NOS

n.° 3 ● Revista de Auxiliares de Enfermería

- LOS AUXILIARES RECLAMAN MEDIOS MECANICOS PARA TRABAJAR
- EL INTERES POR LA SANIDAD LLEGA A LA PRENSA

SEPARATA: INFORMES PROFESIONALES ELABORADOS POR AUXILIARES DE ENFERMERIA

CENTRO GERIATRICO

VALDELUZ

Sociedad Anónima

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
Alfredo Pereira
María Angeles Domínguez

Maquetación
Sita Garcia

Colaboradores
Celia Dou Marcos
Carmen Cubero
Nieves Delgado
Carmen Luna
Elena Chirivella
Pilar Gutiérrez
Azucena Kurdin
Isabel Cordón
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
Alcántara, 5, 6.º izqda.
28006 Madrid

Telfs. (91) 578 16 22/65/81/87
Fax 578 16 05

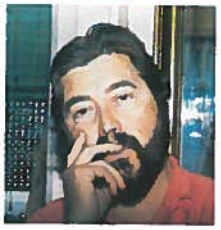
Publicidad
Encarnación Vega Leal

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

EN ESTE NUMERO

4

RIÑON
LA ASOCIACION DE ENFERMOS RENALES CONSIDERA NECESARIO FOMENTAR LA CULTURA DE LA DONACION 4



8

CONGRESOS
EL V CONGRESO NACIONAL DE AUXILIARES DE ENFERMERIA DEBATE LOS PROBLEMAS DE LA GERIATRIA 8

12

SALUD EN LA PRENSA
LOS TEMAS SANITARIOS HAN SUSCITADO UN MAYOR INTERES EN EL USUARIO QUE SE DEMUESTRA EN EL MAYOR NUMERO DE PUBLICACIONES ESPECIALIZADAS 12

BACTERIA ASESINA
STREPTOCOCUS DEL GRUPO «A» 15

15

38

ASESORIA JURIDICA
INFORME SOBRE EL INGRESO SIN RESERVA DE PLAZA 38

42

NUESTRA PIEL DE VERANO
EN VERANO EXPONEMOS NUESTRA PIEL A UN MAYOR NUMERO DE AGENTES 42

53

SALUD LABORAL
LOS PROBLEMAS DE ESPALDA DE LOS AUXILIARES DE ENFERMERIA LE CUESTAN AL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL 5.500 MILLONES DE PESETAS 53

Editorial

Muchos son los estudios e informes que sobre la salud laboral de los trabajadores se llevan a cabo anualmente. Las conclusiones aportadas por éstos suelen ser útiles y utilizadas para mejorar una situación que genera problemas en los trabajadores. Resulta ideal tanto que se hagan estudios rigurosos como que se adopten soluciones apropiadas a los problemas planteados.

También los Auxiliares de Enfermería padecemos problemas de salud laboral y llevamos a cabo estudios relacionados con nuestra situación profesional, en los que se demuestran que además de problemas genéricos tales como riesgos de infecciones, sida, estrés o intoxicaciones los Auxiliares de Enfermería tenemos problemas concretos derivados de nuestras funciones esepecíficas.

Este es el caso de las dolencias de espalda que, como se demuestra en un riguroso estudio elaborado por el Sindicato de Auxiliares de Enfermería, afectan a un 88,7% de los Auxiliares de Enfermería, por encima de otros colectivos sean o no, sanitarios. Este dato tiene, asimismo, conseeuencias directas sobre otros parámetros como son las bajas laborales que se ocasionan o el coste para el sistema sanitario y que se detallan en páginas interiores.

Sin embargo, sí queremos aprovechar en estas páginas la oportunidad de reivindicar la necesidad de que se tome en cuenta el estudio, se analicen las repercusiones que de él se derivan y, en consecuencia, se lleven a cabo soluciones apropiadas.

Estas pasarían por mejorar las condiciones laborales de los Auxiliares de Enfermería con lo que se conseguiría no sólo una mejora en éstas sino indirectamente una mejor calidad asistencial que beneficiaría a los pacientes en su estancia en los centros sanitarios.

El estudio elaborado por SAE se dirigió en su momento a las autoridades sanitarias aunque todavía se está a la espera de la valoración que los responsables sanitarios han tenido del mencionado estudio.

Por otra parte, este estudio tiene un doble valor. Primero, el evidente de los datos aportados, reflejo de una situación laboral real. Segundo, este estudio viene a cubrir la deficiencia de estudios rigurosos, elaborados por los profesionales o entidades independientes que alejados de la ideología analicen las situaciones desde una perspectiva real. Sólo esperamos que cunda el ejemplo y se lleven a cabo más investigaciones sobre nuestras condiciones reales de trabajo.

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

Cada año en España se realizan unos 1.500 trasplantes. Concretamente en 1993 se realizaron 1.488, lo que significa un aumento del 24 por 100 en las donaciones del año anterior. España mantiene así la más privilegiada posición en el mundo en cuanto a índices de donantes, mientras que el resto de países de Europa sufre un descenso que en Francia, concretamente, podría alcanzar este año el 40 por 100 respecto al anterior. Según el informe de la Organización Nacional de Trasplantes, presentado recientemente con ocasión del Día del Donante, actualmente más de 11.500 españoles viven gracias a un riñón, un hígado, un pulmón o un corazón. Sin embargo, más de 5.000 permanecen en listas de espera esperando el transplante: 5.000 precisan un riñón, 55 un corazón, 178 un hígado y 16 pacientes ansían un nuevo pulmón.

cuando tu vida tus órganos

M. García

Para Jesús Girón, presidente de la asociación de enfermos renales *Riñón*, la base de las donaciones sólo puede sustentarse en una cultura de la donación firme, llevada a cabo a través de campañas de las organizaciones no gubernamentales y huyendo de las «casquerías» en las que cada asociación haga su campaña particular e independiente pidiendo órganos concretos.

Este es el espíritu que les llevó en 1978 a plantear desde Alcer la necesidad de promulgar una ley de trasplantes, que regulará adecuadamente los trasplantes que en aquellos años se hacían «con el esfuerzo y la gallardía de unos poquitos médicos».

«Nuestra reivindicación de una ley de transplantes se demora, se retrasa y en una reunión que se celebra en 1979 en el Hospital Puerta de Hierro, un grupo de enfermos integrantes de Alcer planteamos en una ponencia la ley de trasplantes. Entonces nos rechazan, se nos expulsa de Alcer y fundamos Riñón, rememora Jesús Girón, presidente de esta asociación.

La primera asamblea de Riñón se celebra el 1 de abril de 1979 en la Fundación Jiménez Díaz con el 70 por 100 de los miembros de Alcer y en la que se recaudaron 16.000 pesetas; para comenzar la primera de un

En 1975 había en España 36 trasplantes de cadáver y hoy hay 1.500. Todo ello se consiguió a través de la ley y gracias al esfuerzo de las asociaciones para llegar a ello. Fue un conjunción de la sociedad entera junto a un grupo de jóvenes nefrólogos pioneros en las técnicas del transplante y el apoyo del PSOE.

se acaba pueden salvar otras vidas

total de 14 campañas en las que mentalizar a la población de la necesidad de las donaciones.

La ley de trasplantes es un logro de las asociaciones

«Tras algunos meses de reivindicaciones se presentaron tres proyectos de ley y al final, con lo inevitable, Alcer presentó otro proyecto de ley con lo que siempre mantienen que fueron ellos quienes sacaron la Ley. No es así, afirma Jesús Girón, sino que fue el PSOE que hasta 1989 apoyó mucho a las asociaciones de enfermos renales, empujados por Riñón quienes presionaron hasta conseguir un consenso que nos llevara a la ley del 30 de octubre de 1979.

La ley es muy adelantada a su tiempo y a la mentalidad social, es muy progresista. Lo demandaba una parte de la sociedad muy concreta, los enfermos renales, y el resto de la sociedad sabía muy poco en relación con los trasplantes. En aquel momento, producía un cierto rechazo y se llegó a decir que era una ley socialista porque socializaba el cuerpo. Fundamentalmente la novedad y lo más revolucionario de la ley era que todos somos donantes y sólo aquellos que de forma expresa y escrita se opusieran se les negaría tal condición.

«Había y hay quien se escudaba en miedos ancestrales relacionados con la resurrección de los muertos, fundamentalmente entre los católicos practicantes a pesar de que paradójicamente siempre contamos con el apoyo de la jerarquía eclesiástica y la iglesia siempre se ha decantado a favor de los traspantes, afirma Jesús Girón. Encontramos, asimismo, mucho apoyo por parte de la clase media baja con un sentido de solidaridad muy arraigado y algunos problemas en la Universidad donde había muy buenas palabras pero pocos se hicieron el carnet.»

