue siempre la de acostar a los bebés decúbito supino, hasta hace aproximadamente unos treinta años en que se observa una variación tendente a acostar al niño decúbito prono. La mayoría de ellos eran niños con antecedentes de vómitos frecuentes o malformaciones en la lengua que llevaba a pensar que en la posición decúbito

prono tenía más facilidad para respirar, sin embargo la nueva tendencia acabó por imponerse en la mayoría de casos, tanto de niños enfermos como sanos.

Los estudios realizados también aportan estadísticas según las cuales la mayor incidencia de SMSL se dio mientras el niño dormía en decúbito prono. El doctor Peña afirma que «en realidad no hay ninguna constatación de que la posición boca arriba minimice la presencia del síndrome, pero ahora está muy cuestionada la posición del niño sano, sin problemas, boca abajo».

Posición de la AEP

La Sociedad Española de Pediatría, ante el aumento que la incidencia del SMSL está experimentando, ha creado un Grupo de Trabajo sobre Muerte Súbita Infantil, que coordinado por el doctor Frédéric Camarasa, profundiza en las investigaciones sobre el SMSL.

Entre los proyectos de este grupo de trabajo se encuentra la de facilitar información actualizada sobre la SMSL a todos los pediatras, médicos y a la misma sociedad. Pedir la colaboración de los médicos para que aconsejen la práctica de un estudio necropsico.

Se considera importante el desarrollo de los sistemas de vigilancia ambulatorios adecuados entre la población de «riesgo aumentado», como son los «Programas de Monitorización Domiciliaria», los «Sistemas de Puntaje de Síntomas» o bien el «Control Ponderal».

Para la Asociación Española de Pediatría es primordial la información y asesoramiento a las familias afectadas por un SMSL ante la posibilidad de una nueva gestación y clarificar un correcto asesoramiento médico-legal para todos los facultativos, en previsión de demandas o actuaciones judiciales contra los mismos, que puedan derivarse ante toda muerte súbita e inesperada de un lactante.■

“
Los médicos en este país somos poco exigentes con la declaración de causas de muerte
”

AUXILIARES DE ENFERMERIA EN HOSPITALES PENITENCIARIOS

Más de trescientas Auxiliares de Enfermería desempeñan su labor como personal de enfermería en los centros penitenciarios atendiendo a la población reclusa.

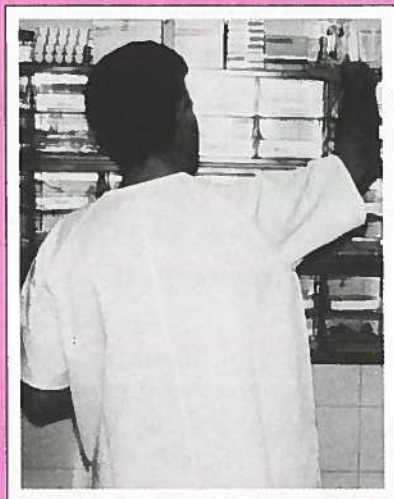
La asistencia sanitaria en estos centros, dependientes de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias, ha sufrido un profundo cambio en los dos últimos años, pasando de un esquema de actuación curativo basado fundamentalmente en la atención ante la pérdida de salud a un sistema más coherente y coordinado orientado hacia la prevención y a una atención integral de la persona.

«Durante los tres primeros meses tenía pesadillas continuas pero ahora me siento más útil que en cualquier otro hospital.»

Se trata de implantar un sistema de atención primaria de salud equiparable en la medida de lo posible al existente en la red sanitaria pública,

mejorando la accesibilidad de la población reclusa al nivel médico especializado de la forma más idónea posible.

Existe un concierto con algunas comunidades autónomas según el cual los hospitales dependientes de las con-



sejerías de salud atenderán a los pacientes que requieran pruebas complementarias o cuando la complejidad o gravedad del caso supera las posibilidades del Hospital Penitenciario.

La piedra angular de la reforma sanitaria en las

Instituciones Penitenciarias comenzada en 1989 es la creación y puesta en marcha de los equipos de Atención Primaria en todos los centros penitenciarios, como si cada centro constituyese una «zona básica de salud».

Para llevar a cabo esta reforma desde el Ministerio de Justicia se creó una Subdirección General de Sanidad que se constituye como órgano gestor. Esta Subdirección se estructura a su vez en dos grandes áreas de actuación: una de salud pública, responsable de los sistemas de información sanitaria y de la elaboración y el seguimiento de programas específicos y otra de «Ordenación Sanitaria» que se ocupa de la organización de la práctica asistencial intra y extrapenitenciaria en los niveles de atención primaria, especializada y hospitalaria.

Dependiendo también de esta Subdirección General, un servicio de Drogodependencias trabaja en íntima colaboración con el resto de las unidades de la Dirección General más estrictamente penitenciarias.

Se necesitaba igual-

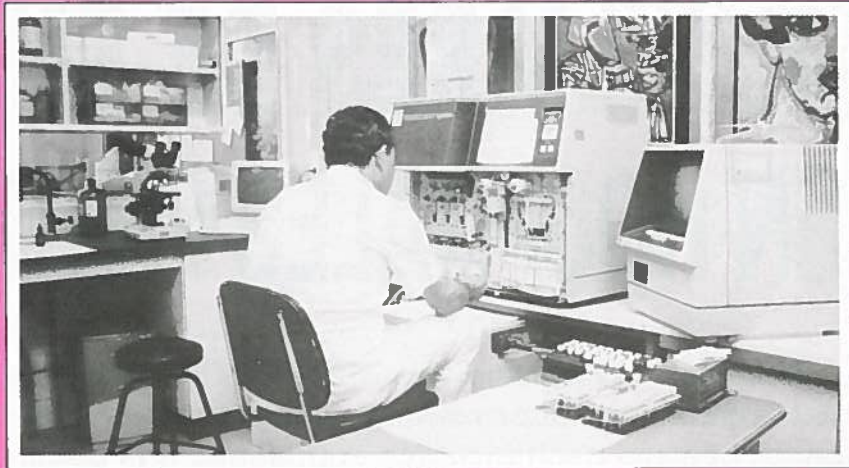
mente una adecuación de los recursos humanos de forma que desde 1989 se llevó a cabo una reforma de personal aumentando el número de médicos, enfermeros y Auxiliares de Enfermería hasta alcanzar en la actualidad los 313 Auxiliares.

Siguiendo esta misma filosofía de atención sanitaria, también se han introducido modificaciones en la dedicación de los profesionales sanitarios. De esta forma se ha establecido un horario a tiempo completo en vez de las tres horas establecidas con anterioridad, creándose además un sistema de guardias de forma oficial.

No obstante, algunos puntos del proyecto de reforma aún no se han materializado, por ejemplo la creación de un coordinador de enfermería en los centros que contarán con cinco profesionales de enfermería.

NOS ha entrevistado a dos Auxiliares de Enfermería, Lucía y Marisol, que trabajan en el Hospital Penitenciario de Madrid, donde atienden a la población reclusa que es ingresada en el centro.

Las funciones que realizan como personal de enfermería se asemejan a las que se realizan en Instituciones Abiertas de la Seguridad Social. La gran diferencia radica en las peculiaridades de sus pacientes y de la propia estructura de la sanidad penitenciaria.



«La relación de los Auxiliares de Enfermería con los pacientes es muy dura, manifiestan Lucía y Marisol. Somos nosotras quienes pasamos la mayor parte del tiempo con ellos y somos quienes recibimos los insultos o las amenazas ante cualquier insignificancia

«Tienes que aprender a aguantar las miradas y engañarles de que no tienes miedo.»

que ellos observen.»

«Lo peor no es el trabajo asistencial propiamente dicho, afirma Lucía, sino que te pasas el día peleando con ellos para que entiendan que lo que haces es por su bien, pero en la mayoría de los casos se mantienen firmes y no hacen ningún caso. Tienes que luchar a diario contra su incultura y aunque intentas crear un ambiente y

una relación amigable la carga psicológica que soportas acaba por quemarte.»

«Son tantas las amenazas que recibes, las actitudes que observas, que hay veces que te sientes insegura dentro del propio centro.»

«Cuando el recluso llega al hospital no olvida que sigue estando en la cárcel y no tienen ningún interés en respetar las normas de higiene que deben imperar en cualquier hospital. Hacen auténticas burradas para que les receten medicación o como medida de presión para estar más tiempo en el hospital y retrasar el regreso al centro penitenciario. Pero al mismo tiempo, y aunque resulte paradójico, se pasan el día exigiendo, consideran inadecuados los menús o desconfían de la medicación que les das y la queja y la denuncia están a la orden del día.»

Marisol y Lucía consideran que sería necesario que el personal que

empieza a trabajar en un hospital de estas características recibiera algún tipo de información previa en relación con la forma de tratar a los pacientes, de contrarrestar situaciones conflictivas... «Los tres primeros meses son de pesadillas continuas y aunque al final te acostumbras, al fin de la semana estás agotado.»

Marisol, que durante una época trabajó en el hospital y ahora ya no ejerce como Auxiliar de Enfermería, reconoce que la situación laboral ha cambiado. El número de profesionales ha aumentado considerablemente en los últimos cuatro años, pues en un principio había un Auxiliar de Enfermería por planta que la mayor parte del tiempo estaba sola y en el supuesto de una urgencia debía localizar al médico o al enfermero.

«El hospital es muy viejo y se ha ido creando a la vista de las necesidades que se creaban. Ahora hay más personal, algo más de material y un control más riguroso.»

«A pesar de la mejora, interviene Lucía, que en la actualidad trabaja en el centro, sigue habiendo muchas deficiencias, sobre todo de material básico. No hay cuñeros donde limpiar las cuñas, no hay suficiente ropa de lavandería y sin embargo dispo-

nes de cosas que apenas utilizas.»

El riesgo asumido del Sida

Un altísimo porcentaje de los pacientes están infectados con el virus del sida, hepatitis B y todas las infecciones paralelas. Los Auxiliares han pasado, como la mayor parte de los profesionales sanitarios, por el miedo a un contagio. Ahora observan con gran rigor las normas de prevención —guantes, gorro, mascarillas y bata— y dispensan a los pacientes los cuidados necesarios sin parar a pensar en los virus.

Por otra parte, el departamento de salud laboral realiza las oportunas revisiones periódicas y las campañas de vacunación. «Ante cualquier sospecha se acude a ellos y no hay ningún problema.»

Problemas profesionales

La gran carencia de estos Auxiliares de Enfermería es la falta de reconocimiento que tiene su labor, por parte los propios pacientes, de la Administración e incluso de los compañeros de otros centros sanitarios.

«No nos sentimos apoyados ni siquiera por el conjunto de los compa-

ñeros, manifiestan nuestras entrevistadas. Existe un pasotismo general que enrarece incluso la relación de trabajo con los compañeros. Hay gente que va a trabajar porque no tiene otra cosa pero ni siquiera se molesta en hacer bien su trabajo y tienes que educarles también a ellos.»

Reconocen que trabajar en el Hospital Penitenciario les ha condicionado incluso en su vida extraprofesional. «Además de no atreverte a hablar por los pasillos con tus compañeros de aspectos de tu vida privada por los comentarios que puedan oír los reclusos, cuando alguien ajeno sabe que trabajas aquí te mira de diferente manera. En casa también prefieren no conocer a fondo las situaciones que vivimos a diario y a veces incluso inventamos trabajos ficticios para evitar los comentarios.»

A pesar de todo, Marisol y Lucía confiesan sentirse muy orgullosas del trabajo que realizan y afirman que podría ser un trabajo bonito si cambiara la mentalidad de algunas personas, tanto de los pacientes como entre los compañeros. «En el fondo, te sientes más útil que en la calle y cuando algún paciente reconoce lo que haces por él valoras aún más esa gratitud. Somos profesionales y queremos hacer nuestro trabajo con dignidad.»■

Según la legislación vigente, la empresa es responsable de la protección de los trabajadores contra los riesgos laborales. La hepatitis B está considerada como un riesgo laboral pero la vacuna sólo es uno de los medios entre los que la empresa puede elegir para proteger a sus trabajadores. Según un estudio realizado recientemente por una empresa especializada, esta flexibilidad en la protección es el motivo por el que muy pocas empresas ofrecen de manera activa la vacunación y, por consiguiente, el número de trabajadores vacunados es reducido.

La normativa en vigor, que emana de las autoridades nacionales del trabajo, recomienda que se ofrezca la vacunación a los grupos laborales de riesgo, fundamentalmente personal sanitario expuesto al contacto con la sangre.

Los Comités de Salud Laboral de Atención Primaria y de Atención Especializada de Palencia están llevando a cabo una campaña de vacunación contra la hepatitis B para los profesionales sanitarios del área por entender que supone uno de los mayores riesgos profesionales a los que están expuestos.

Pese a ello, no todo el personal estaba vacunado, por lo que los Comités de Salud Laboral llegaron a un acuerdo para llevar a cabo una campaña de información y vacunación conjunta para todos los profesionales sanitarios con la intención de aumentar el número de vacunados.

José Manuel Fernández García, director de Atención Primaria, manifiesta que «la iniciativa se enmarca dentro de las actividades que se están llevando a cabo por parte de los Comités de Salud

Laboral desde su creación en 1989. En este sentido se ha trabajado en la identificación de riesgos mediante una encuesta de priorización de los mismos y visita al terreno. A través de los coordinadores y responsables de enfermería de los centros de salud del Estado, se ha hecho un examen de salud de todos los profesionales del área que lo han solicitado».

El director de Atención Primaria manifiesta que hasta el momento se dispone de los resultados del examen de salud de los que se deduce que la participación en el mismo del personal no sanitario ha sido del 80%, así como entre los Auxiliares de Enfermería. Por el contrario, tanto los diplomados en enfermería como el personal facultativo han

Inmunidad contra la hepatitis B

sido quienes menos interés han demostrado por la propuesta.

En cuanto a la campaña de vacunación propiamente dicha, el doctor J. Moro Aguado, jefe de sección del servicio de medicina preventiva del Hospital Río Carrión, manifiesta que

«en lo que respecta al ámbito de la atención especializada en el grupo de personal de enfermería el 80% están bien vacunados, es decir, en un período en el que no es necesaria la revacunación. Hay un 10% de profesionales no vacunados quienes probablemente tengan asumida la situación de riesgo constante y adquieren una relativa seguridad.»

Aunque los responsables de ambos Comités de Salud Laboral no se aventuran a dar resultados concluyentes hasta no disponer de todos los datos necesarios podemos avanzar los primeros resultados de esta campaña.