En Riñón, consideran que «la donación es, por ley, altruista y gratuita. Así se le presentó a la sociedad, y así es como la aceptó, y posiblemente no hubiese podido ser de otro modo. Por

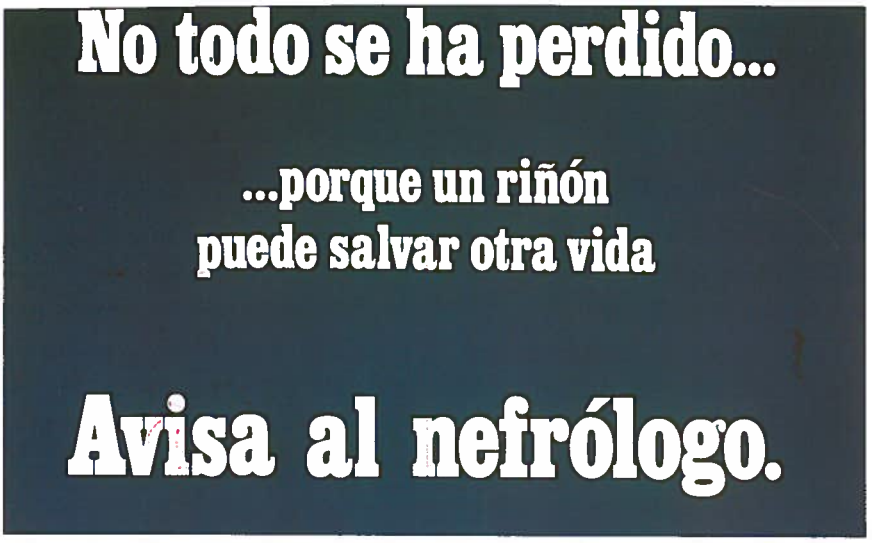
«Riñón contaba con más de 800 socios activos y otros muchos que aunque no participaban con las cuotas trabajaban con el resto. Mantenía servicios sociales, abogado laboralista y una sede de atención a los pacientes. No éramos políticos ni nos vinculábamos a ningún partido y nos manteníamos de las cuotas de los socios y algunas, pocas, subvenciones que cada vez fueron menos. La asociación firmó su sentencia de muerte en 1993 por negarse a ratificar una campaña de donación firmada entre el Ministerio, Cruz Roja y algunas cajas de ahorro. La campaña tenía un coste monetario desmesurado y no se cumplían unos objetivos básicos de continuidad de la campaña. Se pretendía utilizar la firma de Riñón para contar con el apoyo figurado de los enfermos y aún conscientes de que significaba nuestro fin no podíamos firmar algo contrario a nuestros principios», finaliza Jesús Girón.

tanto, todo lo que sea sentido de propiedad de un órgano por parte de un centro o equipo, no sólo es un error médico, una negligencia, en el aspecto de poder estar quitando el órgano a quien científica y socialmente más le corresponde, es además un fraude a la sociedad que ha puesto en sus manos la donación. También es un engaño a los enfermos propios o ajenos que han puesto su confianza en ellos, plenamente convencidos de que se elegirá para ellos el órgano más idóneo atendiendo a razones médico-científicas y no a razones de coyuntura profesional o política.»

«La sociedad, añade Girón, dona de forma global al colectivo de enfermos convencida de que irá a parar a la persona más idónea. Son los enfermos y sólo ellos los herederos reales y morales de tal donación y no el centro o equipo médico que no pocas veces pueden sentir la tentación de usar y abusar del privilegio de ser sus albaceas.»

«La Organización Nacional de Trasplantes ha cooordinado de manera muy eficaz los trasplantes y, en gran medida gracias a la labor de sus responsables se ha llegado al número actual de donaciones en España. Poco hay que decir en contra de la ONT pero sí muy doloroso para las asociaciones de enfermos, que lo hemos dado todo por llegar donde estamos y ahora no se cuenta con nosotros.»

«Podemos decir con mucho orgullo y sin soberbia que nadie puede enseñarnos a hacer campañas de cultura de la donación.»



Las campañas han de crear cultura de la donación

La primera campaña que Riñón puso en marcha era un revulsivo social. Se llevó a cabo con 16.000 aportadas por sus miembros y con ellas movilizon a la opinión pública. Sin duda, algunos recordaran aquella campaña de la primavera de 1979 que se llevó a cabo en dos fases. «Eran unos carteles amarillos con letras negras que se hubiera llevado matrícula de honor en la facultad. Los primeros carteles causaron gran curiosidad por su mensaje: *No te los lleves*. A los dos meses se

La ley es muy adelantada a su tiempo y a la mentalidad social, es muy progresista. Lo demandaba una parte de la sociedad muy concreta, los enfermos renales, y el resto de la sociedad sabía muy poco en relación con los trasplantes.

pegaron el resto de carteles *Cuando tu vida se acaba tus riñones pueden salvar dos vidas.»*

Posteriormente se han hecho más campañas en las que se ha huido de la idea de la muerte porque la donación es un hecho generoso que da vida.

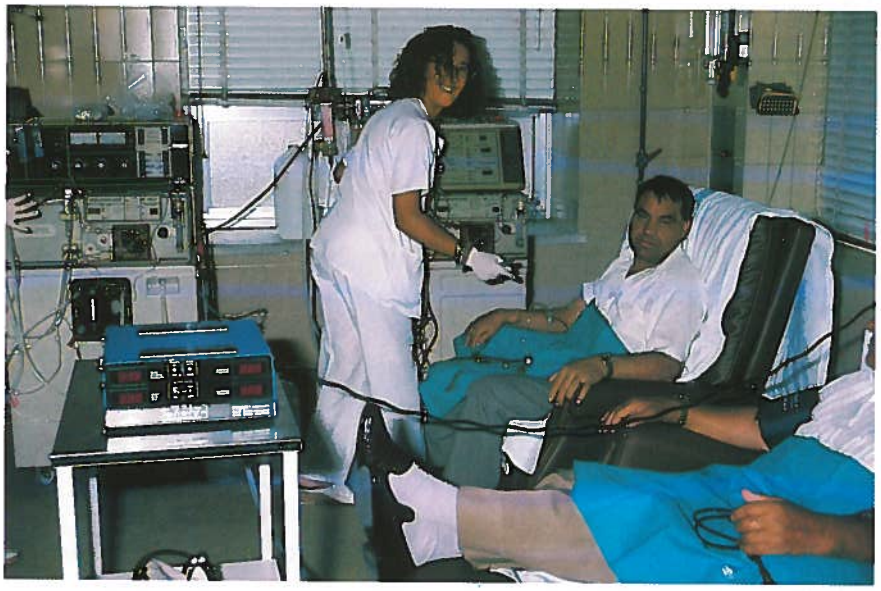
Jesús Girón considera que son las organizaciones no gubernamentales quienes deben llevar a cabo las campañas de donación y que éstas deben buscar el crear y asentar una cultura de la donación y no ser sólo una petición de órganos.

gún momento se les permite valorar la calidad de las mismas y cuando hay quejas sobre la misma los enfermos son menospreciados».

Desde Riñón han reivindicado una mejora en el sistema que les permita ser tratados con cariño y humanizar el trato que reciben «no quiero que me quieran pero sí que me traten con cariño y amabilidad» es la queja más común entre los enfermos.

«Podemos decir con mucho orgullo y sin soberbia que nadie puede enseñarnos a hacer campañas de cultura de la donación.»

se acaba



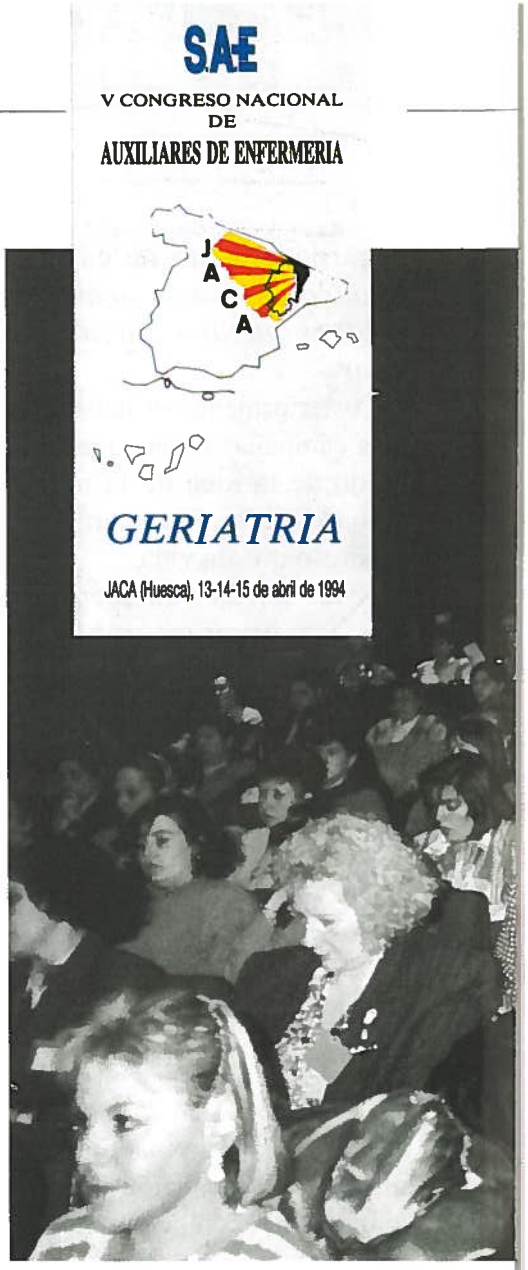
No hay que olvidar a los enfermos

Para Jesús Girón «normalmente se habla en exceso de los donantes y los trasplantes pero no se habla de los enfermos de diálisis y de que tres cuartas partes de los enfermos se van a quedar en una máquina para el resto de su vida. La Organización Nacional de Trasplantes debería velar por la calidad y la cantidad de diálisis que se ofrece, pero lamentablemente no se lleva a cabo un control adecuado de ésta. Se pide a los enfermos que firmen la cantidad de diálisis que reciben pero en ninguno momento se les permite valorar la calidad de las mismas y cuando hay quejas sobre la misma los enfermos son menospreciados».

«Por otra parte los enfermos con deficiencias renales producimos dinero a determinadas empresas que están monopolizando la diálisis y esto puede ser un gran poder con el que presionar al gobierno en un momento dado pero mientras se llega a escatimar unas cuantas pesetas en el trato diario al paciente», afirma Jesús Girón.

Hay que huir de las casquerías y trabajar por asentar una cultura de la donación en sí.

EL V CONGRESO NACIONAL DE AUXILIARES DE ENFERMERIA SE OCUPA DE LA GERIATRIA



Más de un centenar de Auxiliares de Enfermería acudieron al V Congreso Nacional de Auxiliares de Enfermería celebrado en Jaca recientemente. En esta ocasión se debatieron, desde diferentes puntos de vista, los problemas de los pacientes geriátricos y su presencia cada vez mayor en el sistema sanitario actual.

El programa de ponencias presentado en este V Congreso aportaba una doble visión en relación con el problema de la geriatría. De un lado, se presentaron y debatieron las acciones y actividades que deben llevar a cabo los Auxiliares de Enfermería en relación con el paciente geriátrico; de otro se especificaron las necesidades que los Auxiliares de Enfermería tienen en el trabajo con el paciente geriátrico.

José María Dallo Gastón, director provincial del Inserso expuso el marco jurídico e institucional de esta entidad que se creó como Entidad Gestora de la Seguridad Social con la publicación del Real Decreto Ley 36/1978 de 16 de noviembre sobre gestión institucional de la Seguridad Social, la Salud y el Empleo asumiendo las competencias relacionadas con la gestión de los servicios sociales complementarios de las prestaciones del sistema de la Seguridad Social. A raíz del Real Decreto 530/1985 de 8 de abril, el Inserso asume todas aquellas competencias que, en materia de gestión de servicios sociales tenían atribuidas la Administración Central del Estado y en 1988 pasa a depender del Ministerio de Asuntos Sociales.

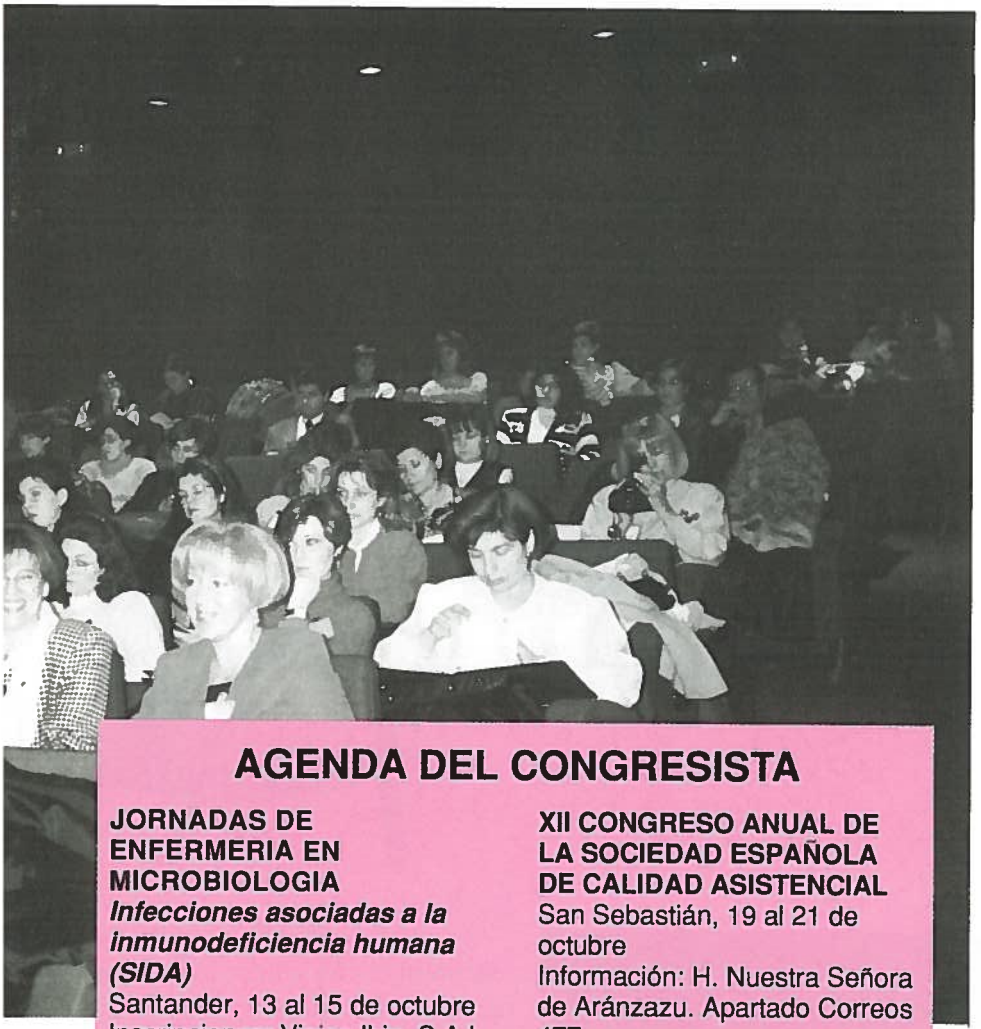
Esta institución tiene competencias en materia de minusválidos, tercera edad y en otras áreas como la inmigración o los refugiados.

En lo relacionado con la tercera edad el Inserso se encarga, entre otros cuestiones, de la creación y mantenimiento de residencias para pensionistas de la Seguridad Social, donde se les ofrece una atención permanente y una asistencia integral, de la creación de hogares y clubes donde se promueve fundamentalmente la convivencia de los ancianos y se facilitan servicios que completan la accción asistencial, de la atención domiciliaria a los beneficiarios mediante la prestación de los servicios domésticos y personales que se manifiesten necesarios de acuerdo con cada situación concreta, etc.

Jesús Martínez Torrijos, Auxiliar de Enfermería en el Inserso de Santander presentó las conclusiones de un estudio el tabaquismo en ancianos institucionalizados. Los datos para la elaboración del estudio se recogieron en el momento del ingreso en el centro evaluando éstos mediante las variables de tendencia central y dispersión, para ser contrastados estadísticamente.

Se evalúan un total de 159 ancianos con una edad media de 80-82 años de los que el 25,7% son varones y el 74,2% son mujeres. De la población total analizada fuma el 7,2% y no fuma el 76,56%, mientras que el 16,3% son ex fumadores.

Al analizar el consumo de tabaco aparecen diferencias significativas por sexo dado que en los varones predominan la población ex fumadora (57,58%) y en las mujeres la población no fumadora es del 96,5%.



AGENDA DEL CONGRESISTA

JORNADAS DE ENFERMERIA EN MICROBIOLOGIA
Infecciones asociadas a la inmunodeficiencia humana (SIDA)
Santander, 13 al 15 de octubre
Inscripciones: Viajes Ibio, S.A.L.
C/Floranes, 29. Santander
Tel.: (942) 23 77 00

XVIII CONGRESO NACIONAL ACTUACION DE ENFERMERIA EN LOS TRAUMATISMOS UROLOGICOS. II SIMPOSIO INTERNACIONAL
Docencia en enfermería urológica
Pamplona, 18 al 22 de octubre.
Organiza: Asociación Española de Enfermería en Urología.
Información e inscripción: Congresos Navarra. C/ Iñigo Arista, 1, 4.° C.
31007 Pamplona (Navarra)
Tel.: (948) 27 40 50

XII CONGRESO ANUAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CALIDAD ASISTENCIAL
San Sebastián, 19 al 21 de octubre
Información: H. Nuestra Señora de Aránzazu. Apartado Correos 477
28080 -Donostia
San Sebastián
Tel.: (943) 45 38 00

XII CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLES DE DIABETES
Zaragoza, 24 al 27 de octubre
Información: Aragonesa de Congresos. C/Almagro, 18
Tel.: (976) 21 93 20

CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERIA EN URGENCIAS
Madrid, 27 al 28 de octubre
Organiza: Equipo de Enfermería de Urgencias del Hospital Universitario 12 de Octubre.
Inscripción e Información: Viajes el Corte Inglés.
C/Hermosilla, 112
Tel: (91) 309 32 29

Las conclusiones finales del estudio demuestran que el consumo tabáquico es inferior en la población anciana que entre la población general. La población de mujeres no fumadoras es muy elevada, el 96,5% y en los varones sobresale el porcentaje de ex fumadores con un 57,58%. Respecto a los datos de consumo de cigarrillos y años de abandono del hábito, los datos presentan una dispersión muy amplia. Es preciso que la realización de estudios extensos en el consumo tabáquico de la población anciana para la obtención de datos de prevalencia más fiables, finalizó Jesús Torrijos.

En este V Congreso se presentaron diferentes ponencias y comunicaciones presentados por Auxiliares de Enfermería de distintos centros en relación con los trastornos físicos, mentales y las influencias psicológicas de la población. Algunas ponencias se centraron en aspectos muy concretos y necesarios en la labor asistencial de los Auxiliares de Enfermería cuales son la higiene general de los ancianos —aseo corporal, baño, ropas—, la higiene bucal de éstos, etcétera.

Por su parte, Olga Marín Gimeno, Auxiliar de Enfermería del Inserso en Huesca, aportó las necesidades del Auxiliar de Enfermería con el paciente geriátrico evaluando los problemas derivados de la carga de trabajo de estos profesionales. En ese sentido la ponente expuso que «las contracturas musculares son las alteraciones más frecuentes que vamos a encontrar después de mantener posturas forzadas durante nuestra jornada laboral, a estas contracturas le podemos añadir la aparición de cervicalgias,

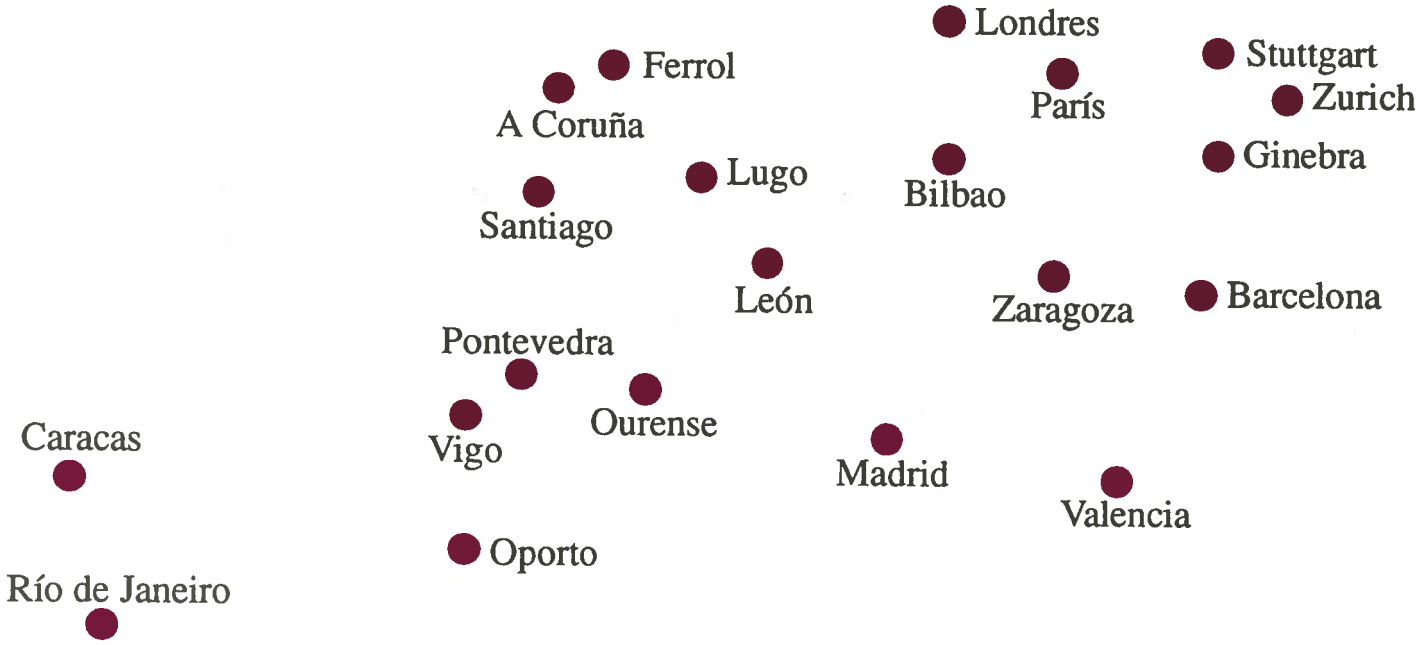
dorsalgias y lumbalgias, pudiendo favorecer la producción de hernias discales y artrosis a largo plazo en el personal. A estas posturas inadecuadas se le suman los efectos de la carga del peso, así como desplazamientos excesivos de materiales, enfermos, etc., que pueden provocar fatiga muscular por contracción dinámica.»