En lo que se refiere a Atención Especializada la cifra de personas que inician la vacunación en el período en que se puso en marcha la campaña informativa evidencia una recuperación del número de personas que comienzan a protegerse activamente con respecto a los dos tri-

mestres anteriores, aunque no suponga la mayor cifra del año.

En cuanto a las características de la vacuna ésta puede prevenir la enfermedad y en consecuencia el desarrollo del estado de portador. Asimismo, se ha demostrado que ésta se sitúa entre las más seguras, más inmunógenas y más eficaces de las desarrolladas hasta el momento.

Se administra por vía intramuscular en la región deltoidea, bastando en la mayoría de las personas tres dosis para inducir protección de duración cercana a los cinco años. La segunda dosis se administra al mes de la primera y la tercera seis meses después de la primera. No ha dado efectos adversos graves, tolerándose perfectamente, aunque en ocasiones aparecen reacciones locales pasajeras.

El doctor Moro manifiesta que «hace unos años había temor hacia la vacunación porque se extraía de portadores del virus y aunque se conocía el proceso de purificación se mantenía cierto temor pensando que los procedimientos no eran seguros y existían riesgos. No obstante, esto ha cambiado porque hace seis años que la vacuna es de origen genético y no existe ningún riesgo, por lo que ya nadie plantea los problemas anteriores».

La vacuna para los profesionales de la sanidad es gratuita y se suministra tanto en el centro de salud como en el hospital. «La vacunación es fruto de una decisión personal y no podemos obligar a nadie a que la tome. Nuestra intención es informar a nuestros profesionales y ofrecerles las alternativas posibles. El personal sanitario está absolutamente implicado como personal de riesgo y es recomendable que todos estén vacunados», apuntan los doctores.■

El Hospital Río Carrión realizó una continua actividad de inmunización aproximadamente desde 1986. Por ello el interés fundamental del Comité de Salud Laboral cuando estimó la confección del material divulgativo era:

- **Animar al personal que no se había inmunizado a aceptar la vacuna.**
- **Disponer de material divulgativo para quienes que se incorporen profesionalmente a trabajos con riesgo biológico.**
- **Motivar al personal ya inmunizado a mantener con las adecuadas revacunaciones, su nivel de protección.**

¿QUÉ HAGO SI...?

Cuando hay un contacto con una muestra sospechosa de infección del virus de la hepatitis B debemos enviar un parte de accidente de trabajo. Se hace una determinación de anticuerpos y un seguimiento desde el servicio de medicina preventiva. Con el registro de que ese percance ocurrió; si mañana el profesional desencadena la enfermedad; y se demuestra que es a partir de ese contacto, se consideraría como enfermedad profesional.

**UNA VACUNA
VOLUNTARIA
PERO NECESARIA**

Distribución trimestral de 1992 de las dosis vacunales frente al virus B de la hepatitis en personal con riesgo laboral en el Hospital General Río Carrión

	1. ^a dosis	2. ^a dosis	3. ^a dosis	Otras dosis
1. ^{er} Trimestre	63	46	42	6
2. ^o Trimestre	33	49	36	7
3. ^{er} Trimestre	17	16	46	11
4. ^o Trimestre	47	42	44	10
Total	160	153	168	34

LA CRISIS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Un reciente informe del Defensor del Pueblo mostraba la cruda realidad de la Sanidad pública: no funciona. Cientos de quejas han llegado en este último año a esta Institución y muchas de las deficiencias que en 1992 se habían denunciado no sólo seguían igual, sino que en muchos casos se habían acrecentado (listas de espera, masificación, deficiencias en la atención...), demostrándose una vez más que las expectativas de los usuarios van por delante de lo que puede ofrecer la Sanidad Pública.

Nuevamente una Institución independiente de cualquier fuerza política ha denunciado lo que hasta la fecha sólo algunos (sindicatos profesionales en la mayoría de los casos) habían denunciado. La desidia ministerial y de los gestores ha convertido a la Sanidad Pública en uno de los males que nos ha traído la década socialista. A pesar de todo, el español sigue pensando que la Sanidad Pública está por delante de la Privada, tal vez porque los precios que cuesta acceder a esta segunda modalidad sean prohibitivos para la mayoría y porque la Sanidad Privada busca abiertamente el beneficio económico sobre cualquier otro.

Entre el conjunto de medidas que intenta convertir al Sistema Nacional de Salud en una empresa que dé beneficios (aun a costa de empeorar aún más el servicio) convendría destacar el célebre programa cooperativo, también llamado contrato corporativo ya que cede todo el poder al médico en detrimento de otros colectivos no médicos (enfermeras, auxiliares, etc.) al concederles la facultad de gestionar, dirigir, una unidad o servicio bajo unas muy especiales condiciones.

Así, el médico-gestor recibirá una partida económica determinada en función de los logros

que se pretendan obtener de dicho servicio. El responsable de dicha unidad, que siempre ha de ser médico, será el encargado de la contratación de personal, de definir los turnos de trabajo, de establecer la cartelera. En definitiva, de gestionar. Al término del programa, cuya duración está aún por determinar pero que previsiblemente será anual, los «beneficios obtenidos», es decir, el dinero ahorrado, podrá ser repartido entre todos los miembros del equipo pero con la peculiaridad de que será, nuevamente, el facultativo encargado de dirigirla el que decida qué cantidad es la que se merece cada uno. Con ello, el Ministro de Sanidad pretende contentar a la profesión médica y colocarla, según palabras del propio Felipe González, en su justo lugar dentro del Sistema Sanitario Público.

La única verdad es que los servicios y centros de salud afectados con esta medida se convertirán en reinos de Taifas donde el médico será el señor de señores al gozar del poder de despedir y contratar al personal necesario para el buen funcionamiento del servicio. Con ello se logrará que la precariedad en el empleo sea la moneda de cambio habitual y los representantes de los trabajadores, los sindicatos, vean mermados su poder, ya que nadie osará enfrentarse al facultativo que tiene el poder de contratar-despedir y de favorecer o condenar al ostracismo a aquel que se enfrente a él.

La única realidad constatable será que, de entrar en vigor esta medida, la calidad asistencial disminuirá considerablemente, ya que el usuario no estará en disposición de exigir la mejor asistencia (tendrá que contentarse con lo que el Centro de Salud o el servicio quieran proporcionarle), creándose tantas Sanidades Públicas como contratos cooperativos existan. Volveremos a retroceder y todos aquellos derechos que se habían conquistado se perderán por el afán del gobierno de contentar a unos pocos, que además son los mejor pagados, y no provocar la ira de los «semidioses» médicos y exponer a una huelga sanitaria que en estos meses electorales sería fatal para la imagen de un gobierno que no necesita de la ayuda de nadie para equivocarse en sus decisiones, aunque tal vez abortando la huelga de los médicos se encuentren otra del personal no facultativo. Todo es posible.

LUIS SANTIPONCE



**UN BUEN SEGURO
PARA
AUXILIARES DE
ENFERMERIA**

S.A.E.

SINDICATO DE AUXILIARES DE ENFERMERIA

SEGUROS
Athena



PROTOCOLO DE REDACCION

Los trabajos que se envíen para ser publicados en NOS deberán sujetarse 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 deben presentarse en formato DIN-A4 en una plana, mecanografiados a doble espacio, en castellano, y con margen lateral, superior e inferior. Las páginas deben ir numeradas.

Irán precedidos de un resumen de no más de quince líneas en el que exponga el planteamiento general del trabajo.

- La bibliografía debe incluir invariablemente el

nombre del autor, del libro, la editorial y la fecha y lugar de publicación.

- Se añadirá junto al trabajo todo el material gráfico y fotográfico que se considere oportuno como complemento al texto. Las fotografías pueden enviarse en papel o diapositiva, indistintamente, y se evitará en lo posible enviar fotocopias de los gráficos.
- Los autores deben adjuntar los siguientes datos: nombre completo del autor, o autores, titulación, empleo o cargo actual, dirección, teléfono de contacto.

Si son aceptados para su publicación, pasan a ser propiedad exclusiva de NOS, quien se reserva todos los derechos. Se comunicará por escrito a los autores la próxima publicación de los trabajos seleccionados.



BOLETIN DE SUSCRIPCION



DATOS PERSONALES

APELLIDOS Y NOMBRE

DIRECCION POBLACION C.P.

TELEFONO D.N.I.

DATOS BANCARIOS

Muy Sres míos:

Ruego a ustedes que en lo sucesivo, y hasta nueva orden, hagan efectivos los recibos que presente el Sindicato de Auxiliares de Enfermería en concepto de suscripción anual a NOS.

TITULAR DE LA CUENTA

BANCO CAJA DE AHORROS

N.º CUENTA N.º AG.

DIRECCION PROVINCIA C.P.

....., a de 199.... Firma

Tarifa suscripción anual, dos números. (Incluidos gastos de envío)

AFILIADOS 700 pts, NO AFILIADOS 1.100 pts

*Indicar si es afiliado a S.A.E y en su caso el n.º de afiliación

NOS C/ Doctor Esquerdo, 35 - 4.º E - 28028 Madrid

NO AFILIADO

AFILIADO

El Hospital de Galdakano pertenece a la red pública, está situado a 10 km de Bilbao en medio rural y cubre un área de actuación de 420.000 habitantes aproximadamente. El centro es un hospital general de 500 camas según la nueva Ordenación Territorial efectuada por el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco.

Los problemas generados por los toxicómanos son del dominio público, ya que abarcan todas las posibles patologías orgánicas y psicológicas del individuo, conflictos que puedan desarrollarse en la vida familiar por razones de un desajuste de cualquier tipo y todo tipo de problemas sociales derivados de las disfunciones generadas por la necesidad de dinero, la agresividad ante cualquier situación frustrante o los enfrentamientos entre los narcotraficantes.

GENERALIDADES DE LAS

Droga: Principio activo, fármaco, medicamento... Ninguna de estas definiciones expuestas aclaran el concepto

DROGODEPENDENCIAS

IRENE ARGÜESO
AZUCENA KUNDIN

El departamento de drogodependencia o desintoxicación en este centro consta de siete camas. Tras quince días de tratamiento los pacientes pasan al Proyecto Hombre (Centro Específico de Drogodependencia).

El Hospital de Cruces, perteneciente también a la red pública, está situado a 6 km de Bilbao en medio urbano. Este es un Hospital General de 1.000 camas, donde el departamento de Drogodependencia y Dexintoxicación no existe como tal y se tratan los problemas derivados de esta enfermedad dentro del servicio de medicina interna.

que se debe tener de una droga como sustancia capaz de generar abuso. Por ello es necesario emplear otra serie de términos y conceptos.

- **Tolerancia.** La tolerancia se caracteriza por una disminución general del efecto cuando se administra repetidamente una sustancia, o dicho en otros términos, una sustancia genera tolerancia cuando para producir el mismo efecto es necesario incrementar la dosis.

- **Dependencia.** La dependencia está caracterizada por una adaptación psicológica, fisiológica y bioquímica, causada por una exposición reiterada a la droga, haciéndose

necesaria la utilización de la sustancia para la remisión de los fenómenos que ocurren por su ausencia o retirada.

Se diferencia entre la dependencia psicológica o física. Asimismo, en el último caso existen dos tipos funda-

mentales de dependencia: la representada por los opiáceos y la típica de los depresores del sistema nervioso central.

- Abuso o adicción. Dependiente de la forma de consumo, que puede ser experimental, ocasional, episódico o sistemático.

CLASIFICACION

- Opiáceos.
- Alcohol.
- Tabaco (nicotina).
- Estimulantes del sistema nervioso central.
 - Anfetaminas
 - Cocaína
 - Xantinas
- Depresores del sistema nervioso central.
 - Barbitúricos
 - Benzodiacepinas
 - Otros
- Derivados cannábicos
 - Marihuana
 - Hachís

La diferencia entre ambas en la

concentración de THC, componente psicoactivo denominado tetrahidrocannabinol, 3% y 10% respectivamente.

- Alucinógenos.
 - LSD
 - Mescalina
 - Psilocibina
- Fenciclidina
- Inhalantes.
 - Solventes
 - Pegamentos
 - Colas, etc.
- Otros fármacos.
 - Antidepresivos
 - Hipotensores
 - Coricosteroides
 - Anticolinérgicos

KRACK O ROK

Es una de las sustancias quizá menos conocida, aunque muy oída, en la que vamos a hacer mucho hincapié por su peligrosidad y el aumento de consumo tan espectacular en los últimos años y que los expertos opinan que puede suponer una epidemia tan devastadora como la heroína en los años sesenta.

— Farmacología del crack

Se obtiene como consecuencia de mezclar clorhidrato de cocaína con agua, amoníaco y bicarbonato sódico. Esta solución se calienta hasta hervir a 89° C, con lo que se alcali-

niza y precipita en forma de pasta, que una vez seca y triturada parece escamas de jabón.

— Formas de presentación y administración

Se presenta en forma de gránulos o perdigones con un peso de 125 mg, suficiente para una o dos dosis. Se absorbe por vía inhalatoria, es decir, fumado con otras sustancias mezcladas como tabaco o marihuana. Actualmente una de las mezclas más peligrosas es la de crack y polvo de ángel, un anestésico llamado fenciclidina que las autoridades sanitarias retiraron con celeridad de las farmacias.

Algunas de las razones que incrementan su consumo son el coste más barato que otras sustancias (entre 400 y 600 pesetas la dosis), la simpleza del proceso de elaboración (se puede producir en una cocina casera), la potente y breve actuación ya que los efectos estimulantes son mucho más rápidos, de menos duración y de bajada más rápida que con la cocaína y la disminución del riesgo con respecto a las inyectadas.

— Consecuencias físicas y psicológicas

Los efectos tóxicos y complicaciones son similares a la de la cocaína normal, pero aumentados y agra-

vados ya que fumada es unas 10 veces más potente.

Son muy frecuentes la psicosis paranoide, crisis de angustia, depresión que desemboca en suicidio, acusada irritabilidad y agresividad, anedonia extrema, anorexia extrema.

También son frecuentes los problemas cardiovasculares como la angina de pecho, el infarto de miocardio o la hemorragia cerebral.

Las estadísticas del NIDA señalan que las causas más frecuentes de muerte son por este orden: el ataque cardíaco, el fallo respiratorio y la hemorragia cerebral. Los casos atendidos en servicios de urgencia por sobredosis de cocaína fumada han aumentado más del 300% en los últimos tres años.

Hay que recalcar que en cuanto a dependencia, además de la dependencia que produce la cocaína, el crack por sus características provoca una dependencia psicológica tan esclavizante que resulta casi imposible para aquellos individuos que la han ingerido varias veces dejar su consumo.

— Tratamiento

Para la sobredosis del crack no hay tratamiento específico, sino las medidas propias de reanimación. Para el tratamiento de los efectos tóxicos y complicaciones son los mismos que para los cuadros presentados por la cocaína normal.

Para los psicóticos el tratamiento será de neurolepticos y para convulsiones diacepán. En períodos de abstinencia, antidepresivos tricíclicos como imipramina.

ALUCINOGENOS

Sustancias farmacológicas cuya absorción produce en el hombre unas modificaciones importantes y transitorias en la percepción y en los procesos del pensamiento y del humor.

Los fármacos más importantes se agrupan en cuatro categorías:

Indol y derivados (ácido lisérgico, LSD y derivados de la triptamina).

Mescalina y derivados de anfetaminas.

Esteres y derivados como la atropina.

Cannabaceos como el hachís.

Los alucinógenos más comunes son: la mescalina y la diatelamina del ácido lisérgico (LSD).

euforia, temor...).

Trastornos de la percepción.

Alucinaciones.

Excitaciones.

Delirio.

Pánico.

Pasividad.

Experiencia mística.

Midriasis.

Taquicardia.

Suicidio.

La mescalina y el LSD son conocidos comúnmente como drogas psicodélicas, que significa apertura de la mente. Las personas que abusan de ellas lo hacen para ver a través de sus mentes o experimentar los raros efectos que producen.

— Formas de uso y administración

En medicina ambas drogas han sido usadas para tratar a enfermos mentales, pero solamente bajo condiciones muy especiales.

Como droga recreativa, por absorción oral, sus efectos comienzan a los 30 ó 40 minutos, y persisten de 8 a 12 horas. Su eliminación es por vía urinaria y biliar.

— Consecuencias físicas y psíquicas

Trastornos del humor (angustia,

— Adicción

Los alucinógenos no son drogas que produzcan adicción, aunque algunas personas se habitúan a tomarlas. Son peligrosas, ya que llevan a sus consumidores fuera de la realidad, y algunos jóvenes han acabado suicidándose.

— Tratamiento

Por su acción activadora de receptores dopaminérgicos y cierto efecto anticolinesterásico se trata con neurolépticos como diacepán y fenaxibenzamina.

LOS AUXILIARES DE ENFERMERIA ANTE LAS GENERALIDADES DE ESTOS PACIENTES

Dada la complejidad de los problemas que se plantean en la asistencia al drogodependiente, y la disparidad de criterios existente en este campo, es primordial la aceptación de los principios mínimos de una filosofía asistencial. Los puntos de partida de esta filosofía asistencial son:

El enfermo afectado por una sustancia tóxica, ya sea legal o ilegal, es un enfermo a considerar a veces grave e incluso con serio peligro para su vida y en general con graves repercusiones para su futuro.

Presentan problemas físicos, sociales, jurídicos y psiquiátricos, este último según los estudios realizados por los departamentos de psiquiatría es su principal origen. Por todo ello requiere un alto nivel de calidad asistencial.

Debemos y podemos estar preparadas para su asistencia en todos los campos, dentro de un equipo de enfermería.

Uno de los aspectos más impor-

tantes es la prevención:

- En las escuelas.
- Participando en los programas de prevención comunitaria.
- Centros de salud o atención primaria.
- Atención domiciliaria: núcleos familiares a través de acciones orientativas, informativas y educativas.
- Centros específicos de tratamiento urbano.
- En unidades de desintoxicación hospitalaria.
- En centros de reinserción social.

Por último y muy importante, cuando nos llegan como pacientes a un hospital hay que evitar tratarles como «drogatas», sino como un enfermo más con sus características especiales, y que nuestro trato y atención sean adecuados de forma física, psíquica y humana. ■

Hasta el momento de la pubertad no es posible advertir diferencia microscópica alguna entre la mama del varón y la de la mujer. En la pubertad hay algo de tumefacción en la mama (tetilla) del varón y al mismo tiempo en la mama de la

mujer hay aumento notable del tamaño, que comienza en el décimo año de la vida y se acentúa entre el decimocuarto y el decimosexto año.

El desarrollo de la glándula mamaria es resultado de la acción hormonal que comienza con la pubertad en la mujer. En este período el pezón adquiere su forma natural sobresaliente. En el varón, en contra de algunas afirmaciones, siempre hay tejido mamario que puede desarrollarse.

LA

Esther Andrés Melero

MAMMA

ANATOMIA

Las mamas están situadas en la pared anterior del tórax, por delante de los músculos pectorales, y abarcan de la tercera hasta la séptima costilla.

— Configuración:

— Configuración externa: En la joven tienen forma hemisférica. La mitad inferior, de forma redondeada y puntiaguda, tiende a adentrarse y formar un surco submarino entre la mama y la pared torácica.

La mama está formada por:

El pezón: situado en la pared central, protuberancia de forma cónica de un centímetro de largo y alto y en cuya superficie se abren de diez a veinticinco

poros galactóforos (orificios de canales galactóforos).

La aréola: superficie pigmentada de color rosado pardusco, de cuatro centímetros de diámetro y que rodea al pezón.

— Configuración interna: la glándula mamaria contenida en el pecho está recubierta por un tejido fibroso delgado. La superficie glandular es irregular, salvo en su cara posterior, que es plana. Emite una prolongación axilar.

Está contenido en un panículo adiposo en el que se distingue una capa anterior y otra posterior que se unen alrededor de la glándula. Esta grasa contiene vasos arteriales y venosos. Una capa superficial separa la

- ANATOMIA
- PRUEBAS DIAGNOSTICAS
- AUTOS EXAMEN DE LA MAMA
- PATOLOGIA DE LA MAMA
- CIRUGIA
- CUIDADOS DE ENFERMERIA
- BIBLIOGRAFIA:
 - «Ginecología y obstetricia en enfermería». Ed. Doyma.
 - «Cuadernos de la enfermera». Ed. Toray Masson.
 - «Enciclopedia de la medicina y la salud». Ed. Asuria.
 - «Enciclopedia Acta 2.000».

grasa del tejido celular subcutáneo.

La glándula está formada por un número de pequeñas glándulas independientes, los lóbulos, que oscilan entre los diez y los veinte. Cada uno de estos lóbulos drena su secreción láctea por un canal galactóforo.

— Configuración microscópica: cada lóbulo se divide en lobulillos, después en acinos o alveolos. El acino es un elemento glandular secretor de gran importancia.

La secreción se drena a nivel de un canal galactóforo lobulillar y a su vez estos canales galactóforos desembocan en el canal galactóforo loobar (uno por lóbulo).



— Vasos y nervios

La irrigación arterial procede de tres orígenes principalmente: las arterias intercostales, la arteria mamaria interna rama de la subclavia y las ramas de la arteria axilar.

La red venosa discurre paralela a la arterial. Los ganglios que drenan los linfáticos que provienen de la mama son: ganglios del hueco axilar, los ganglios supraclaviculares y los ganglios mamarios internos. Los nervios nacen de las ramas III y IV del plexo cervical superficial y de ramificación de nervios intercostales.

PRUEBAS DIAGNOSTICAS

PATOLOGIA DE LA MAMA

1. Trastornos que afectan al pezón

— Grietas. La grieta en el

pezón es una úlcera longitudinal que tiende a aparecer en toda mujer que amamanta. La úlcera irritada constantemente por la succión del lactante causa a la mujer dolor intenso, a menudo acompañado de sangrado en el pezón.

Este trastorno puede ser impedido por tratamiento profiláctico, limpiar, lavar y secar el pezón después de cada sesión de amamantamiento.

La úlcera persistente sugiere carcinoma o lesión primaria sifilítica.

— Sangrado o secreción sanguinolenta por el pezón (papiloma intraductal)

A pesar de que la secreción sanguinolenta por el pezón puede depender de cáncer, más a menudo es causada por un papiloma verrugoso que crece en uno de los grandes conductos galactóforos cercanos al borde de la aréola. El conducto puede ser identificado en el

pezón y definido su trayecto, de modo que él y el papiloma sean extirpados por una pequeña incisión periareolar.

— Enfermedad de Paget

Esta enfermedad del pezón se observa con mayor frecuencia en mujeres mayores de 45 años de edad y por lo regular es unilateral.

Muy a menudo en el comienzo toma la forma de un trastorno moderno eccemátode del pezón, que puede diseminarse a la aréola, incluso a parte de la mama. Más tarde puede ulcerarse o erosionarse. En etapas más avanzadas puede retraerse el pezón, lo que representa carcinoma real de los conductos galactóforos que convergen a él.

2. Infección de la mama

— Mastitis de lactancia

Esta enfermedad puede aparecer en el comienzo o en el

final del período de amamantamiento. Puede depender del paso de microorganismos en la mama, llevadas por las manos de la paciente o del personal que la cuida, también el neonato con infección bucal, ocular o cutánea.

La mastitis es causada por microorganismos llevados por la sangre. De ello resulta infección de los conductos galactóforos que causa acumulación de la leche en uno o más lobulillos. La mama se vuelve dura y resistente y la mujer se queja de dolor sordo en la región afectada.

— Absceso mamario durante la lactancia

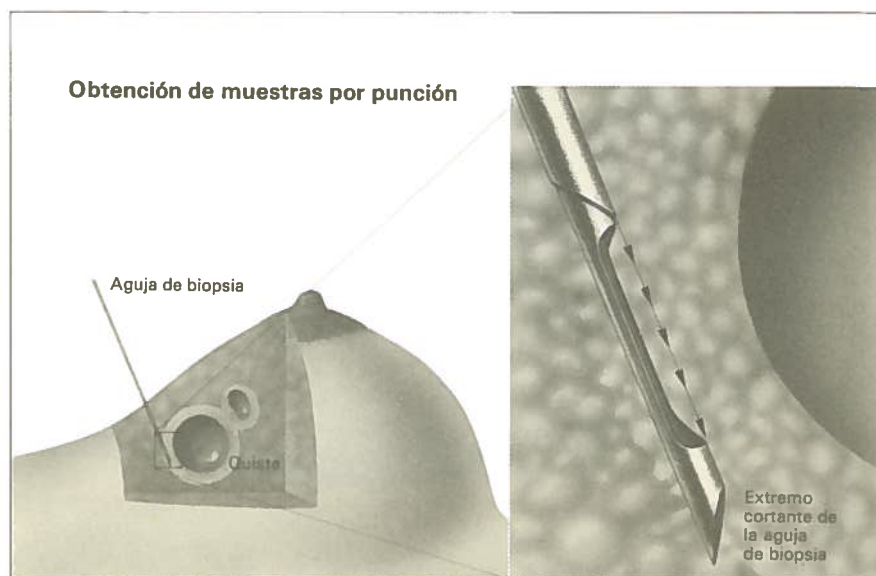
Como secuela de mastitis aguda puede aparecer un absceso en la mama, si bien puede hacerlo en forma independiente de la lactancia. La zona afectada se vuelve muy dolorosa al tacto y adquiere color rojo oscuro y si se exprime puede salir pus del pezón.

3. Quistes y tumores benignos de la mama

Toda masa o neoformación en el interior del seno debe ser considerada como sospechosa y se le extirpará, a menos que exista alguna contraindicación.

— Enfermedad cística del seno

Aparecen muchos quistes pequeños por la proliferación excesiva del tejido fibroso en los conductos.



La enfermedad afecta básicamente a mujeres entre los 30 y 50 años de edad.

Pueden aparecer en forma de masas indoloras o ser dolorosas a la palpación o la presión, en especial antes de la menstruación.

Casi todos los quistes pueden ser tratados por aspiración simple del líquido bajo anestesia local.

— Fibroadenomas

Son tumores mamarios de consistencia firme, redondas y móviles, que suelen aparecer en los senos de jovencitas entre 15 y 25 años de edad. No causan dolor espontáneo ni a la palpación. Pueden extirparse a través de una incisión pequeña y no tienen predisposición a malignizarse.

— Carcinoma de mama

El cáncer de mama es la neo-

plasia más común de las mujeres. Puede desarrollarse en cualquier momento después de la pubertad, pero es excepcional antes de los 35 años. Aunque su causa directa sigue siendo desconocida, su alta incidencia sugiere una relación con los estrógenos. Las mujeres con mayor riesgo de desarrollarlo son las que:

Tienen una historia familiar de cáncer de mama.

Tienen antecedentes de cáncer de sistema reproductor.

Presentaron una menarquia precoz o una menopausia tardía.

Tuvieron el primer embarazo después de los 35 años.

Son de clase social media o alta y de raza blanca.

Están sometidas a constante estrés o a perturbaciones inusuales en su vida privada o laboral.

El cáncer de mama se presenta con mayor frecuencia en la mama izquierda que en la derecha y su localización más habitual es en el cuadrante supe-

rior externo. La rapidez de progresión varía según los pacientes, pero teóricamente un cáncer de mama de crecimiento lento puede tardar hasta ocho años en alcanzar un centímetro de diámetro y hacerse palpable.

Mientras tanto, puede haber metástasis por vía hemática o linfática en los pulmones, hígado, huesos, glándulas suprarrenales, riñones y cerebro.

Los cánceres de mama se clasifican según su apariencia histológica y la localización de la lesión.

Los tipos más comunes son:

- Intoductal: es el más frecuente. Se desarrolla en los conductos galactóforos.
- Adenocarcinoma: Asienta en el epitelio mamario.
- Infiltrante: se desarrolla en el tejido parenquimatoso de la mama.
- Inflamatorio: crece y se disemina rápidamente, causando edema cutáneo subyacente, inflamación e induración.
- Enfermedad de Paget: es excepcional. Aparece en el pezón, ocasionando erosión y sangrado del mismo.

a) Signos y síntomas

Si la paciente presenta un cáncer de mama puede tener uno o más de los siguientes signos y síntomas:

- Una protuberancia o masa en la mama, si es una masa dura como una piedra, nor-



- malmente es maligna
- Cambios en el tamaño o simetría de la mama.
- Modificaciones en la apariencia o textura de la piel de la mama: por ejemplo adelgazamiento, formación de hoyuelos, edema (piel de naranja) o ulceraciones.
- Una variación localizada de la temperatura cutánea de la mama, por ejemplo una zona tibia, caliente o rosada.
- Exudado o flujo inusual por el pezón.
- Cambios en la apariencia del pezón, incluyendo erosión o retracción.
- Prurito en la zona del pezón.
- Dolor en la mama.
- Metástasis ósea, fracturas óseas patológicas e hipercalcemia.

b) Tratamiento del cáncer de mama

El tratamiento usual del carcinoma de la mama es quirúrgi-

co total o parcial de la mama y ganglios linfáticos o vecinos. Dependiendo del estado, tipo, etc. se puede optar por el tratamiento asociado o único mediante quimioterapia y/o radioterapia.■

Pruebas diagnósticas

Mamografía

Procedimiento radiográfico que detecta los quistes o tumores de mama. En la xeromamografía una placa cargada electrostáticamente registra imágenes de rayos X y las transfiere a un papel especial.