«La carga mental está íntimamente relacionada con la carga física y en ella entrar a formar parte, todos los detalles que en conjunto forman nuestro trabajo en el que recibimos una serie de informaciones que pueden ser de una manera consciente y directa o indirectamente de superiores, compañeros, enfermos, familiares, etc. Así como todas aquellas percepciones visuales, auditivas, olfativas o sensitivas.»

En muchas ocasiones, nos hemos encontrado con que la indecisión generalizada, ha provocado el no poder establecer las prioridades en nuestra actuación como pueden ser un sinfín de órdenes contradictorias, informaciones simultáneas, preguntas sin respuestas, así como la falta de detalles, de explicaciones para efectuar nuestro trabajo, o la costumbre de tener que cubrir las informaciones al vuelo.

En definitiva, en este V Congreso Nacional las conclusiones aportadas demostraron que los Auxiliares de Enfermería a cargo de pacientes geriátricos, deben programar y llegar a cabo acciones y actividades encaminadas a cubrir las necesidades básicas del paciente para así resolver o paliar los trastornos tanto físicos como mentales que se le presenten.

Estamos De Su Parte En Todas Partes.



Y con la mayor Red de Oficinas en Galicia

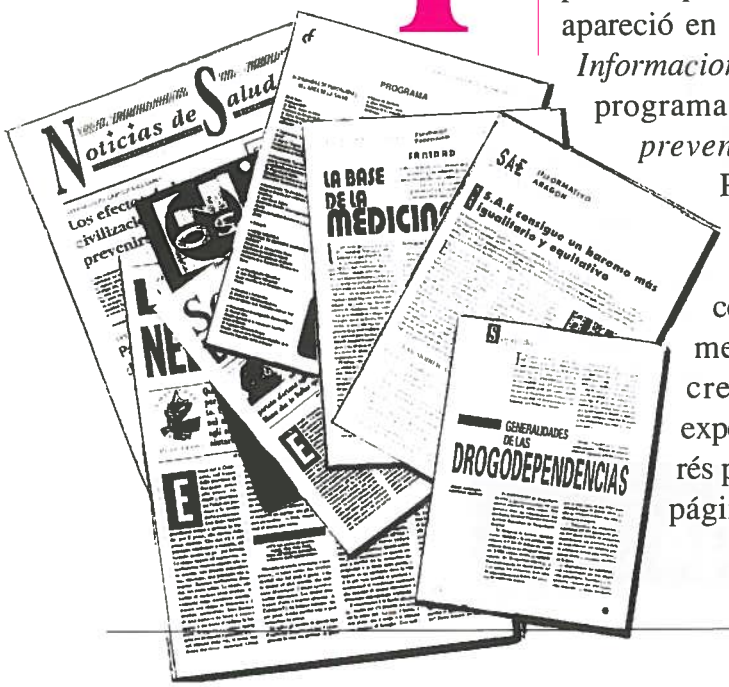
Estamos de parte de todos nuestros clientes. Cubriendo todos los días, con eficacia y agilidad, todas sus necesidades financieras. Desde las más normales hasta las más sofisticadas. Estamos de parte de la calidad de servicio, de la profesionalidad y de la más avanzada tecnología informática. Y por supuesto 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.

CAIXAGALICIA

LUZ Y TAQUIGRAFOS SOBRE LA SALUD

Montse García García

Esta expresión, puramente periodística y que es un símil con el que nos referimos a la transparencia informativa, parece haberse impuesto en los últimos meses en lo relacionado con los temas médico-sanitarios. Suplementos, monográficos, programas de radio y televisión sobre la salud inundan el mercado. La penetración social de la prensa ha permitido que los avances científicos se difundan en toda la comunidad, el interés creciente del ciudadano por mantener su salud sería impensable en otra época en la que no existiesen canales de información tan numerosos y específicos como los actuales. Poco a poco, la ciencia ha ido ocupando un espacio en los medios de comunicación social e incluso un elevado número de publicaciones está especializado en temas científicos y, en concreto, en aspectos relacionados con la salud. Hasta hace pocos años, en los medios impresos, la sección sociedad era lo que no era política, nacional o internacional, música o toros y espectáculos. Hoy en día la ciencia, en general, y la sanidad en particular, tienen un lugar reservado en la mayoría de los medios. La aparición en el mercado español de 200 publicaciones diferentes dedicadas íntegramente a la sanidad demuestran el interés suscitado por ella.



Para Ramón Sánchez Ocaña, periodista especializado en temas de salud, colaborador del primer suplemento sanitario que apareció en un diario español, *Informaciones*, y director del programa de TV *Más vale prevenir*, expuso en las Primeras Jornadas sobre Sanidad y Comunicación celebradas recientemente en Madrid el crecimiento que ha experimentado el interés por la ciencia en las páginas de los diarios españoles. «Aquella sección a la que mandaban a los novatos ha pasado a ser una sección cualificada y especializada. Pocos aspectos hay de la vida social que tengan en el fondo tanta trascendencia como la medicina y la sanidad. Servir de puente entre el ciudadano y los profesionales, que van a prestar la asistencia, y entre los políticos, que van a organizar la forma y manera de establecer esa prestación, son dos funciones básicas; las dos, política sanitaria y divulgación tienen una enorme trascendencia.»

Serafín Chimeno, profesor de la facultad de Ciencias de la Información de la Universidad Complutense de Madrid y autor de la tesis doctoral *La información en el ámbito sanitario,* considera que esta mayor presencia de las cuestiones sanitarias se explica por el hecho de que «las enfermedades han dejado de ser un problema estrictamente personal. Se ha popularizado un concepto de sanidad comunitaria al haberse roto el modelo clásico de subjetivismo de las enfermedades. Este proceso debe tener un reflejo mucho más amplio en los Medios de Comunicación Social. Hoy en día, todas las publicaciones tienen una sección, e incluso suplementos, específicas de temas de salud. Por otra parte, esta es una de las secciones más leídas y en las que la audiencia comparte los consejos que se ofrecen dado que los temas de salud tienen un componente afectivo muy fuerte».

Vivimos en una cultura del paradigma del bienestar físico, que se acepta sin ningún cuestionamiento, y en el que cualquier alteración de este bienestar se llega a sobredimensionar. El principio de este mayor interés por los temas sanitarios podemos situarlos en dos hechos importantes e igualmente negativos para la humanidad como son el aumento de los procesos cancerosos y la aparición del SIDA. Estas dos enfermedades han popularizado problemas concretos de la sanidad y han fomentado la sensibilidad hacia los problemas sanitarios. Sin embargo, la opinión pública busca en los medios de comunicación un componente divulgativo de la información sanitaria, es decir,

Lo más pernicioso para la información sanitaria es que ésta se lleve a cabo de manera descontrolada sin existir un rigor científico y técnico adecuado

interesan más las cuestiones de medicina preventiva que las informaciones y sobre avances tecnológicos o modificación de las estructuras sanitarias.

Existen cerca de 200 publicaciones en el mercado que han ido apareciendo paulatinamente durante la última década en la que se ha producido un cambio en la proyección de los temas relacionados con la sanidad en la medida de que no se trata de presentar novedades con rigor técnico sino que presenta los diferentes aspectos desde un punto de vista más cercano al de la opinión pública.

El modelo ideal de información sanitaria: la colaboración.

La complejidad del mundo de la sanidad nos lleva a una realidad que se mueve a caballo entre las distintas consideraciones científicas de la comunicación. El nexo común, sin lugar a dudas, nos lo dará la propia función social de la sanidad, esto es: una adecuación a las exigencias y necesidades de públicos generales o parciales. El instrumento para ese nexo lo encontraremos en la propia comunicación.

El problema fundamental de esta especialidad de periodismo radica en saber encontrar el equilibrio justo entre la divulgación y el rigor cienífico. Debe existir una estrecha colaboración entre los especialistas sanitarios en las distintas materias y los periodistas. Los primeros deben validar las informaciones publicadas y plantear las directrices técnicas de la información pero, en la mayoría de los casos, estos carecen de la capacidad divulgativa de los temas que les haga comprensivos y atractivos para las audiencias.

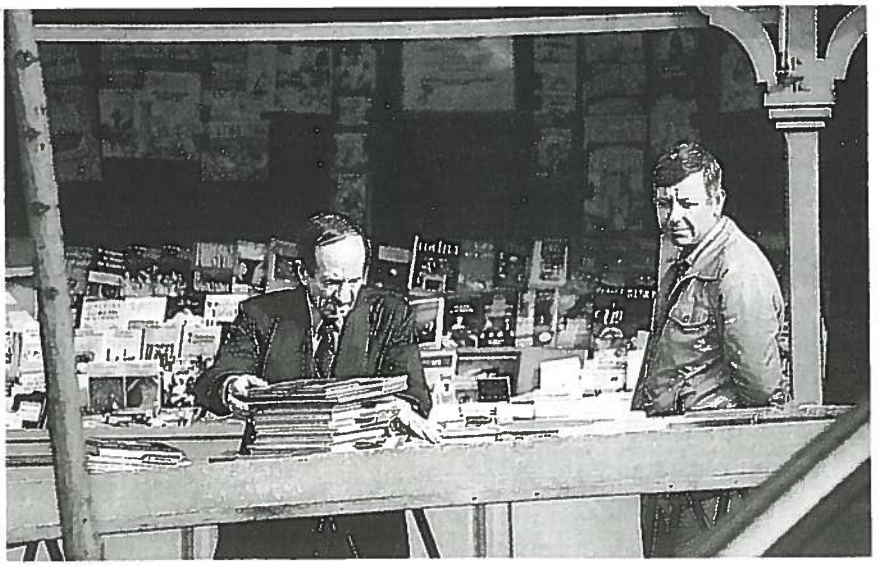
Los medios de información están más interesados en lo

muy novedoso, en los avances tecnológicos... pero ello crea expectativas en la sociedad que después no se cumplen o que tardan en hacerse accesibles y crea una mayor ansiedad en la población.