Termografía

Procedimiento fotográfico de infrarrojos que mide y registra patrones de calor en la superficie de la mama.

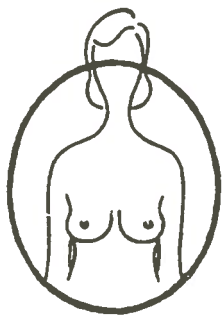
Ecografía

Exposición computorizada de ecos de alta frecuencia (ultrasonidos). Las ondas de ultrasonidos son lanzadas a través de la piel de la mama mediante un transductor. Las ondas vuelven al transductor en forma de eco, que varía en función de la densidad de los tejidos subyacentes. La computadora procesa estos ecos y los presenta en una pantalla para su interpretación

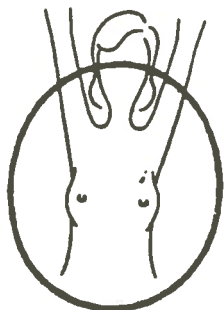
Diafanometría

Fotografía de luz infrarroja, que se transmite a través de la mama con un aparato fibroptico.■

EXAMEN PERSONAL DE LA MAMA POR LA PACIENTE



1 Sentarse o estar de pie frente al espejo, con los brazos relajados a cada lado del cuerpo y examinar las mamas con todo cuidado, en busca de cualquier cambio de forma y tamaño. Buscar cualquier arruga o depresión de la piel, o cualquier secreción o cambio en los pezones.



2 Elevar los brazos por arriba de la cabeza y buscar los mismos signos señalados en 1. Advertir si ha habido algún cambio desde el último examen de las mamas.



3 Acostarse en el lecho, colocar una almohada o una toalla gruesa debajo del hombro izquierdo y colocar la mano izquierda debajo de la cabeza (desde este paso hasta el paso 8, la mujer que se examina debe advertir si hay masa o engrosamiento alguno). Con los dedos de la mano derecha juntos y planos, comprima con suavidad, pero con firmeza, con pequeños movimientos circulares, el cuadrante superointerno de la mama izquierda, el cuadrante superior de la mama izquierda, comenzando desde el apéndice xifoideo y ascendiendo hacia la línea del pezón. También se palpará la zona periareolar.



4 Con la misma presión suave, palpará la zona inferointerna de la mama. En esta zona palpará la mujer un borde de tejido firme por el que no debe sentir preocupación, pues es tejido normal.



5 Colocar ahora el miembro superior izquierdo a un costado, y usando los dedos extendidos y planos, palpar el hueco de la axila.



6 Con la misma presión suave palpar el cuadrante superoexterno de la mama desde el pezón hasta la zona del brazo en descanso.



7 Por último, palpar la zona inferoexterna de la mama desde la parte externa hasta el pezón.



8 Repetir en la mama derecha todo el método como se describió. ■

LAS MADRES AGRADECEN Y VALORAN LA AYUDA DEL AUXILIAR DE ENFERMERIA

Tras la inauguración del Hospital Reina Sofía de Tudela, en Navarra, decidí realizar un estudio sobre las inquietudes de las madres y la consideración que les merecía el trabajo realizado por los Auxiliares de Enfermería. La intención de esta encuesta era la de intentar ayudar en lo posible a la nueva madre a proporcionar los cuidados que iba a necesitar su hijo tanto en su estancia en el hospital como una vez en casa.

Los resultados de la encuesta realizada permiten apuntar que el 42,64% de las mujeres embarazadas no acuden a los cursillos de preparación maternal y puericultura. De ellas, el mayor porcentaje de ausencia se sitúa entre las mujeres mayores de 30 años, dado que poco más del 50% reconoce no haber acudido a estos cursillos preparatorios. El mayor por-

centaje de las asistencias se sitúa entre las primíparas, 72,23%, mientras que las múltiparas que no acuden ascienden al 57,14%.

Los consejos que los Auxiliares de Enfermería ofrecen a las madres: higiene, alimentación, cuidados personales tanto de la madre como del recién nacido, son considerados de gran utilidad, aunque, no obstante, un 1,45% considera que esta información debería ser más amplia. El 26,25% de las encuestadas opinan que además de personalmente la información debería proporcionarse por escrito.

Queremos apuntar que tras la realización de la encuesta y la propuesta de las madres, se está entregando la documentación e información necesaria por escrito, lo cual agradezco desde estas páginas en nombre propio como profesional y en nombre de los pacientes.

A la mayoría de las madres les gustaría realizar las prácticas con su pequeño, tales como limpiarlo, curarles el ombligo... en el momento de ser dadas de alta, todo ello bajo la atenta mirada del personal sanitario, para poder ser aconsejadas en caso de duda.

El 90% de las encuestadas coinciden en que la labor realizada en este sentido por el colectivo de Auxiliares de Enfermería les ayuda a realizar los cuidados que su hijo va a necesitar con una mayor seguridad y tranquilidad.

Como conclusión final de este trabajo me permito animar a todos los compañeros a que lleven a cabo iniciativas similares a la apuntada, puesto que nos proporciona una buena base para realizar todas las mejoras posibles en la realización de nuestro trabajo.

M^a Dalila Jiménez Sierra

ENCUESTA SOBRE EDUCACION MATERNAL

En primer lugar reciba mi más cordial enhorabuena. Como puede ver, esta encuesta va dirigida a personas que como usted han podido vivir la experiencia de ser madres y sin ninguna otra finalidad que la de poder valorar y mejorar nuestro trabajo dirigido en este sentido.

Por tanto, agradezco de antemano su ayuda mediante la cumplimentación de esta encuesta, que como podrá observar es totalmente anónima y únicamente con valor a efectos estadísticos.

EDAD = (-20) ESTADO CIVIL = (Soltera)
 (20 - 25) (Casada)
 (26 - 30)
 (+ 20)

PRIMIPARA o MULTIPARA

	SI	NO
1. ¿Ha podido acudir usted a los cursillos de educación maternal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿A su llegada a la planta le han parecido útiles los consejos prácticos recibidos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Le ha parecido importante realizar las prácticas con su hijo/a antes de ser dada de alta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Le parece adecuado que un Auxiliar de Enfermera esté presente en este momento para ayudarle a realizarlas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Le ha parecido suficiente la información recibida sobre la educación maternal durante su estancia y momentos antes de ser dada de alta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. En caso negativo, ¿qué es lo que añadiría?		
7. ¿Piensa usted que estaría mejor informada si la información materno-infantil le fuese dada por escrito?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¡¡GRACIAS!!

Las escaras son úlceras que se producen en el cuerpo y cuyo origen depende de multitud de factores.

Las úlceras más frecuentes en un enfermo encamado o inmovilizado se suelen producir por la presión que el propio cuerpo ejerce sobre las óseas más prominentes.

PREVENCIÓN DE ESCARAS

Azucena del Carmen
Ramos Bravo

Así, las partes más vulnerables serán:

- la cabeza,
- las orejas,
- los omoplatos,
- los codos,
- el sacro,
- trocánter del fémur (ambos),
- rodillas,
- talones,
- zonas de pliegue (glúteos, mamas, etc...)

Las escaras en sí no son un motivo de mortandad, pero sus complicaciones y extensión pueden favorecer el deterioro del organismo.

Son úlceras que se infectan muy fácilmente, acogen multitud de microorganismos, que encuentran un medio propicio para su desarrollo.

Como hemos dicho antes, el origen es muy diverso y así la forma de prevenirlas.

Formas de prevención de escaras

Cuando una persona enferma se encuentra encamada no debe permanecer en la misma postura durante mucho tiempo, ya que sentirá dolor sobre la zona presionada

y se encontrará molesta. Será aconsejable que (si puede) ella misma cambie de postura. Si le resulta imposible moverse, la ayudaremos.

Pero el auténtico problema surge cuando el enfermo encamado ha perdido la sensibilidad (caso del lesionado medular), entonces es fundamental que se controle exhaustivamente el tiempo que permanezca en la misma postura. Nunca debe sobrepasar las tres horas. Así, pues, realizar **cambios posturales** es uno de los métodos de prevención de escaras.

Al igual que esto, debemos cuidar **los sondajes** que lleve (nasogástricos, vesicales, etc...), pues el roce de los materiales que los componen pueden producir erosiones en las mucosas y piel de las zonas con las que contactan. Pero no sólo las sondas en sí pueden ulcerar, sino que **la forma de sujetarlas** esparadrapo, adhesivos, etc...), junto con una técnica no muy adecuada, pueden ser su origen.

El uso de **bolsas urológicas de pierna**, (sobre todo en pacientes sin sensibilidad) produce rozaduras en la pierna que las llevan debido a los dispositivos de adaptación y de desagüe de las mismas. Incluso con la presión que la otra pierna ejerce sobre la que lleva la bolsa.

El uso de **ropa ajustada en exceso** favorece la aparición de escaras, ya que la presión que ejerce en las zonas de articulación y su introducción en los pliegues naturales del cuerpo impiden el riego sanguíneo y el frotamiento continuo con la piel aumenta ese efecto.

No debemos olvidar que **las cremalleras y los botones** suelen clavarse. Incluso las cremalleras que llevan las fundas de almohadas pueden herir en la cabeza, hombros y cualquier otra parte donde se coloquen. Los botones de los pijamas, camisones, batas, etc... dejan señales profundas en la piel y grandes rojeces. Si el enfermo encamado conserva la sensibilidad no tardará en hacernos notar su malestar, pero si su sensibilidad queda reducida o anulada, debemos evitar poner



ropa que lleve cremalleras, botones e incluso nudos. Lo más práctico es que no lleve ropa puesta si su inmovilización va a durar mucho tiempo.

También un **mal secado de la piel** después del baño influye en la aparición de microorganismos y rojeces (lo que generalmente llamamos escoceduras). La humedad es caldo de cultivo para la aparición y proliferación de bacterias, hongos, etc...

Nosotros, los auxiliares de enfermería, somos los responsables máximos de la aparición o no de escaras debido a un deficiente secado o incluso a un exceso de celo y por consiguiente **un frotado enérgico** en zonas excesivamente sensibles. En estas zonas (bajo las mamas, ingles, región anal y genital, etc...), la piel suele levantarse con mucha frecuencia. Seamos pues, conscientes del riesgo que podemos hacer correr por negligencia.

Agentes externos en los que nosotros no podemos intervenir nada más que con nuestra observación, son causa u origen de ulceraciones.

Estos son: las traqueotomías, escayolas, prótesis etc... y las lesiones derivadas de quemaduras por cigarrillos, caldos, productos químicos, debidos a la insensibilidad de la piel en muchos casos.

Con lo anteriormente dicho se pone de manifiesto que previniendo escaras, favorecemos la mejoría del enfermo encamado o inmovilizado.



Antes de comenzar a enumerar los cuidados que requiere un parapléjico en fase aguda, debemos tener en cuenta que nos vamos a encontrar con una persona que, debido a un traumatismo, a una enfermedad o cualquier otra causa, ha perdido la movilidad y la sensibilidad en alguna parte de su cuerpo, e incluso en la totalidad. Es una persona que se siente muy vulnerable y que, a veces, desconoce el alcance de su lesión, por lo que debemos actuar con mucho tacto y delicadeza. Procuraremos que con nuestra actitud no se sienta más desgraciado ni desamparado.

Cuidados especiales a un parapléjico en fase aguda

Cuidados especiales que requiere

1^o Ante todo debemos **informarnos** sobre el tipo de lesión y atenciones especiales que necesita.

2^o **Atender** posibles **alteraciones orgánicas** (es frecuente que, junto con su lesión medular, existan infecciones, anticuerpos, tromboflebitis, problemas internos derivados de operaciones y prótesis, etc...) que requieran la presencia de más de un auxiliar.

Azucena del Carmen
Ramos Bravo

3^o Colocar en la cama que sea más conveniente.

a) Durante la primera fase, como agudo, se utilizará cama de libro (1.^o y 2.^o mes); este tipo de cama evita los movimientos bruscos que pueden originarse en los cambios posturales, ya que dichos cambios se pueden realizar articulando la cama.

b) Desde la cama de libro pasará a una circoeléctrica, para que comience a realizar planos y se acostumbre a otra posición más erecta.

c) Una vez transcurrido el tiempo necesario, pasará a una cama normal del hospital.

4^o Como norma general (en el Centro Nacional del Parapléjico en Toledo, sala 2.^o S.O.) se llama al A.T.S. de urología para **cam-**

biar la sonda urológica. No se tiene en cuenta que se haya realizado horas antes en otro centro.

Cuidados especiales a un parapléjico en fase aguda

Si se sigue esta norma, es para llevar un control y comenzar un nuevo ciclo y así poder hacer un balance correcto de ingestas y diuresis.

5^o Si refiere no haber defecado ese mismo día o se supone que puede llevar demasiado tiempo sin hacerlo, **se administra un enema de limpieza o un supositorio laxante,** según proceda. con esto se sigue un nuevo ritmo y control de evacuación de intestino.

6^o Según la información que recibamos del A.T.S. y el médico, **se comenzará el ciclo de cambios posturales,** ya sean completos o incompletos y la adecuación a un horario.

7^o La **colocación de almohadas protectoras** servirá para mantener el cuerpo en una posición determinada y aliviar las presiones sobre las zonas más sensibles.

8^o **Asegurar un buen aseo,** que será diario y completo, sin olvidar la boca.

9^o Comprobaremos que la dieta que debe seguir sea la pautada por el médico y nos encargaremos de que tome la cantidad de alimentos establecida.

cuidados especiales a un parapléjico en fase aguda

10^o Procuraremos que el **entorno** (tanto personal como material) contribuya a no empeorar su estado.

11^o Evitaremos **alteraciones emocionales** que puedan influir negativamente en su organismo.

Es frecuente detectar úlceras gástricas e incluso hemorragias gástricas producidas por el estrés (hay hospitales en los que por sistema se pauta medicación preventiva).

12^o En la medida de lo posible (y

puesto que somos las personas que más cerca y más tiempo estamos con el enfermo) **intentaremos que no sucumba ante la depresión psíquica** lógica derivada de su situación personal.

Si conseguimos que no se "hunda", colaborará más y mejor en su recuperación.

13^o Nuestro esfuerzo debe ir encaminado a infundirle ánimos, a **ayudarle a ser independiente**, a que active y potencia la parte no afectada.

14^o **Controlar las posibles altera-**

ciones de la piel y de los miembros (temperatura, color, tacto, etc...)

Es frecuente encontrar rojezes (que suelen ser origen de escaras) y a veces no se le da la suficiente importancia, otras, ni siquiera las vemos, pero allí están.

La inflamación (aumento de volumen) y el aumento de la temperatura son señales que no deben dejarse pasar por alto, pues lo que en principio puede ser una tromboflebitis, puede convertirse en algo tan serio como un embolismo pulmonar y llegar a producir la muerte.

15^o Por último, nuestra **conversación con él** servirá para apoyarle psicológicamente, haciéndole comprender lo que será su vida de ahora en adelante, sin infundirle falsas esperanzas y sin mentirle, pero sin desvelar lo que aún el médico no haya creído oportuno decir.



TITULOS PUBLICADOS

(Pedidos a LIBROPOLIS
Apartado 1574
48080 BILBAO)

DESARROLLO Y DESTRUCCION

Una introducción a los problemas ecológicos en España
Edición de J.J. de Damborenea
Coeditado con AEDENAT

SURAFRICA

Introducción histórica y política
Antonio Santamaría, Adolfo Fernández Marugán,
Agustín Pérez, Angel Romero

CENTROAMERICA

Conflicto y negociación
Pedro Ibarra
Coeditado con Hegoa

UNION SOVIETICA

La quiebra de un modelo
Carlos Taibo

MANIFESTU EKOSOCIALISTA

Alternatiba berde baten alde European
Carlos Antunes, Pierre Juquin, Penny Kemp,
Isabelle Stengers, Wilfried Telkämper,
Frieder Otto Wolf
Coeditado con Bakeaz

EL PLANETA NEGRO

Aproximación histórica a las culturas africanas
Ferrán Iniesta

LA EUROPA ORIENTAL SIN RED

*De la revolución de 1989 a la Comunidad de
Estados Independientes*
Carlos Taibo
Segunda edición

MUNDUAREN EGOERA 1992

*Gizarte eramangarri baten alde Worldwatch Institute-k
egindako txostena*
Lester R. Brown, Holly Brough, Alan Durning,
Christopher Flavin, Hilary French, Jodi Jacobson,
Nicholas Lenssen, Marcia Lowe, Sandra Postel,
Michael Renner, John Ryan, Linda Starke, John
Young. Coeditado con Bakeaz

LA IZQUIERDA Y EUROPA

Una aproximación crítica al Tratado de Maastricht
Varios autores
Coeditado con Izquierda Unida

ENERGIA PARA EL MAÑANA

*Conferencia sobre "Energía y equidad para un mundo
sostenible"*
Varios autores
Coeditado con AEDENAT

MANIFIESTO ECOSOCIALISTA

Por una alternativa verde en Europa
Carlos Antunes, Pierre Juquin, Penny Kemp, Isabelle
Stengers, Wilfried Telkämper, Frieder Otto Wolf
Segunda edición. Coeditado con Libre Pensamiento

CUANDO UN 'NO' ES UN 'SI'

Dinamarca y el Tratado de Maastricht
H.N. Carlsen, J.T. Ross Jackson, N.I. Meyer
Coeditado con Bakeaz

ARMAMENTO Y SEGURIDAD

Dimensiones económicas y ambientales
Michael Renner
Coeditado con Bakeaz

DESPUES DE LA CONFERENCIA DE RIO

El futuro del control medioambiental
Hilary F. French
Coeditado con Bakeaz

GUIA PARA LA ENSEÑANZA DE VALORES AMBIENTALES

Michael J. Caduto
Programa Internacional de Educación Ambiental
UNESCO-PNUMA
Serie de educación ambiental, nº 13

COMO CONSTRUIR UN PROGRAMA DE EDUCACION AMBIENTAL

Harold R. Hungerford, Robert Ben Peyton
Programa Internacional de Educación Ambiental
UNESCO-PNUMA
Serie de educación ambiental, nº 22

PROGRAMA DE EDUCACION SOBRE PROBLEMAS AMBIENTALES EN LAS CIUDADES

UNESCO
Programa Internacional de Educación Ambiental
UNESCO-PNUMA
Serie de educación ambiental, nº 4
Próxima aparición

GUIA DE SIMULACION Y DE JUEGOS PARA LA EDUCACION AMBIENTAL

John L. Taylor
Programa Internacional de Educación Ambiental
UNESCO-PNUMA
Serie de educación ambiental, nº 2
Próxima aparición

EDUCACION AMBIENTAL: PRINCIPIOS DE ENSEÑANZA Y APRENDIZAJE

A. Giordan, Y. Kolibyne, L. Albala-Bertrand y
A. Sasson (eds.)
Programa Internacional de Educación Ambiental
UNESCO-PNUMA
Serie de educación ambiental, nº 20
Próxima aparición (abril, 1993)

EVALUACION DE UN PROGRAMA DE EDUCACION AMBIENTAL

Guía para el profesor
Dean Bennett
Programa Internacional de Educación Ambiental
UNESCO-PNUMA
Serie de educación ambiental, nº 12
Próxima aparición (abril, 1993)

TODA UNA VIDA TRABAJANDO



¿Y
ahora
qué?



“En términos generales, el empresario no puede obligar al trabajador a jubilarse por el mero hecho de haber cumplido una determinada edad”

La última de las fases por la que pasa un sujeto activo es la de su jubilación, es decir, la extinción definitiva del contrato de trabajo por razones de edad. Pero no por ser la última está carente de matices y valoraciones que a veces nos produce algún dolor de cabeza.

La actual normativa sobre jubilaciones se establece en 1967 con una modificación importante en el régimen de la Seguridad Social que suponía el paso del Mutualismo Laboral a los regímenes generales. Según este nuevo reglamento varían las condiciones de cotización y prestación a la Seguridad Social. Si bien hasta entonces el período de cotización para percibir una pensión era menor y se establecía la jubilación a los sesenta años, desde 1967 no se permitirá la jubilación hasta los 65 años.

En términos generales, el empresario no puede obligar al trabajador a jubilarse por el mero hecho de haber cumplido una determinada edad, salvo que en convenio colectivo se hubiese pactado una edad concreta de jubilación y el trabajador tuviera cubierto el período de carencia, o cotización a la Seguridad Social, necesario para percibir la pensión correspondiente.

De hecho, en la empresa privada las jubilaciones están condicionadas por la sustitución y el período de cotización. Es decir, el empresario debe sustituir automáticamente

te al trabajador jubilado.

No obstante, en cuanto al personal Auxiliar de Enfermería, el artículo 138 del Estatuto del Personal Sanitario no Facultativo establece que la jubilación forzosa de este personal se declarará de oficio a la edad de 70 años.

Por otra parte, el artículo 151 del Estatuto establece una opción de jubilación voluntaria a la que sólo una parte del personal puede acogerse: aquellos que teniendo 60 años acumulen un período de 25 años de servicio al Insalud. A quienes cumplan estos mínimos, el Insalud como empresa les aporta el complemento necesario para que la pensión que tuviera reconocida por la Seguridad Social alcance el 100% de la retribución que viniera percibiendo. En el resto de los casos, la edad mínima de jubilación para percibir el 100% de la pensión quedaba fijado en los 65 años. Según esta norma, por cada año de anticipo en que se adelantara la jubilación sobre los 65 descendiendo el porcentaje de aplicación sobre la base reguladora en un 8%. Así quien, fuera de las excepciones que marca el artículo 151, se jubilara a los 60 años recibiría una pensión del 60%, siempre que exista, como hemos visto, tal posibilidad por razón de la fecha de afiliación.

Existe una modalidad de jubilación anticipada que permite al trabajador cesar en su trabajo a los 64 años. Para ello la empresa debe comprometerse a sustituir automáticamente al trabajador por un nuevo contratado. En ese caso la pensión se fija en un 100% siempre y cuando se cumpla el requisito establecido de cotización.

Por otro lado, existe la llamada jubilación parcial en la que el sujeto puede trabajar durante media jornada si la empresa se compromete a suscribir contrato de relevo por el resto. Esta opción se admite tres años antes de la edad fijada, es decir, no antes de los 62 años.

En este caso la empresa reduce el salario en un 50% y la Seguridad Social aporta una pensión equivalente al 50% de la que corresponde de acuerdo con los años de cotización que acredite al trabajador en el momento de la solicitud.

Bases de cotización

La pensión de jubilación se calcula sobre las bases de cotización de los ocho últimos años del período laboral a lo que, según los casos, se pueden aplicar unas reducciones concretas.

El período mínimo de cotización exigible para causar derecho a la pensión de jubilación es de quince años, de los cuales los dos últimos deberán estar comprendidos dentro de los ocho años inmediatamente anteriores al

momento de la jubilación.

El cómputo de las bases de cotización se realizará conforme a las siguientes parámetros. Por un lado, las bases correspondientes a los dos últimos años y por otro las correspondientes a los seis restantes que se actualizan en función de un índice determinado por el IPC acumulado (Índice de Precios al Consumo).

La base reguladora será el cociente que resulta de dividir entre 112 las bases de cotización de los ocho años. A este cociente se le aplicarán los parámetros reductores.

— Descuento por cotización. Se exigen 35 años para recibir una pensión del 100%. Por cada año no cotizado la pensión se reduce en un 2%.

— A la cantidad que resulte se le aplica el descuento por edad.

Cuando es la salud quien nos jubila

En cuanto a la conclusión de la relación laboral que se produce por causas de salud se establece una diferencia respecto al período de cotización en función de si la lesión que produce la incapacidad laboral es consecuencia de una enfermedad común o accidente de trabajo. En el caso de estos últimos no se

“El artículo 151 del Estatuto del Personal Sanitario establece una opción de jubilación voluntaria a la que sólo una parte del personal puede acogerse; aquellos que teniendo 60 años acumulen un período de 25 años de servicio al Insalud”



exige ningún determinado período de cotización a la Seguridad Social para tener derecho a una pensión o indemnización.

En el caso de enfermedad común se establecen dos valoraciones diferentes en función de la edad del sujeto en el momento de producirse la baja. Si es menor de 26 años, se exige un período de cotización de la mitad del tiempo desde que se cumplen los 16 años a la fecha del accidente. En el caso de que el sujeto sea mayor de 26 años se exige una cuarta parte del tiempo transcurrido entre la fecha en que se cumplieron los 20 años y la fecha del accidente.

Según esto, se establecen cuatro tipos de incapacidades con derecho a diferentes tipos de prestaciones o indemnizaciones.

— Incapacidad parcial. Se entiende por tal aquella en la que las lesiones producidas no incapacitan para el desarrollo de la profesión habitual, pero suponen un menoscabo de la capacidad.

El grado de incapacidad viene determinado por un baremo establecido, pero sólo se considera incapacidad permanente parcial cuando no sea inferior al 33%. Da derecho a una indemnización única por tantoalzada equivalente a 24 mensualidades de la base reguladora que haya servido para determinar la prestación económica

de ILT de la que se deriva la invalidez.

Existen también las lesiones permanentes no invalidantes en las que la incapacidad producida no es medible, aunque la lesión permanezca, por lo que puede dar lugar a una indemnización, establecida en un baremo que fue aprobado reglamentariamente.

— Incapacidad permanente total. Se entiende así la incapacidad que inhabilita al sujeto para las tareas fundamentales de su profesión habitual, aunque puede dedicarse a otra distinta.

La prestación económica consiste en una pensión vitalicia del 55% de la base reguladora que automáticamente se eleve al 75% al cumplir los 55 años, siempre y cuando el sujeto no esté en situación de activo.

El período de cotización a la Seguridad Social rige en las mismas condiciones que en el resto de jubilaciones.

Se admite la posibilidad de sustituir la pensión por una indemnización única si el beneficiario es menor de 60 años, pues al cumplir esta edad pasará a percibir la pensión anteriormente reconocida.

La cuantía de la indemnización es el equivalente a un número de mensualidades de la pensión para cuya determinación ha de tenerse en cuenta la edad del beneficiario al tiempo de formular la petición de sustitución, fijándose en 84 mensualidades si tiene menos de 54 años a 12 si tienen menos de 60.

— Incapacidad absoluta. Es aquella que inhabilita al trabajador para toda profesión u oficio. La prestación económica corresponde a una pensión vitalicia del 100% de la base reguladora.

Si la incapacidad deriva de enfermedad profesional o de accidente no se exige ningún período previo de cotización si el trabajador está de alta en la Seguridad Social en la fecha del suceso.

Si la incapacidad se deriva de enfermedad común y el trabajador no está de alta en la Seguridad Social, o situación asimilada, la carencia o cotización se asimila a la incapacidad en función de la edad del sujeto en el momento de producirse la baja.

— Gran invalidez. Se entenderá así la situación del trabajador que por consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales necesite la asistencia de otra persona para atender las necesidades propias.

La prestación económica correspondiente a la gran invalidez consistirá en una pensión vitalicia del 100% de la base reguladora incrementada en un 50% destinado a que el inválido pueda remunerar a la persona que le atienda.■

**“ Si la
incapacidad
deriva de
enfermedad no
se exige ningún
período previo
de cotización si
el trabajador
está de alta en la
Seguridad Social
en la fecha del
suceso ”**





Francisco Cerviño

FALTA DE SEGURIDAD EN LOS PASILLOS DEL GREGORIO

Francisco Cerviño, que gestiona Hospital Gregorio Marañón, el más grande de España con más de 2.000 camas y 6.500 trabajadores, considera que gobernar este macrohospital no es una tarea imposible y que ésta depende del equipo y de la organización.

Como gerente del centro su trabajo consiste en conseguir, ordenar y priorizar los recursos para que los profesionales hagan su trabajo. «El trabajo aquí no lo hace el gerente, ni los directivos, ni las supervisoras, nosotros creamos las condiciones para que los profesionales hagan su trabajo», explica Francisco Cerviño.

Los gerentes nos situamos en la periferia de la organización, en la relación con el exterior y las grandes decisiones estratégicas que afectan al conjunto del hospital.

En consecuencia, los problemas a los que se enfrenta son múltiples y las soluciones posibles son igualmente diversas. Hay tres grandes grupos de problemas derivados de la infraestructura del hospital, la organización y la cultura de ésta.

En cuanto a los problemas de infraestructura se está preparando un plan integral orientado a redistribuir el espacio y prepararlo para afrontar adecuadamente el futuro.

«Los problemas de organización son comunes a la mayoría de los hospitales y depende de la modernidad del país y España, aunque ya no es un país pobre, aún está en vías de modernización. Además, hay que cambiar la cultura de la organización y conseguir en nuestro personal un sentimiento asumido de servicio a los ciudadanos y de orgullo de empresa.»