En este sentido, los medios de información general se enfrentan a la necesidad de tener que buscar elementos tangenciales a los temas de sanidad para ofrecer estos de forma efectiva. «Hay que saber arropar los contenidos de salud en otros ámbitos más generales. Este es el éxito logrado por las revistas del corazón o de serie D en las que estos contenidos se arropan en secciones fijas como Salud y Belleza y que han demostrado ser las más leídas y conseguir la confianza de la audiencia hacia los contenidos planteados", manifiesta Serafín Chimeno.

El periodismo especializado tendrá que cumplir los objetivos que le corresponden en su calidad de contenido científico. Así se deberá cumplir la función de divulgador que trasmite y hace comprensible el contenido díficil y complejo de la sanidad, al mismo tiempo que realiza la función de intérprete para ser puente entre ese saber científico y la sociedad.

Lo más pernicioso para la información sanitaria es que ésta se lleve a cabo de manera descontrolada sin existir un rigor científico y técnico adecuado o en que primen las cuestiones sensacionalistas sobre este rigor.



El interés por los temas sanitarios ha llegado a la calle.

Las campañas publicitarias en relación con algunos procesos se mueven muchas veces por hechos puntuales o aspectos de novedad. Desarrollar estas campañas publicitarias responden más a una llamada de atención a la sociedad que a un programa desarrollado que atienda a los diferentes problemas de la sanidad.

El análisis comparativo realizado por Serafín Chimeno sobre la atención que ofrecen los medios de comunicación sobre las informaciones relacionadas con el ámbito sanitario han proporcionado los siguientes datos: «lógicamente el medio que dedica mayor superficie temática a los aspectos sanitarios son las revistas monográficas sobre el tema con un 35,25% de la superficie de redacción, le sigue con un 9,71% las revistas de carácter divulgativo, el 4,48% en las revistas de información general y un 2,11% en los periódicos de información general. No obstante, este es un avance importante si se considera que hace unos años la información sanitaria apenas aparecía en los medios impresos. Sin embargo existe en todos ellos un grado de especialización muy elevado.

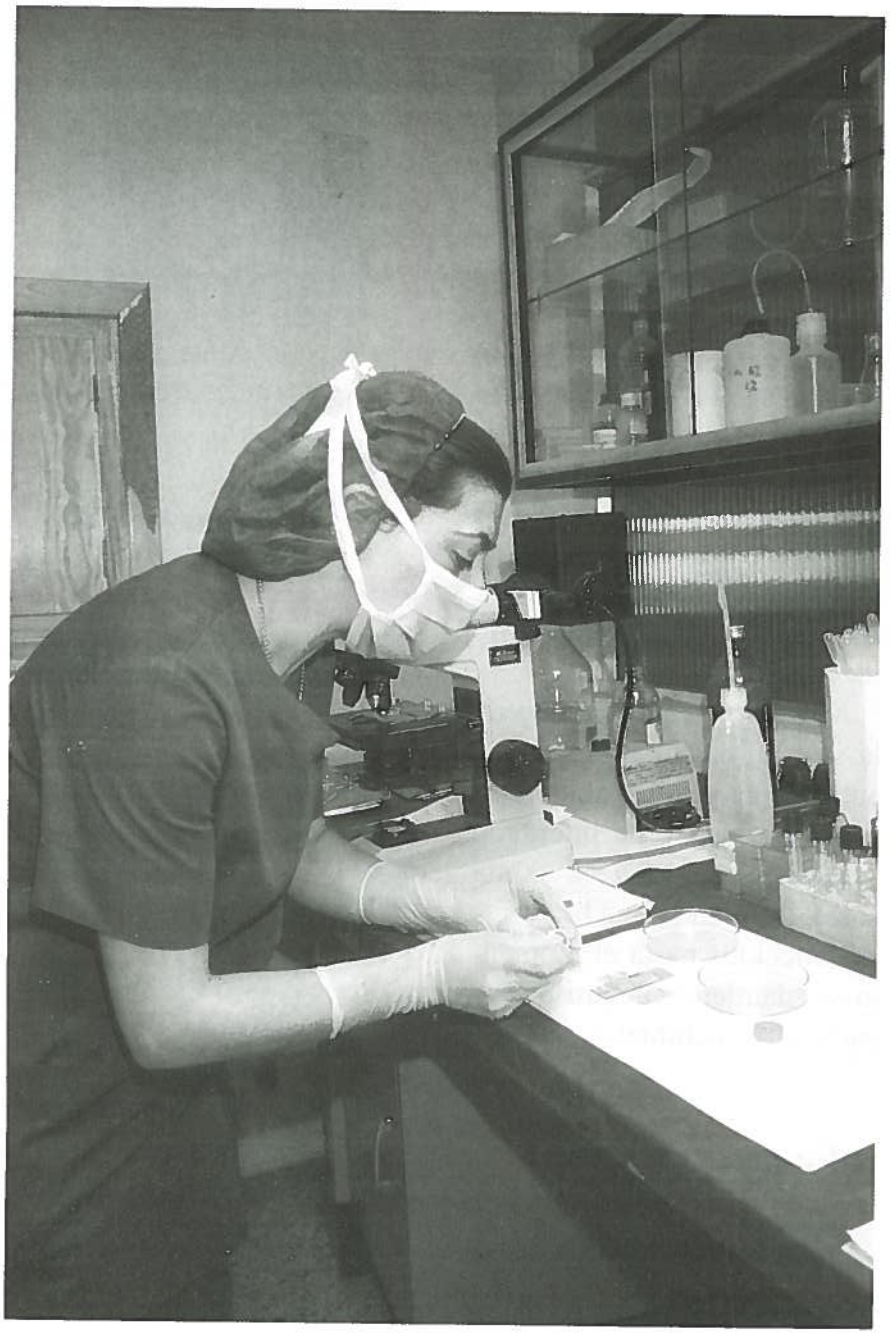
Serafín Chimeno afirma que «dado el interés general por el tema sanitario no se le dedican grandes espacios aunque es importante que un área que apenas aparecía hace unos años, ahora tenga un espacio permanente en los diferentes medios y muchos de ellos, fundamentalmente los periódicos de información general, dediquen un día a la semana suplementos dedicados a este tema».

STREPTOCOCUS DEL GRUPO «A»

BACTERIA ASESINA

Esto, que parece el título de una película de ciencia-ficción, es el nombre con el que los científicos nombran a una bacteria que se ha convertido en mortal, que desarrolla una condición semejante a la gangrena y que ha causado la muerte de, al menos, 12 personas en el Reino Unido sin que se conociera exactamente el motivo por el que esta bacteria ha tomado tal comportamiento.

La bacteria en su forma benigna se encuentra en un 10% de la población en algún momento y sólo en cuatro de cada 100.000 habitantes desarrolla la condición de fascitis necrosante que causa una inflamación grave de los tejidos, destruyéndolos y produciendo la muerte en pocas horas. El estreptococo produce toxinas que se expanden por la sangre y destruye rápidamente carne y músculos. Los primeros síntomas comienzan con un dolor muscular seguido inmediatamente de un enrojecimiento de la piel en la



Todos los científicos buscan el origen del problema generado por esta bacteria.

zona afectada, aparición de ampollas, vómitos y fiebre, mientras la necrosis avanza a ritmo de tres centímetros por hora.

Esta bacteria era, al parecer, común en el siglo pasado y fue responsable de muchas muertes que se producían en los hospitales. Con el tiempo había ido perdiendo virulencia y apenas se habían detectado fallecimientos. La intensidad con la que ahora se está mostrando es lo que está acentuando la preocupación de los médicos y es lo que ha hecho que la diagnosis haya sido demasiado tardía.

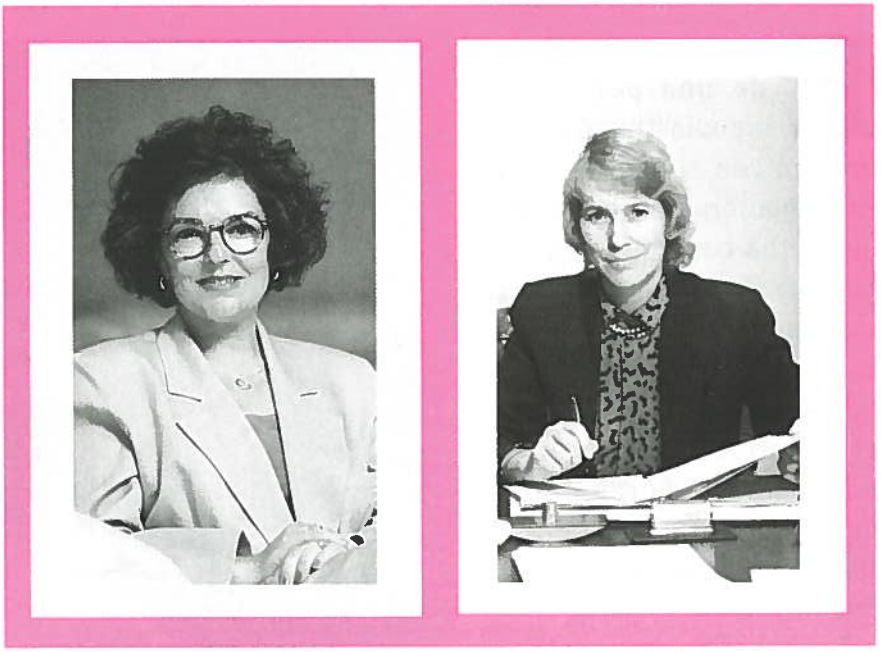
Los científicos creen que la nueva virulencia con la que actúa la bacteria se puede deber a una mutación en el organismo o incluso a través de un proceso por el que una bacteria puede obtener ADN de otra simplemente rozándola.