El gerente del Gregorio Marañón considera que un buen sistema de organización es la descentralización a todos los niveles. En este sentido, no descarta la posibilidad de dividir en varias gerencias el hospital, como ya se hiciera en su día con La Paz. Por otra parte, considera que los hospitales dependientes de las Comunidades Autónomas son un ejemplo a seguir en la sanidad española.

La falta de seguridad en el Hospital Gregorio Marañón, la presencia de presos pacientes —acompañados por miembros de la policía nacional— drogodependientes que reciben droga desde el exterior... han saltado en ocasiones a los medios de comunicación mientras pacientes y trabajadores del hospital más grande de España se enfrentan a una creciente inseguridad.



El gerente del hospital, Francisco Cerviño, reconoce que existen casos de conflictividad en diversos grados pero que hablar de falta de seguridad ha llegado a formar parte de un mito sobre el centro. «Estamos en una sociedad urbana con áreas deprimidas que generan conflictividad. En centros como éste hay problemas de seguridad difícilmente evitables y, en cualquier caso, siempre mejorables», aunque Cerviño reconoce que «hago poco de bombero porque la mayor parte de los fuegos se apagan antes de llegar a la gerencia».

Hay dos tipos de pacientes que han protagonizado la mayoría de los altercados en el centro. Los conflictivos son fundamentalmente los presos ingresados y los drogodependientes. Entre ambos crean determinados problemas tanto a los profesionales como a otros pacientes.

El gerente conoce los problemas pero no se rasga las vestiduras por ello,

MARAÑÓN

minimizando las repercusiones. «Este es un hospital que atiende a enfermos afectados de sida, la mayoría drogodependientes que tratan de acceder a la droga y que se la proporcionan sus visitas. Esto está ocurriendo, pero no podemos hacer nada porque no es misión del hospital vigilar y registrar a los visitantes para ver si llevan drogas.»

Los esfuerzos por mantener la seguridad plantean, además, problemas con los ciudadanos que no entienden las normas del hospital en cuanto a horarios de entradas y salidas del centro y la cierta rigidez que se exige al respecto.

Otro tipo de problemas viene generado por los presos ingresados que han protagonizado algunos hechos dramáticos pero aislados, como el de un preso que desarmó a un policía y encañonó a un enfermo llevándolo como rehén. «Los presos suponen un riesgo adicional, pero no por ello se les puede negar el derecho a la asistencia», manifiesta el gerente.

No obstante, desde el centro se ha retomado la iniciativa de crear una unidad para ingresar a los reclusos y en este sentido se ha firmado un acuerdo con la Asamblea de Madrid para crear esta unidad con la condición de que se llevará a cabo paralelamente en otro centro madrileño. En opinión de Francisco Cerviño los presos deben repartirse equitativamente por todos los hospitales de Madrid y conviene tener en cuenta la posibilidad de que sean atendidos por personal especializado.

Por unas y otras razones los trabajadores del Gregorio Marañón no siempre se sienten seguros en el centro de trabajo y a pesar de que desde 1988, 43 agentes de una empresa de seguridad se encargan de mantener el orden, esto no siempre se ha conseguido.

Nuestros hospitales



Pedro Martín Romero

NOS ha elaborado una encuesta entre los trabajadores del Gregorio Marañón en relación con la falta de seguridad en el centro. No pretende ser ésta una encuesta de gran valor estadístico, sino simplemente conocer el sentir general entre los trabajadores.

1. ¿Alguna vez te ha amenazado o agredido un paciente o un familiar?
2. ¿Has tenido problemas con las custodias de los presos?
3. ¿Consideras que hay falta de seguridad en el hospital? ¿Por qué?
4. ¿Crees que existe un mercado de drogas entre algunos ingresados en el hospital?

Pedro Martín Romero

1. Sí. El motivo es que habiendo desaparecido los antiguos cuidadores de psiquiátricos, las funciones de reducir, manipular, registrar... han recaído sobre el personal de enfermería, produciendo este hecho muchas agresiones verbales y físicas.
2. En nuestra unidad de hospitalización no están custodiados ni los presos ni los pacientes peligrosos, siendo los Auxiliares y enfermeros los encargados de su custodia.
3. Sí. Por la masificación, por el tipo socio-cultural del área que se atiende, por la población reclusa, por no ser suficientes las medidas de control de acceso al centro.
4. Sí existe y no está claro quién asume la responsabilidad de las acciones que en su caso se derivasen, quedando expuestos los trabajadores que en un momento dado denuncien o recriminen dicha conducta.

Dolores de Cea Vázquez

1. Algunas veces. Verbalmente algunos toxicómanos e intoxicados por alcohol.
2. No.
3. No.
4. Sí.

Ana Isabel Ortiz de Guzmán Mendoza

1. Sí. Amenazas verbales de drogadictos.
2. No.
3. Sí. Sobre todo a la hora de reducir a enfermos agitados como toxicómanos, intoxicados por alcohol...
4. Sí.

Irene Lavín Ampudia

1. No he sido agredida.
2. No.
3. Sí.
4. Personalmente no lo he visto pero sí a enfermos con papelinhas.

Gerardo Ecija León

1. Un paciente sí, los familiares no. El paciente estaba en la ventanilla de una puerta mientras en el interior había una parada. Me amenazaba para provocarme.
2. Sí. En los 6.100 un policía no quería dejar que me llevara un paciente a las consultas.
3. Sí, porque hay robos entre las visitas, controles, vestuarios...
4. No lo puedo demostrar pero creo que sí lo hay e incluso he oído que es de bastante buena calidad.

Primitiva Antolín Trechoso

1. No
2. No
3. Porque es un hospital demasiado grande y que atiende a una población de pacientes de bajo nivel socio-cultural.
4. Sí.



Dolores de Cea Vázquez



Ana Isabel Ortiz de Guzmán



Irene Lavín Ampudia

PROFESIONALES CUALIFICADOS PERO NO RECONOCIDOS

Existe en el usuario la creencia generalizada de que el médico es el máximo exponente de la salud. Es el quien nos diagnóstica y prescribe aquello que pueda aliviar nuestras dolencias. Pocas veces pensamos que el facultativo es un eslabón de una cadena sanitaria, que comienza en el otro extremo integrada por una variedad de profesionales responsables, en gran medida, de que las prescripciones médicas tengan el efecto deseado.

No vamos a subestimar la labor del facultativo pero consideramos que existen multitud de profesionales que vienen desarrollando su labor asistencial en el anonimato sin que ésta sea reconocida ni por las instituciones, ni por el usuario ni, en muchas ocasiones, por los propios compañeros.

Sin duda alguna el colectivo más denostado en este sentido es el integrado por los Auxiliares de Enfermería. Durante años, estos profesionales de la sanidad, entre los cuales me incluyo, hemos realizado nuestra labor de manera callada, atendiendo las necesidades asistenciales de los pacientes y colaborando en las funciones de nuestros compañeros. El paso de los días y los años iba aumentando una experiencia, que si en un principio podía ser académicamente escasa, acabó convirtiéndose en laboralmente irremplazable. Pero no por ello se alejaba del usuario la idea de que el Auxiliar, a quienes apenas distinguían como profesional, era un aprendiz de enfermero.

Los cambios en los planes de estudio supusieron un avance académico de manera que los Auxiliares llegábamos a los hospitales con una preparación académica más amplia. Pese a los cambios, la formación profesional planteada en España debe avanzar hacia modelos educativos más acordes con las situaciones laborales existentes. En este sentido se enmarca la reivindicación que desde sus comienzos viene planteando el Sindicato de Auxiliares de Enfermería de reconocer a estos profesionales una titulación académica superior que vendría integrada, según la Ley Orgánica de Reforma Educativa, en el Módulo III.

De esta forma el Auxiliar de Enfermería vendría a ser reconocido como un profesional cualificado, con unas funciones asistenciales propias avaladas por el reconocimiento institucional que supone el Módulo III.

Resulta paradójico que mientras por un lado reivindicamos constantemente una mayor formación como profesionales, (tanto en las propias empresas, a través de la inexistente formación continuada, como de forma individualizada con la asistencia a cursos de postgrado organizados desde diferentes instancias), a la vez haya quien continúe pensando que los Auxiliares de Enfermería no formamos parte del equipo asistencial o no tenemos derecho a reivindicar nuestra dignidad profesional.

Auxiliar de Enfermería es una profesión joven, con amplias expectativas de futuro y un camino que recorrer demostrando desde nuestra profesionalidad tanto nuestra capacidad asistencial como organizativa.

Carmen Cubero

ASALTO MINISTERIAL AL BOLSILLO DEL USUARIO

9517 ORDEN DE 6 DE ABRIL DE 1993 POR LA QUE SE DESARROLLA EL REAL DECRETO 83 / 1993 DE 22 DE ENERO, página 10600 del B.O.E, 13 de abril 1993. Pocos pueden imaginar que este epígrafe enuncia el decreto que regula la selección de los medicamentos a efectos de su financiación por el Sistema Nacional de Salud, más conocido en el ambiente sanitario y consumidor como el medicamentazo.



Probablemente, junto con el Real Decreto de Medidas Urgentes sobre Fomento de Empleo y Protección por Desempleo o decretazo, haya sido una de las medidas más polémicas e impopulares de los últimos años. Unos 3.500 productos (estomatólogicos, antiespasmódicos, laxantes, vitamínicos, descongestionantes y antiinfecciosos nasales...) que, en caso de ser recetados por el facultativo, el usuario se verá obligado a costear íntegramente si quiere disfrutar de sus beneficios y sanar o paliar sus heridas.

José Antonio Griñán se convirtió, con la aprobación del decreto, en el último responsable del mismo. No obstante, algunos nombres han permanecido en un relevante segundo plano como auténticos artífices de la medida.

Aunque la tramitación de este decreto se inició ya durante la etapa de Julián García Vargas, con Ignacio Lobo de Director General de Farmacia, dos personas han tenido al final un protagonismo relevante: Regina Revilla, que en la actualidad ocupa el cargo de Lobo y Marcos Peña como secretario general de salud. En total han sido algo más de dos años de preparación de un proyecto de financiación selectiva que han recibido críticas desde todos los frentes.

La maquinaria política se puso a funcionar y la correspondiente orden apareció publicada en el B.O.E. en abril, pocos días antes de que se anunciara el adelanto de las elecciones legislativas, el decreto de financiación selectiva de medicamentos. Algunos analistas han afirmado que se cierra así una incoherente etapa del Ministerio de Sanidad en el que, en relación con



“una de las medidas más impopulares de los últimos años”

este asunto, el Ministerio había cedido su autoridad y su responsabilidad.

Los médicos veían coartada su libertad de prescripción, y por tanto su poder de decisión, ante la obligación de rectar el producto más barato. Las empresas farmacéuticas aludían al freno en la investigación producido por el temor de que un fármaco no pasará el examen presupuestario y fuera incluido en la lista negra... el usuario se veía en cama curándose de los catarros a base de remedios caseros por no pagar los antigripales.

Por su parte, el Gobierno considera que estos grupos de productos son escasamente relevantes, y en casi todos los países comunitarios también están excluidos o son publicitarios. De esta manera sólo se financiarán los productos sanitarios más eficaces y menos costosos de los ya disponibles.

I. HIGIENE O SINDROMES DERMATOLÓGICOS

- Estomatológicos (excepto los antifúngicos bucales y gastrointestinales)
- Emolientes y protectores
- Callicidas y antiverrugas
- Champús medicinales y preparados anti-seborreicos.
- Otros preparados dermatológicos

II. SUPLEMENTOS ALIMENTICIOS ANABOLIZANTES ANTIPOBESIDAD

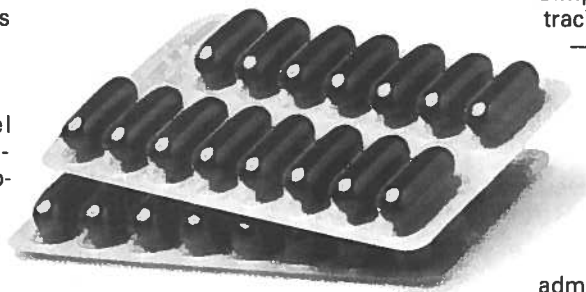
- Preparados antiobesidad, excluidos dietéticos
- Polivitaminas con minerales / Polivitaminas sin minerales
- Vitaminas A y D en asociación
- Vitamina B1 sola y asociada con B6 y/o B12 (excepto la vitamina B1 como monofármaco y los preparados conteniendo la asociación de vitaminas B1 con B6 y B12).
- Vitaminas B1 y B6 asociado con otras sustancias
- Complejo B solo.
- Complejo B asociado con vitamina C.
- Complejo B asociado con otras sustancias
- Vitamina C sola (excepto los preparados inyectables de vitamina C)
- Vitamina C asociada con otras sustancias
- Otras asociaciones con vitaminas
- Calcio asociado con otras sustancias (excepto las asociaciones de calcio con vitamina D)
- Otros suplementos minerales
- Tónicos y reconstituyentes
- Otros anabolizantes
- Estimulantes del apetito
- Otros preparados para el aparato digestivo y metabolismo / Preparados antiobesidad
- Suplementos de proteínas
- Alimentos medicamentosos
- Otros nutritivos

III. ESPECIALIDADES FARMACÉUTICAS DESTINADAS A SINTOMAS MENORES

- Antiflatulentos solos.
- Antiácidos asociados con antiespasmódicos.
- Antiácidos asociados con antiflatulentos y antiespasmódicos
- Antiácidos asociados con otras sustancias
- Antiflatulentos asociados con otras sustancias
- Antiespasmódicos y anticolinérgicos gastrointestinales asociados con pisolépticos
- Colagogos y coleréticos
- Protectores hepáticos, lipotrópicos
- Colagogos asociados con lipotrópicos
- Laxantes lubricantes / emolientes
- Laxantes drásticos/estimulantes (excepto los laxantes cuyos principios activos sean senósidos indicados en vaciamiento de colón y recto previo a exámenes diagnósticos o cirugía)

RELACION DE PRODUCTOS EXCLUIDOS

- Laxantes por vía rectal (excepto los supositorios y enemas indicados en vaciamiento de colon y recto previo a exámenes diagnósticos o cirugía).
- Laxantes osmóticos orales (excepto lactulosa y otros laxantes como monofármacos indicados en encefalopatía hepática)
- Otros laxantes incluidas asociaciones
- Antiinfecciosos intestinales, incluidas asociaciones (excepto la neomicina como monofármaco)
- Microorganismos antidiarreicos
- Otros antidiarreicos
- Digestivos, incluidos enzimas (excepto los concentrados en enzimas pancreáticas a altas dosis indicados en fibrosis quística y deficiencias pancreáticas exocrinas: pancreatitis crónica, pospancreatectomía)
- Anabolizantes hormonales asociados con vitaminas
- Anabolizantes hormonales asociados con otras sustancias
- Hierro asociado con otras sustancias (excepto las asociaciones de hierro y ácido fólico indicadas en la prevención de deficiencias en embarazadas)
- Otros antianémicos, incluidos ácido fólico solo (excepto ácido fólico y ácido folínico)
- Antipruriginosos, incluidos antihistamínicos tópicos, anestésicos y otros.
- Antisépticos y desinfectantes, excepto apósitos
- Simpaticomiméticos solos para administración nasal
 - Simpaticomiméticos asociados con antiinfecciosos y corticosteroides para administración nasal
 - Simpaticomiméticos asociados con antiinfecciosos y corticosteroides para administración nasal.
 - Simpaticomiméticos asociados con otras sustancias para administración nasal.
- Otros descongestionantes y antiinfecciosos nasales tópicos (excepto el ácido cromoglicólico y bromuro de ipratropio para inhalación nasal).
- Descongestionantes y antiinfecciosos nasales sistémicos.
- Descongestionantes y antiinfecciosos faríngeos.
- Revulsivos
- Antigripales sin antiinfecciosos
- Antigripales con antiinfecciosos
- Antitusígenos asociados con otras sustancias
- Simpaticomiméticos oftalmológicos, excluidos S01E y S01F
- Preparados para uso de lentes de contacto
- Tónicos oculares
- Otros oftalmológicos sistémicos
- Preparados para el tratamiento del alcoholismo y tabaquismo (únicamente los preparados para el tratamiento del tabaquismo)■





Fresca, natural, inconfundible

Agua de Colonia Concentrada



**alvarez
gómez**





La higiene de nuestro animal: la mayor seguridad

La zoonosis es el conjunto de enfermedades que padecen los animales y que pueden ser contagiadas al hombre. Todos los animales, domésticos, salvajes y los animales de compañía, pueden transmitir diferentes enfermedades a sus propietarios, pero estos contagios no son excesivamente frecuentes y en la mayoría de los casos se deben al mal cuidado, o descuido, que el animal recibe por parte del hombre.

En este sentido, la primera preocupación del propietario de un animal de compañía debe ser la higiene del animal que ha de cumplir todos los requisitos que indica la Administración, así como

todos aquellos que, aunque no sean obligatorios, son imprescindibles para el perfecto equilibrio de nuestro animal.

Las zoonosis de los animales de compañía, entendiéndose por éstos perros, gatos y aves, se agrupan en dos grandes apartados con son las enfermedades parasitarias y enfermedades infecciosas.

Enfermedades parasitarias

En lo que se refiere a parásitos externos como garrapatas, pulgas, la sarna sarcóptica, dermatofitosis, tiñas o dermatomicosis tienen escasa importancia en sus efectos sobre el hombre ya que son meros accidentes de curación fácil y rápida.

Los cestodos y los nematodos son parásitos internos. En el grupo de los primeros merece especial atención el *Echinococcus granulosus*. Es una tenia pequeña, de 7 mm, que pone sus huevos en el intestino delgado del perro y que salen al exterior junto a las heces, siendo ya infectantes tanto para el hombre como para otros animales (vacas, ovejas...). Al ingerirlas el hombre atraviesa la pared digestiva y llegan a las venas o

A animales de compañía

vasos linfáticos y por la circulación de retorno llega al hígado y después al pulmón y otras vísceras.

En hígado y pulmón se desarrolla el quiste hidatídico que a los cinco meses



de originado son infestantes y están acompañados de gran cantidad de líquido hidatídico. Los más infectantes son los óvidos y équidos, aunque el hombre sólo le afecta la cepa ovina.

Después de los meses de post-infección el ciclo se cierra cuando el hospedador definitivo ingiere el órgano afectado, rompiéndose el quiste y liberándose las vesículas hijas que se localizan en la mucosa intestinal.

Esta enfermedad en el perro se denomina equinococosis que provoca pocos problemas en el animal a no ser que la infestación sea muy elevada, dando lugar a una enteritis. En el hombre se denomina hidatidosis y su gravedad depende del órgano afectado y del volumen parasitario. Cuando afecta al corazón o cerebro la hidatidosis es muy grave y si por accidente se rompe un quiste hidatídico con extravasación de líquido y vesículas hijas se produce la muerte por shock anafiláctico.

La prevención en este caso debe ir encaminada a desparasitar a los perros cada tres meses, no suministrar vísceras crudas y no controladas a los perros y observar algunas precauciones como lavar las verduras y frutas.

El anquilostomas del perro, incluido en el grupo de los nematodos, también puede contagiar al hombre ya que sus larvas pueden penetrar por la piel, horadándola y provocando una importante dermatitis.

Posiblemente el nematode más peligroso, tanto para el hombre como para el perro, sea la *Dirofilaria immitis* que ha experimentado una notable expansión en los últimos años extendiéndose a las zonas templadas. Esta movilidad se debe a la circulación de los perros con sus dueños y a la presencia de mosquitos (*Aedes*, *Culex* o *Anopheles*) que son los que van a transmitir la enfermedad a un animal o a una persona.

La toxoplasmosis puede contagiarse al hombre y generalmente lo hace por la ingestión de carnes semicrudas o crudas de bovinos, ovinos o porcinos. Puede producir distintas alteraciones como muerte neonatal, macrocefalia, hidrocefalias o abortos.

Los síntomas humanos cuando la enfermedad es adquirida son cardiopatías e infecciones glandulares en el niño. Si la enfermedad es adquirida durante los primeros meses del embarazo provoca la muerte del feto, y si es la última fase de la gestación aparecen hidrocefalia, calcificaciones intracraneales, coriorretinitis pigmentaria o convulsiones.

La forma más leve es la inaparente, ya que el niño al nacer es normal y tras un período de tiempo aparece una retinitis que provoca ceguera a los seis o siete años.

La toxoplasmosis es difícil de diagnosticar y tan sólo el análisis anatómopatológico post-mortem pone en evidencia al parásito.

Como medidas preventivas conviene no consumir verduras mal lavadas ni carnes poco cocinadas. Las mujeres pueden generar un mecanismo de inmunización comiendo carnes poco hechas durante la pubertad, adquiriendo así respuesta inmunitaria contra la toxoplasmosis.

«En cualquier caso, opina Pedro Sánchez-Algaba, de la Clínica Maldonado, la solución contra la zoonosis es la prevención a través de la higiene y unas mínimas medidas sanitarias, nunca la repulsa a los animales o el exterminio de estos cuando ocurre alguno de los accidentes señalados.»■

Pedro Sánchez
Algaba



NUEVA PARALISIS PARA LA SANIDAD

El adelanto de las elecciones legislativas, que se celebrarán el próximo 6 de junio, supondrá un retroceso en las políticas ministeriales. En lo que concierne al Ministerio de Sanidad esto supondrá una nueva modalidad de la parálisis que se venía padeciendo en los últimos meses, ahora con excusa justificada: no podemos hacer nada porque no nos permiten trabajar, vendrían a decirnos desde el Ministerio.

Según el Real Decreto 20/1977 de

18 de marzo tras el proceso electoral propiamente dicho se establece un período de reclamaciones de posibles irregularidades, después otro para la formación de gobierno. Posteriormente se considera norma habitual conceder a modo de estudio de la situación los primeros 100 días de gobierno.

En definitiva, a la sanidad pública española le esperan unos meses de evidente inactividad que esperamos no repercuta negativamente ni en sus usuarios ni en sus trabajadores.

PELIGRAN LAS DIRECCIONES DE ENFERMERIA

El Ministerio de Sanidad está evaluando el coste político que supondría realizar una nueva distribución de poder en los hospitales que otorgaría un mayor protagonismo al médico y eliminaría las actuales direcciones de enfermería, según diversas informaciones aparecidas en medios de comunicación especializados en información sanitaria. Las posibles reacciones de este último colectivo hacen dudar a José Antonio Griñán pero parece ser que existe ya un proyecto de nueva estructura de dirección hospitalaria.

La base legal para llevar a cabo la reforma fue publicada en el BOE el pasado 31 de marzo. El decreto 347/93 señala la provisionalidad de la actual estructura de dirección hospitalaria hasta que se desarrolle la nueva distribución del poder dentro de los hospitales y adjudicar un mayor protagonismo a los médicos.

La figura del director de producción englobaría a las actuales divisiones médica y de enfermería y constituiría el soporte más importante del hospital, ya que se responsabilizaría de la planificación de objetivos asistenciales, de la actividad y de su control de calidad.

Las reacciones no se hicieron esperar dada la creciente oposición del personal de enfermería, tanto Auxiliares como diplomados, y aunque desde el Ministerio de Sanidad se apresuraron a ofrecer nuevos matices de la noticia éste será sin duda una de las cuestiones que quedarán paralizadas como consecuencia del adelanto electoral.

APOYO A LA ATENCION PRIMARIA

La sociedad Española de Medicina de Familia Comunitaria (SEMFYC) y la Federación de Asociaciones

para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP) presentaron recientemente un manifiesto en el que expresan su completo apoyo al sistema de equipos de atención primaria. Los responsables de estas asociaciones afirmaron en su día que el modelo de atención que representan los centros de salud están aportando en España

importantes y significativas mejoras sobre cualquier modelo precedente. No obstante, reconocen que a pesar de los avances experimentados la lentitud del desarrollo del modelo provoca que este primer nivel asistencial no llegue al 60 por 100 de la población atendida por los centros de salud.



José Antonio Griñán, Ministro de Sanidad y Consumo

El Consejo de Gobierno vasco ha dado luz verde a la reforma de la sanidad pública, cuyos principales objetivos son la calidad, la racionalización de la oferta de servicios, introducir nuevas fórmulas de contrataciones diferentes al funcionario y el establecimiento de sistema de control de gestión existentes en el derecho privado.

El documento elaborado por un equipo de profesionales del Departamento de Sanidad dirigido por Iñaki Azkuna introduce algunas modificaciones propuestas por los socialistas.

El Ejecutivo considera necesaria la reforma para que la universalidad de la sanidad supere los cada vez mayores desequilibrios entre la demanda

REFORMA SANITARIA EN EL PAIS VASCO



de servicios y la disponibilidad económica de la administración pública. Por esta razón, el Gobierno propone al Parlamento vasco que deje abierta la puerta a la posibilidad de que el usuario pague un canon en el futuro, por aquellos nuevos servicios que se pongan en marcha después de iniciada la reforma.

Así los hospitales pasarán a ser sociedades públicas, sujetas al derecho privado y con plena autonomía en su gestión. Y los trabajadores que se incorporen a los nuevos servicios no serán funcionarios, sino que se establecerán contratos laborales con una serie de incentivos económicos en función de la productividad, formación, calidad del servicio y satisfacción de los "clientes".



SANIDAD A LA AMERICANA

Demócratas, republicanos y comentaristas políticos de todos los signos coinciden en Estados Unidos en la misma apreciación: Bill Clinton se juega la presidencia con la reforma sanitaria al frente de la cual ha situado a Hillary Clinton, su carismática esposa.

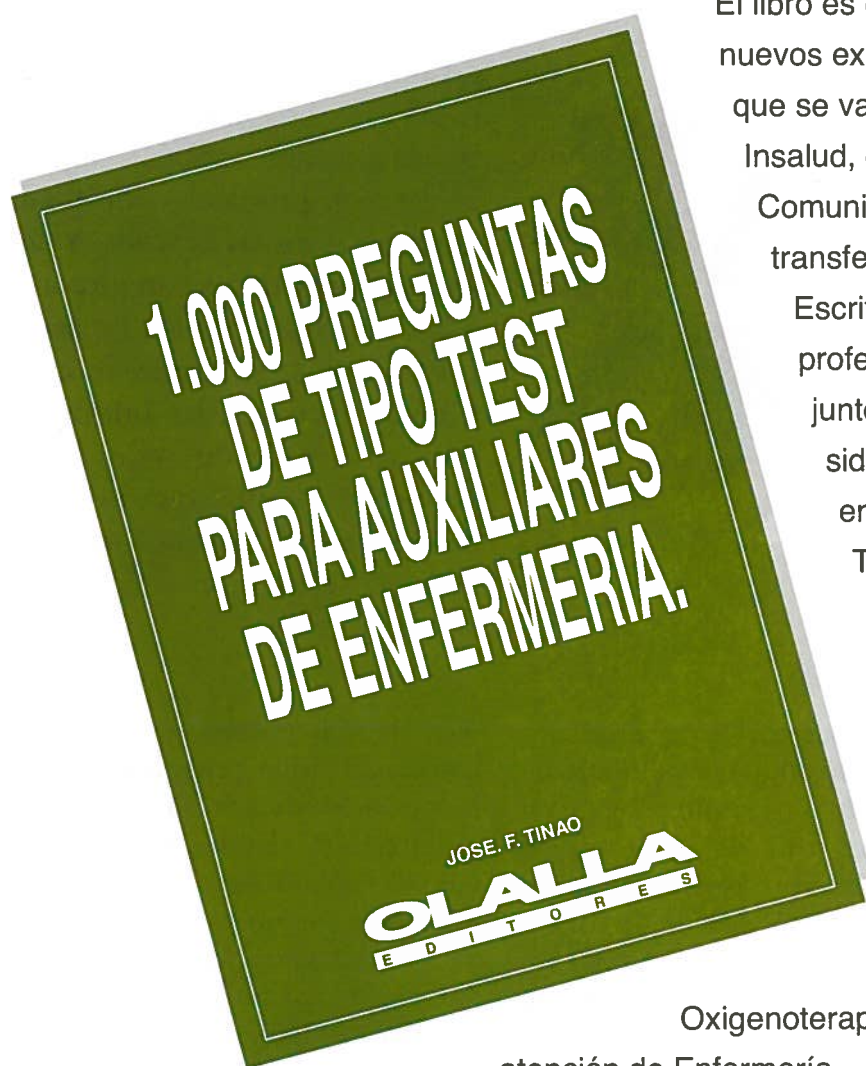
Estados Unidos dedica el 14% de su producto interior bruto (PIB) a la sanidad, frente a un 6% en el caso del Reino Unido y Japón y el 6,5% español. Aún así, 35 millones de norteamericanos no tienen garantizado ningún tipo de asistencia sanitaria y otros muchos millones sólo la reciben de forma parcial.