A pesar de lo alarmante de la situación, por parte de las autoridades sanitarias de distintos países, se ha intentado mantener un clima de calma social afirmando que las cifras de fallecidos hasta el momento se mantienen dentro de los parámetros habituales.

Informes oficiales

El Servicio británico de Laboratorios de Salud Pública remitió un comunicado oficial en relación con las infecciones de estreptococo del Grupo A, en el que se afirmaba lo siguiente: «Este servicio está participando en la investigación de un grupo de casos de fascitis necrotizante ocurrido en el área de Gloucester. La fascitis necrotizante es una rara enfermedad que normalmente supone menos de 10 casos notificados cada año de todas las afecciones bacterianas por estreptococos del Grupo A, organismo aislado en los casos de Gloucester. Hay, sin embargo, otras afecciones necrotizantes que se producen ocasionalmente bien de forma espontánea o bien como una complicación quirúrgica. Clínicamente, son difíciles de diferenciar unos y otros y de las fascitis necrotizante».

«El Dr. Christopher Bartlett, director del Centro de Vigilancia de Enfermedades Transmisibles (PHLS) comunica que se está trabajando con las autoridades de Gloucester para examinar en detalle los registros y análisis de sus siete pacientes y se usará una precisa definición de caso para evaluar todos los surgidos hasta la fecha y cualquier otro sobre el que se reciba notificación, ya que consideran que con la publicidad que está rodeando estos hechos, no sería sorprendente que se notificara en algún otro lugar casos de presentaciones clínicas de fascitis necrotizante. Hasta el momento la evidencia sugiere que se encuentran dentro del tipo y número de afecciones necro-



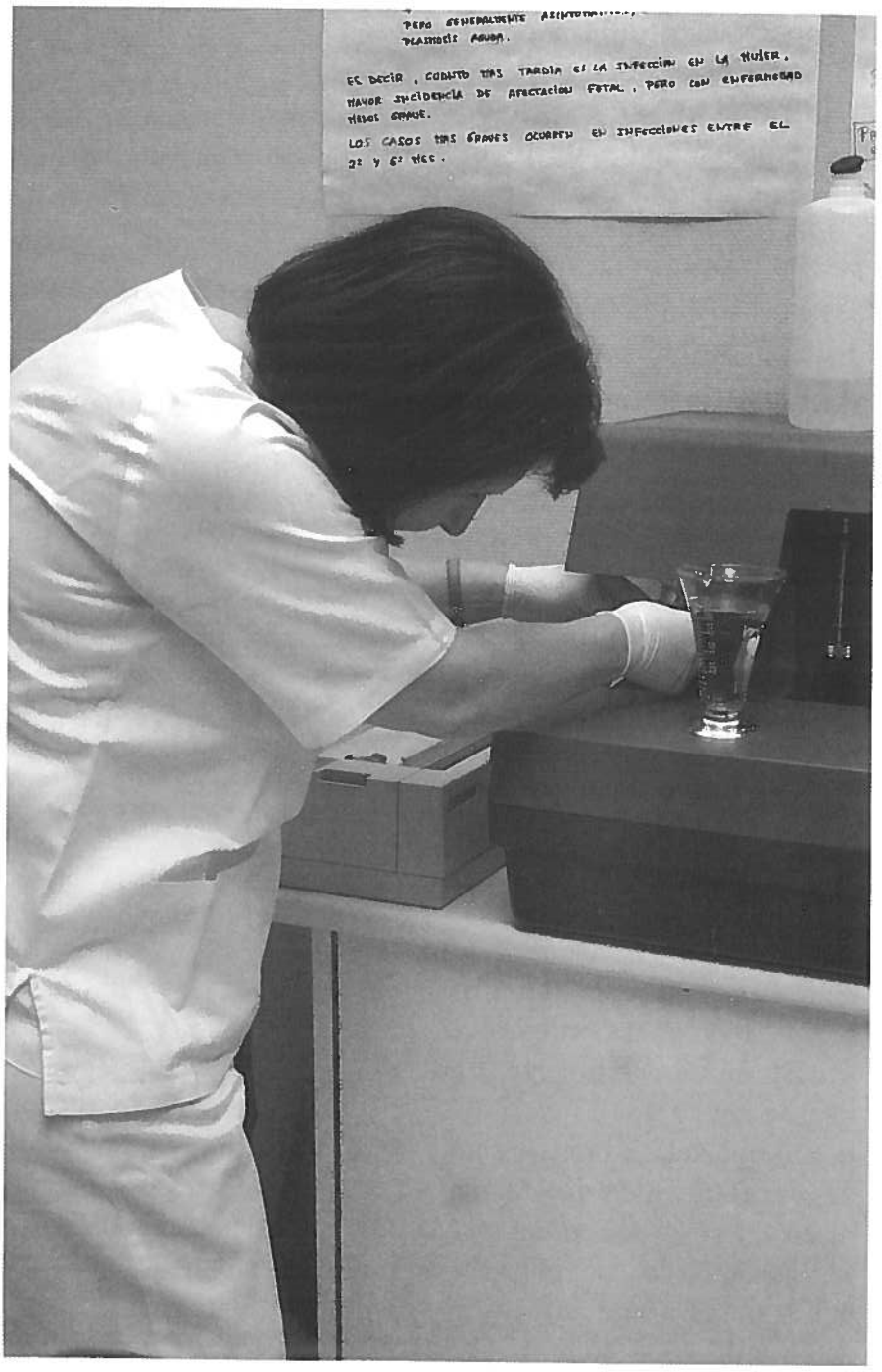
Las titulares de los Ministerios de Sanidad tanto inglés (Virginia Bottomley) como española (M.ª Angeles Amador) han confirmado que no se trata de una epidemia.

santes que cabe esperar normalmente.»

«Las investigaciones microbiológicas de los casos de Gloucester han demostrado que se trata de diferentes subtipos de estreptococos del Grupo A y de los diversos tipos que cabría esperar de forma rutinaria. En otros análisis microbiológicos de la producción de toxina se ha demostrado la existencia de diferentes combinaciones de genes tóxicos, que también se encuentran dentro de los resultados que cabría esperar. Mientras tanto y con el objeto de contener la alarma creada, comunican que se han examinado todos los indicados de infección por estreptococos en el país y están demostrando que no supone ningún cambio ni en el número ni en las pautas de infección».

«Según las informaciones actualizadas de los casos que se están notificando, aparte del grupo de Gloucester, se encuentran dentro de las cifras anuales previstas. Un grupo de casos como este es anormal, pero han sido notificados anteriormente de acuerdo con la literatura mundial consultada, y podría tratarse únicamente de casos casuales».

Con respecto a la situación en España, en el Ministerio de Sanidad y Consumo ha hecho constar que, de acuerdo con los datos aportados por la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, la situación de las infecciones producidas por Estreptococo del Grupo A, se mantienen dentro de los valores habituales, no observándose ningún cambio en la tendencia esperada. Asimismo, no se ha notificado ninguna alarma respecto a la existencia, en estas enfermedades de cuadros clínicos de evolución no habitual, ni de fascitis necrosante. Igualmente la mortalidad no es relevante.



La Organización Mundial de la Salud ha recogido más de un centenar de informes de necrosis en los pasados cinco años.

Los informes, que cubren la mayoría de los países europeos, Australia, América, sudoeste asiático y China, confirman que la condición afecta a pacientes de todas las edades.

En España: se desconoce el número de afectados ya que esta enfermedad no es de declaración obligatoria, pero el Ministerio de Sanidad descarta que se trate de una epidemia.

Los servicios de salud alemanes tienen noticia de 30 a 40 casos anuales de esta enfermedad y se calcula que la mitad ha terminado con la muerte del paciente. Las autoridades no disponen de cifras exactas dado que la patología no es de declaración obligatoria.

Seis personas murieron desde 1993 como consecuencia de la bacteria, según han afirmado los portavoces del Ministerio de Salud belga. En total se registraron 17 casos de la enfermedad. Las muertes no se concentraron en una región ni en un sexo determinado y resultaron de las complicaciones ligadas a una infección anterior. El Instituto de Higiene y Epidemiología investiga desde septiembre del año pasado los casos de infecciones ligadas al estreptococo.

En Holanda se infectaron 132 personas en los últimos 18 meses, de las que 21 fallecieron a causa de los efctos de la bacteria. Sin embargo, las autoridades sanitarias holandesas consideran que no se puede hablar de epidemia dado que los casos registrados están repartidos por todo el territorio. No obstante, y como medida de precaución, se a vuelto ha enviar una carta, que databa de 1992, en la que se consignan todas las informaciones relacionadas con el estreptococo.

Las cifras de fallecidos hasta el momento se mantienen dentro de los parámetros habituales.

Por su parte, en Islandia se han contabilizado dos personas fallecidas en los últimos tres meses como consecuencia de la bacteria mutante.

Noruega: Se han registrado 116 casos de estreptococo A en las últimas 19 semanas mientras que en el mismo periodo del año anterior sólo hubo 50 casos. Se ignora cuántos pacientes han muerto, aunque se sabe que al menos tres fallecieron en un hospital de Bergen. El Ministerio de Sanidad sospecha que la infección se ha extendido también a Suecia, Finlandia y Dinamarca.

También en Nueva Zelanda está activa la bacteria mutante aunque actualmente sólo se tiene noticia de un paciente que se recupera favorablemente en el Hospital de Auckland. En ese mismo centro se tratan media docena de casos similares al año, ninguno con resultado de muerte.

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 trabajo seleccionados.

BOLETIN DE SUSCRIPCION A *NOS*

DATOS PERSONALES

APELLIDOS Y NOMBRE .....

DIRECCION ..... POBLACION .....

PROVINCIA ..... C.P. ..... TELEFONO ..... D.N.I. .....

DATOS BANCARIOS (*Cumplimentar sólo no afiliados*)

Muy Sres míos

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

APELLIDOS Y NOMBRE DEL SUSCRIPTOR .....