Lo curioso de este sistema es

que los más pobres están cubiertos gracias a un programa federal llamado Medicaid que hace que quienes son absolutamente indigentes tengan derecho a recibir asistencia mientras existe un 18% de norteamericanos que gana lo suficiente como para no poder acceder al Medicaid pero no tanto como para poder pagar los seguros privados, cuyo precio aumenta a un ritmo tres veces superior al de la inflación.

La primera dama, junto con el equipo de trabajo del que se ha rodeado, deberán encontrar solución a tres problemas: controlar el gasto sanitario, extender la asistencia a toda la población y encontrar el dinero necesario para todo ello.

OLALLA EDICIONES ha publicado recientemente una reedición de su libro "1000 PREGUNTAS TIPO TEST PARA AUXILIARES DE ENFERMERIA" con un nuevo formato de portada, pero conservando en su interior los textos de la anterior edición.



El libro es el primero que se publica para los nuevos exámenes del concurso - oposición que se va a convocar, tanto para el Insalud, como para las diferentes Comunidades Autónomas con transferencias en materia sanitaria.

Escrito por médicos que son profesores de Formación Profesional, junto con profesionales sanitarios, ha sido dirigido por J.F.Tinao, licenciado en Medicina y profesor de Tecnología Sanitaria del Ministerio de Educación y Ciencia.

El libro recoge preguntas de todo tipo y de todas las áreas de interés para el Auxiliar de Enfermería; desde Anatomía, hasta Organización Hospitalaria, pasando por Patología, Geriatria,

Oxigenoterapia y todas las especialidades de atención de Enfermería.

Por último, al final del libro se incluyen 90 figuras con diferente material quirúrgico y preguntas relacionadas con estas técnicas.

Este libro es ameno, pues mezcla y combina preguntas de diferentes materias, aunque está dividido en dos partes. En la primera se incluyen preguntas de las áreas de Anatomía, Fisiología y Patología; mientras que la segunda parte corresponde a Enfermería y atención primaria de salud.

OLALLA EDICIONES tiene la intención de completar este texto con una serie de manuales de preparación para los próximos exámenes que se publicarán antes del próximo verano.

PROXIMAS PUBLICACIONES.

MANUAL DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION

OLALLA EDICIONES

MANUAL DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION.

Una de las áreas de mayor interés para los Auxiliares de Enfermería es el campo de la Esterilización y la Desinfección.

El MANUAL DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION va a ser una nueva revisión actualizada del tema realizado por especialistas en la materia. Un libro de próxima aparición indispensable para todos los que trabajan en estas áreas o están integrados en ellas.

MANUAL DE PSICOLOGIA CLINICA.

Una puesta al día en el campo de las relaciones interpersonales, centradas entre Auxiliares y pacientes.

No se olvidan ninguno de los problemas actuales, como son: enfermos terminales, circunstancias sociales modernas (drogas, marginación social,.. etc), así como el "Qué hacer y no hacer" en cada caso concreto.

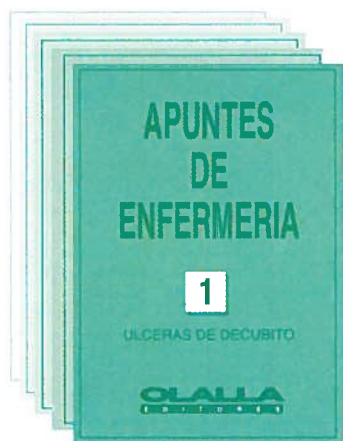
Un libro que se adaptará a los mismos módulos de Formación Profesional para la profesión.

MANUAL DE PSICOLOGIA CLINICA

OLALLA EDICIONES

APUNTES DE ENFERMERIA.

Este proyecto es el más ambicioso de OLALLA EDICIONES y con el que pretende ofrecer un servicio total a la formación y reciclaje de los Auxiliares de Enfermería.



En contra de la visión simplista de pretender resumir todas las actividades y conocimientos de los Auxiliares en un sólo texto, desprestigiando la profesión, la editorial tiene otro proyecto más adecuado; la publicación periódica de CUADERNOS MONOGRAFICOS sobre temas concretos, fáciles de leer, actuales, con abundante material gráfico y preguntas de tipo test al final del cuaderno escritas por especialistas en cada área.

Los monográficos serán numerados y editados en un mismo formato de forma que sean coleccionables.

OLALLA EDICIONES lanzará en breve plazo los dos primeros números con los siguientes títulos:

Nº 1 ULCERAS DE DECUBITO

Nº 2 EDUCACION Y PROMOCION DE LA SALUD.

A estos cuadernos monográficos, ya inminentes, les seguirán otros hasta abarcar todos los temas del currículum del Auxiliar de Enfermería.

SABIAS QUE...

- Originariamente Australia era conocida como Terra Australis Incognita.
- La amatista es conocida como la piedra del obispo.
- Tailandia es el único país del sudeste asiático que no ha estado bajo dominio extranjero.
- Un pedófilo es aquel que siente amor por los niños.
- La Luna tarda un mes en dar la vuelta a la Tierra.
- Las leyes españolas exigen a los toreros que se retiren a los 55 años.
- El miedo a los lugares altos se conoce como acrofobia.
- Las pruebas gimnásticas se introdujeron por primera vez en unos Juegos Olímpicos en Amsterdam en 1928.
- La de Walt Disney fue la primera voz de Mickey Mouse.
- El Fujiyama es el monte más fotografiado, pintado y escalado del mundo.
- La mujer suiza consiguió el derecho al voto en 1971.
- El colibrí es el único pájaro que puede volar en línea recta, hacia arriba, hacia abajo, de costado y para atrás.
- El cabo de Buena Esperanza, nombrado así por Bartolomé Díaz, se llamó primero cabo de las Tormentas.

AUTODEFINIDOS

Cuadra	Hórreo	Idioma lemosín	Plantigrados
Chozas	Dios egipcio	Ala sin plumas	Plaza griega
Rey de liro			Juego japonés
¡Quia!			Criado Indio
	Novenos		
	Flauta de loto		
Colmar			Chapeta
Efluvio		Convocaría	
		Campo de lino	
Etolio			Oxígeno
Juego Infantil			Atractivo
		Diaco del ojo	
		Papa Moscas	
Exánime			
Azadón			Alta Tensión
			Vocal
Amperio	Tierra		

SOPA DE LETRAS

X	W	A	A	T	R	E	A	L	D	F	O	P	Q	R	O	T	A	B	V
W	T	X	A	H	A	Y	M	L	Z	I	X	D	F	I	G	F	T	Z	S
E	P	Q	I	S	T	X	C	D	R	A	Y	I	R	A	Y	O	S	M	S
S	K	D	G	F	R	T	M	O	R	X	W	O	E	F	E	C	T	I	V
T	R	F	O	T	F	D	C	G	H	J	T	M	L	M	O	P	Q	R	S
E	L	E	L	A	J	A	E	M	I	A	O	U	Y	F	T	G	R	E	Z
R	L	K	M	S	S	X	T	B	R	I	A	A	N	B	C	V	W	Q	E
I	X	M	T	S	M	D	X	O	M	N	T	D	I	H	M	E	F	G	D
L	E	S	A	M	P	R	B	H	P	J	M	X	D	J	K	L	O	L	M
I	H	U	M	X	Z	A	A	P	T	R	O	S	O	H	M	Z	O	L	P
Z	P	K	R	F	L	L	M	N	K	K	V	I	C	J	I	O	N	T	C
A	X	Z	E	F	H	L	M	O	J	S	A	I	C	N	E	G	R	U	H
C	A	R	D	I	O	L	O	G	I	A	E	N	T	A	P	O	N	A	I
I	A	M	N	O	J	D	C	L	L	M	N	C	J	H	L	K	M	O	P
O	T	O	R	R	I	N	O	L	A	R	I	N	G	O	L	O	G	I	A
N	X	D	H	E	R	T	U	V	W	M	L	P	A	E	J	M	P	G	R
E	S	D	R	F	A	I	C	A	M	R	A	F	K	M	J	L	M	L	P
H	F	G	D	M	B	I	I	U	T	X	C	D	F	P	G	J	M	A	L

Localiza diez servicios en los que trabajen Auxiliares de Enfermería. Recuerda que se pueden leer en cualquier dirección y que una misma letra puede formar parte de dos o más nombres.

SOLUCIONES

Autodefinido

V	N	E	U	V	U	V	U	U	U
I	V	V	V	D	V	Z	V		
E	N	I	N	V	N	I			
S	I	R	I	I	I	R	O		
O	O	O	L	O	E	T			
R	B	A	R	O	R	O	L	O	
Chapeta	R	A	R	L	E	N	A		
S	C	A	N	O	N	O	N	O	
O	D	O	L	V	B	A	V		
S	R	A	V	R	V	R	A		
O	O	O	O	O	O	O	O		

Sopa de Letras

L	F	G	M	B	I	U	T	X	C	D	F	P	G	J	M	A	L			
E	S	D	R	F	A	I	C	A	M	R	A	F	K	M	J	L	M	L	P	
N	X	D	H	E	R	T	U	V	W	M	L	P	A	E	J	M	P	G	R	
A	I	A	M	N	O	J	D	C	L	L	M	N	C	J	H	L	K	M	O	P
C	A	R	D	I	O	L	O	G	I	A	E	N	T	A	P	O	N	A	I	
H	F	L	M	O	J	S	A	I	C	N	E	G	R	U	H					
A	Z	X	X	Z	Z	X	X	Z	Z	X	X	Z	Z	X	X	Z	Z	X	X	
L	E	S	A	M	P	R	B	H	P	J	M	X	D	J	K	L	O	L	M	
G	D	I	X	M	T	S	M	D	X	O	M	N	T	D	I	H	M	E	F	G
E	R	K	M	T	S	S	X	T	B	R	I	A	A	N	B	C	V	W	Q	E
E	L	E	L	A	J	A	E	M	I	A	O	U	Y	F	T	G	R	E	Z	
T	R	F	O	T	F	D	C	G	H	J	T	M	L	M	O	P	Q	R	S	
V	S	K	D	G	F	R	T	M	O	R	X	W	O	E	F	E	C	T	I	V
E	P	Q	I	S	T	X	C	D	R	A	Y	I	R	A	Y	O	S	M	S	
W	T	X	A	H	A	Y	M	L	Z	I	X	D	F	I	G	F	T	Z	S	
X	W	A	A	T	R	E	A	L	D	F	O	P	Q	R	O	T	A	B	V	

Aumente su seguridad a

75.000.000 Ptas.

por sólo

125 Ptas/mes.

Es una exclusiva de S.A.E.
para su tranquilidad profesional.



S.A.E. piensa...

... para que todos los auxiliares de enfermería puedan beneficiarse de esta exclusiva, ya que la seguridad es lo más importante.

S.A.E. le propone...

... la posibilidad de que desarrolle su actividad profesional de enfermería con la mayor tranquilidad. Por ello ha suscrito una póliza de Responsabilidad Civil Profesional con la Compañía de Seguros ZURICH INTERNATIONAL.

S.A.E. le valora...

... su seguridad hasta 75.000.000 de pesetas en caso de siniestro por la Responsabilidad Civil derivada de faltas, errores, omisiones y negligencias involuntarias en el desarrollo de la actividad profesional de enfermería. Quedan también incluidas las fianzas y defensa.

Sede Nacional de S.A.E. - Doctor Esquerdo, 35 - 4º E - Tels. 91/361 46 42 - 91/361 46 43 - 28028 Madrid
Sede Provincial del Sindicato o Sección Sindical S.A.E. de su centro de trabajo.

SOLICITUD DE ADHESION

Sí, deseo adherirme al seguro de Responsabilidad Civil Profesional propuesto por el S.A.E., con una cobertura de pesetas 75 millones.

Coste anual seguro

- Afiliados _____ 1.500 Ptas.
 No afiliados _____ 4.000 Ptas.

Datos personales

Nº Afiliado: _____

N.I.F. | | | | | | | | | |

Apellidos: _____

Nombre: _____

Calle/Pza./Avda. _____

Nº _____ Esc. _____ Piso _____ Puerta _____ Tel. _____

C. Postal _____ Población _____

Fecha y Firma

DATOS BANCARIOS (cumplimentar sólo los no afiliados)

Muy Sres. míos:

Ruego se sirvan pagar con cargo a mi cuenta los recibos que le sean presentados por S.A.E.

Banco o Caja _____

Cuenta cte./L. de ahorros nº | | | | | | | | | | (Deben quedar cumplimentadas las diez casillas)

Titular de la cuenta _____

Titular del recibo _____

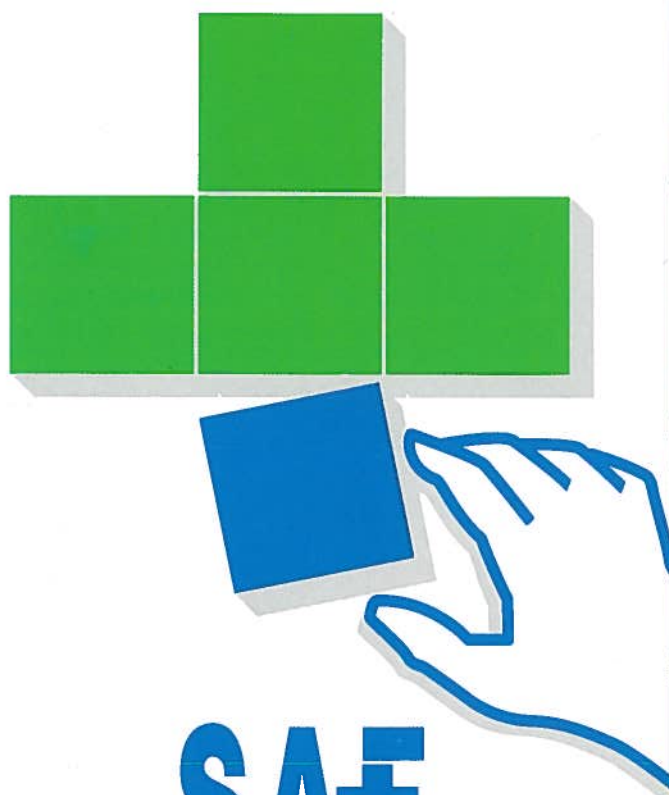
Nº oficina o agencia _____ Dirección _____

C. Postal _____ Población _____ Provincia _____

Atentamente

Fecha y Firma

**Con el SAE,
los Auxiliares de
Enfermería
también cuentan.**



S.A.E.

SINDICATO DE AUXILIARES DE ENFERMERIA

**Auxiliares:
La Base de la Sanidad**