TITULAR DE LA CUENTA .....

BANCO ..... CAJA DE AHORROS .....

CODIGO CUENTA CLIENTE (C.C.C.)			
ENTIDAD	Sucursal	D.C.	N.º CUENTA

DIRECCION .....

POBLACION ..... PROVINCIA ..... C.P. .....

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

Tarifa suscripción anual, dos números. (Incluídos 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

La anorexia nerviosa es una enfermedad con identidad propia que afecta a jóvenes adolescentes (principalmente mujeres), cuya causa, a pesar de diversas opiniones, parece estar originada por una serie de factores multideterminantes (familiares, socioculturales, predisposición, etc.)

Nuestro interés en elegir este tema, es debido a que en las dos últimas décadas se ha experimentado un elevado aumento de esta enfermedad, quizá porque se ha mejorado el diagnóstico o quizá por un aumento real. Pero la realidad es que la anorexia va en aumento y lo que es más importante, presenta un alto índice de mortalidad situándose en los pacientes que no reciben tratamiento entre 15 y un 20 por ciento y en los que sí lo reciben entre un 3 y un ocho por ciento.

INDICE

- GENERALIDADES: ¿QUÉ ES LA ANOREXIA NERVIOSA?
  - — Teorías psicodinámicas
  - — Teorías conductuales.
  - — Teorías sobre la interacción familiar.
- HOJAS DE VALORACION
- DIAGNOSTICO
- OBJETIVOS
- PLAN ACCION
- EVALUACION
- BIBLIOGRAFIA

la ANOREXIA nerviosa

Esther Núñez Martínez
Vicenta González Llorente

La anorexia nerviosa es una situación patológica caracterizada por una alarmante pérdida de peso. Parece ser que el autor que primero descubrió esta enfermedad fue el internista inglés Gull, en el año 1873. La anorexia se presenta en la mayoría de los casos en edades tempranas de la vida, alrededor de los doce a los dieciocho años. Su incidencia media en la población está alrededor del 0,37 por cada mil habitantes.

Se ha descrito una personalidad patrón en estos pacientes que se caracteriza por:

— Pedantería.
— Forma muy organizada de trabajar.

— Buena capacidad de concentración.
— Represión intensa y prolongada de la emotividad.
— Fuerte autocontrol.
— Disminución importante de las relaciones familiares, sociales, etc.
— Hiperactividad.

Existen diferentes teorías que tratan de explicar las causas que desencadenan la enfermedad (etiopatongenia).

1. *Teorías psicodinámicas (Bruch).*—Este autor plantea que existe un trastorno profundo de la interacción madre-hijo. Esta alteración lleva consigo un deficiente desarrollo del ego infantil que llega a manifestarse por trastornos de la identidad corporal, lo que supone perder el sentido de pertenencia del propio cuerpo.

2. *Teorías conductuales (León).*—Según este autor, el rechazo a la ingesta se puede interpretar como una conducta de evitación. Esta conducta nos lleva a que se produzca una asociación entre ganancia de peso e ingesta, lo que conlleva a asociar comida con repulsión y disgusto. Este disgusto o repulsión, produce una evitación de la comida, al no comer disminuye la angustia y la ansiedad que produce el comer y por tanto se refuerza la conducta de evitación. Se podría simplificar:

1. Ingesta → Peso → Ansiedad.

2. Ingesta → Repulsión-disgusto.

3. Evitar ingesta → Disminución repulsión-disgusto → No ansiedad.

3. *Teorías sobre la interacción familiar.*.—Se observa en los pacientes anoréxicos cuatro características en su estructura familiar:

— INTROMISION (no autonomía de los miembros de la familia).
— SOBREPROTECCION (dificulta el proceso de individualización del futuro paciente).
— RIGIDEZ (especialmente en la adaptación a la adolescencia).
— CARENCIA IMPORTANTE EN LA CAPACIDAD PARA RESOLVER CONFLICTOS (sobre todo entre los padres).

Otros datos que se observan en las familias de estos pacientes se pueden resumir en:

— Existe una pérdida importante en la relación madre-hijo.
— Se presentan situaciones de rivalidad entre los humanos.
— Es muy frecuente una madre depresiva o con tendencia a la depresión, así como un padre compulsivo y autoritario.

En este núcleo familiar enfermo, el paciente vive un aumento importante de estrés emocional. Esto lleva al paciente a no comer como alivio de la situación y a una inhibición cada vez mayor de los conflictos. Suele ocurrir que existe un forzamiento importante de sus padres para que coma, lo que condiciona que experimente la alimentación como algo difícil de soportar.

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE LA ANOREXIA NERVIOSA SEGUN DSM III/R

1. Rechazo contundente para mantener el peso corporal por encima del mínimo normal considerando la edad y la talla. Por ejemplo, pérdida de peso hasta un 15 por ciento por debajo del peso teórico, o fracaso para conseguir el aumento de peso esperado en el período de crecimiento, resultando un peso corporal por debajo del 15 por ciento del peso teórico.

2. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.

3. Alteración de la percepción del peso, la talla o la silueta corporal; por ejemplo, la persona se queja de que «se encuentra obesa», aun estando emaciada o cree que alguna parte de su cuerpo resulta «desproporcionada», incluso estando su peso por debajo de lo normal.

4. En las mujeres, ausencia de, por lo menos, tres ciclos menstruales consecutivos (amenorrea primaria o secundaria; se considera que una persona sufre amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales; por ejemplo, con la administración de estrógenos).

HISTORIA DE ENFERMERIA

DATOS DE IDENTIFICACION

APELLIDOS López García
NOMBRE María Sexo: ❑ Hombre ☒ Mujer
EDAD 19 ESTADO CIVIL S HIJOS: ☒ No ❑ Sí ❑ N.° de hijos
TALLA 1,60 PESO 35 kg
APELLIDOS Ezequiel González, 214
LOCALIDAD SEGOVIA TELEFONO 45 55 55 PROFESION ESTUDIANTE
T.A. 90/50 F.C. 96 TA 35,5
En caso de urgencia avisar a: Padres Teléfono: el mismo

INFORMACION GENERAL DE ADMISION

FECHA DE INGRESO 28-11-91 HORA 10:00 a. m.

CARACTERISTICAS DE INGRESO:	ACOMPAÑADO POR:	ORIGEN DE LA INFORMACION:
Voluntario ☒	Familia ☒	Paciente ☒
Involuntario ❑	Amigos ❑	Familia ❑
Judicial ❑	Otros ❑	Otros ❑

ENFERMEDAD ACTUAL

MOTIVO DEL INGRESO Pérdida importante de peso
CONCIENCIA DE ENFERMEDAD: SI ❑ NO ❑
EXPLORACION SOMATICA:
VISION: Normal ☒ Lentillas ❑ Gafas ❑
Nula ❑ Deficiente ❑ Prótesis ❑
AUDICION: Normal ☒ Sordera parcial ❑
Nula ❑ Sordera total ❑
PIEL: Normal ☒ Localización Dorso mano derecha a la altura del 2.° metacarpiano
Erupciones ❑
Ulceras ❑
OTROS SIGNOS SINTOMAS Apatía, cansancio, «no me siento bien»

EXPLORACION PSIQUIATRICA

ARREGLO:	☒ Aseado	❑ Desaseado
VESTIDO:	☒ Adecuado	❑ Inadecuado
ACTITUD:		
MOTILIDAD:	☒ Normal	❑ Alteraciones
LENGUAJE:	☒ Normal	❑ Alteraciones
CONSCIENCIA:	☒ No alt.	❑ Alteraciones

ORIENTACION AUTOPSIQUICA: ☒ Normal ❑ Alteraciones
ORIENTACION TEMPORO-ESPACIAL: ☒ Normal ❑ Alteraciones
PERCEPCION: ☒ Normal ❑ Alteraciones
MEMORIA: ☒ Normal ❑ Alteraciones
PENSAMIENTO CONTIDO-CURSO: ☒ Normal ❑ Alteraciones
AFECTIVIDAD: ❑ Normal ☒ Alteraciones Labilidad
SENTIDO CRITICO: ❑ Normal ☒ Alteraciones Demasiado crítica
VIDA INSTINTIVA: ❑ Normal ☒ Alteraciones Rechazo a la comida
VIDA VOLUNTARIA: ☒ Normal ❑ Alteraciones _____

HOSPITALIZACIONES ANTERIORES EN ESTE CENTRO

SERVICIO DE PSIQUIATRIA: ☒ No
: ☒ Si número motivo-fecha ult. hospit. _____
ACTITUD HACIA LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA:
☒ Muy positiva ❑ Indiferente ❑ Muy negativa
❑ Positivo ❑ Negativa
VIDA VOLUNTARIA: Porque me han dicho que estoy mal y necesito ayuda
INGRESOS EN OTROS SERVICIOS: _____

ALERGIAS

☒ No
❑ Sí

MEDICAMENTOSA	ALIMENTOS	OTRAS

COMENTARIOS: _____

ANTECEDENTES DE MEDICACION

☒ No
❑ Sí

TIPO	FRECUENCIA	ULTIMA DOSIS

ELIMINACION

FRECUENCIA ORDINARIA DEFECACION: MICCION:

❑ TODOS LOS DIAS ☒ NO ALTERACIONES
❑ CADA DOS DIAS ❑ ALTERACIONES
☒ OTRAS FRECUENCIAS Soy muy estreñida y necesito laxantes

COMENTARIOS: _____

AUTONOMIA

ALIMENTACION:	☒	Normal	☒	Alteraciones _____
ASEO:	☒	Normal	☒	Alteraciones _____
DESPLAZAMIENTO:	☒	Normal	☒	Alteraciones _____
CONTINENCIA:	☒	Normal	☒	Alteraciones _____

HABITOS

CONSUMO DE ALCOHOL: ☒ No ☐ Sí

TABACO: ☐ No ☒ Sí. Cantidad día 20/30 cigarrillos

OTRAS DROGAS: _____

ALIMENTACION DIETA: Sólo como lo que me apetece

SUEÑO: ☐ Normal ☐ Alteraciones _____

HABITOS SOCIALES: OCUPACION TIEMPO LIBRE Salgo con mis amigos

RELIGION: Católica ☐ Practicante ☒ No practicante

OBJETOS PERSONALES

☐ Prótesis

☒ Otros Ropas, cremas, golosinas

VISITAS

☒ No desea limitaciones

☐ Desea limitaciones
- ☐ Sólo la familia
- ☐ Otros
- ☐ Ningún visitante

COMENTARIOS: A determinar próximo acuerdo

OBSERVACIONES

— No entiende la necesidad del ingreso. Ella sería capaz de salir adelante «sola». No necesita ayuda, la acepta para evitar conflictos familiares.
— Utilización de laxantes (a comentar en próximas entrevistas).
— Hábitos alimenticios: Desorganización, no sigue dieta equilibrada.
— Vómitos: A investigar. Los niega, pero tiene úlcera en la mano, compatible con herida producida por inducción al vómito intencionado.
— Nadie cree en mis capacidades o posibilidades de salir adelante.

FECHA ENTREVISTA: 28-11-91

FIRMA:

CONTRATO CON LA PACIENTE:

Fecha de ingreso: 28-11-91. Según se vaya consiguiendo aumento de peso se acuerdan las siguientes pautas:

1.	38 kgs	llamadas familiares
2.	40 »	visitas según normas de la unidad
3.	42 »	salidas acompañada
4.	45 »	salidas a comer en casa
5.	46 »	permiso fin de semana
6.	48 »	Alta hospitalaria

Es condición mantener el peso durante 2 días. La pérdida de peso implica pasar a la pauta anterior.

Fdo.: Médico: Paciente:

Fecha: 01-12-91

OBJETIVOS Y ACCIONES DE ENFERMERIA

1.er Objetivo: Aumentar la ingesta calórica y nutricional del enfermo

—Acciones:

a) Cuando el paciente puede seleccionar lo que va a tener su dieta, no dejar a su disposición alimentos bajos en calorías.

b) El paciente debe tener algunas distracciones (televisión, conversación) durante las horas de comida regulares.

c) Las horas regulares de alimentos para el paciente pueden estructurarse y limitarse en tiempo, (establecer el tiempo de duración de la comida).

d) Indicar al paciente cuándo es el momento de comer, presentarle los alimentos, establecer los límites en la hora de comida.

e) Después de este momento (si el paciente no ingiere la comida), deberá introducirse sonda nasogástrica y de esta suerte el enfermo recibe una cantidad específica de dieta líquida.

f) Cuando no se usa una sonda nasogástrica, puede proceder al tratamiento intravenoso.

g) Retirar atención al enfermo durante el momento de las comidas si éste se rehúsa a comer.

h) Observar y llevar un registro de la ingesta y escreta del paciente. (Las observaciones deberán hacerse en la forma más discreta posible.)

i) En la dieta del paciente deben incluirse alimentos que pueda tomar con los dedos (especialmente bocadillos) y los que al enfermo le gusten.

2.° Objetivo: Mantener la regularidad de los emuntorios

—Acciones:

a) Observar y llevar un registro de las excreciones del paciente.

b) La dieta debe contener suficientes elementos bastos y líquidos.

3.er Objetivo: Inspirar confianza; aumentar la comunicación con el personal de enfermería

—Acciones:

a) El médico puede (debe) introducir la sonda nasogástrica. Esta debe introducirse inmediatamente después que ha pasado el momento de alimentarse, sin hacer concesiones al enfermo.

b) La introducción no debe efectuarse en una forma punitiva.

4.° Objetivo: Evitar el efecto de sifón

—Acciones:

a) La sonda nasogástrica no debe dejarse introducida después de la alimentación y es necesario reintroducirla cada vez que esté indicada.

5.° Objetivo: Favorecer el aumento de peso

—Acciones:

a) El paciente no debe contar con privilegios (uso del teléfono, escoger bocadillos extras, etc.) en las primeras etapas de internamiento, con la concesión de que se le darán privilegios a medida que vaya aumentando de peso.

b) Si, por el contrario, hay pérdida de peso, es conveniente disminuir los privilegios, examinar las circunstancias que han rodeado a la situación y explorar los sentimientos que motivan la pérdida.

6.° Objetivo: Obtener mediciones precisas de la curva de peso

—Acciones:

a) Pesar al paciente todos los días antes de la comida de la mañana.

b) Pesar al paciente únicamente vistiendo su bata de hospital.

c) Acompañarlo al baño, etc., para evitar que se deshaga de alimentos que haya guardado previamente u objetos que le hagan aumentar de peso cuando se haga la medición.

7.° Objetivo: Mantener la constancia del tratamiento

8.° Objetivo: Prevenir o disminuir la manipulación del paciente a los miembros del equipo terapéutico

—Acciones:

a) Establecer y conservar límites estrictos, sobre todo en lo que se refiere a comidas, cantidades de alimentos, alimentaciones por sondas, medición de peso, etc.

b) Comunicar los límites y las consecuencias que sobrevendrán si exceden esos límites con claridad y de una forma no punitiva.

c) Comenzar ofreciéndole pequeñas tareas y actividades que pueda ejecutar con facilidad. Aumentar la complejidad de éstas en la medida que vaya ofreciendo y se considere apropiado.

d) Centrar la atención en características positivas del paciente y las tareas cumplidas (no en los sentimientos de insuficiencia).

e) Utilizar terapia recreativa u ocupacional.

9.° Objetivo: aumentar la autoestima. Aumentar las actitudes para el desempeño social. Disminuir los sentimientos de insuficiencia.

—Acciones:

a) Dar al paciente apoyo positivo y premiarle cuando ha hecho bien las cosas.

b) Impulsar experiencias exitosas: ordenar lo necesario para que el paciente ayude a otros de forma específica; identificar y utilizar las potencialidades del enfermo.

c) Comenzar ofreciéndole pequeñas tareas y actividades que pueda ejecutar con facilidad. Aumentar la complejidad de éstas en la medida que vaya ofreciendo y se considere apropiado.

d) Centrar la atención en características positivas del paciente y las tareas cumplidas (no en los sentimientos de insuficiencia).

e) Utilizar terapia recreativa u ocupacional.

10.° Objetivo: Mejorar las condiciones ambientales del hogar. Aumentar la capacidad del paciente para funcionar en su ambiente hogareño

—Acciones:

a) Evaluar el ambiente hogareño del enfermo: entrevistar a su familia; visitar su casa si es posible. Puede ser necesaria la

terapia familiar. Animar a los familiares a que participen en la misma.

b) Alentar al enfermo a exponer sus sentimientos respecto a los miembros de la familia, la dinámica familiar, los papeles de cada miembro en la familia, etcétera.

11.º Objetivo: Disminuir la relación entre alimentos y estrés

—Acciones:

a) Permitir que el paciente tome alimentos únicamente en momentos específicos para la ingestión de bocadillos y en las horas de las comidas.

12.º Objetivo: Ayudar al enfermo a desarrollar mecanismos de competencia no relacionados con los alimentos

—Acciones:

a) Animar al paciente a exponer sus sentimientos.

b) Observar y registrar las percepciones y las respuestas del enfermo al estrés; alentarlo a que se acerque a los miembros del equipo terapéutico en los momentos que presente estrés.

c) Hablar con el paciente para que conozca a otras personas pertenecientes al medio ambiente con quienes pueda hablar, y saber qué otro tipo de actividades pueden disminuir el estrés y la ansiedad (aficiones, actividades físicas).

13.º Objetivo: Ayudar al enfermo a establecer hábitos dietéticos nutricionales regulares, suficientes e independientes

—Acciones:

a) Comenzar por momentos estrictamente determinados de las comidas y los bocadillos y establecer los límites al respecto.

b) Evaluar el conocimiento con que el enfermo cuenta respecto a los hábitos nutricionales y de salud correspondientes a su dieta.

c) Gradualmente aumentar el control del enfermo sobre la ingesta de alimentos, selección de los mismos y preparación a medida que aumenta la curva de peso.

14.º Objetivo: Prepara al enfermo para su alta y la reintegración exitosa al ambiente hogareño

—Acciones:

a) No debe darse de alta al enfermo sin haber alcanzado el peso normal para su edad y estatura.

b) Enviar al paciente a casa durante un tiempo determinado y después valorar el éxito de esa medida en el hospital antes de darlo definitivamente de alta.

c) Hacer que la familia participe en la enseñanza, tratamiento, alta, y en los planes parea procedimiento por consulta externa.

d) Observar y registrar los sentimientos, el estado de ánimo y las actividades del enfermo antes y después del permiso terapéutico a su casa.

e) Ordenar las citas de consulta externa en la forma que sea necesario.

EVALUACION

A los 3-4 meses fecha del ingreso.

1.er Objetivo conseguido.
2.º Objetivo conseguido.
3.er Objetivo conseguido lo suficiente para cumplir contrato.
4.º Objetivo: no ha sido necesario poner SNG.
5.º Objetivo conseguido.
6.º Objetivo conseguido.
7.º Objetivo conseguido.
8.º Objetivo conseguido (favorecido por la existencia del contrato).
9.º Objetivo conseguido en el tiempo que ha estado ingresada. Sería importante un seguimiento fuera de la unidad.
10.º Objetivo conseguido aquí, pero también sería importante seguimiento ambulatorio.
11.º Objetivo conseguido.
12.º Objetivo conseguido, aunque importante valoración ambulatoria.
13.º Objetivo conseguido.
14.º Objetivo conseguido en principio.

BIBLIOGRAFIA

— Estudio de la anorexia realizado por el equipo de enfermería de Salud Mental del Hospital Policlínico de Segovia.
— *Tribuna Sanitaria,* págs. 33-39, noviembre 1989.
— I. M. Scultz y S. L. Dark, *Planes de cuidados de enfermería psiquiátrica,* Ed. Interamericana.
— DSM-III/R.

- Características y moviliario.
- Equipamiento material sanitario.
- Urgencias tratadas en cuarto de SHOCK.
  Reanimación cardio-respiratoria. Causas. Orígenes. Actuación.
  Intoxicación por drogas. Causas. Actuación.
  Heridas de gran riesgo. Definición. Objetivos. Actuación.
  Politraumatizados. Definición. Objetivos. Actuación.
  Grandes quemaduras. Definición. Causantes y grados. Actuación.
- Traslado interno. Objetivo. Preparación de traslado.
- Exitus. Objetivo. Información.

URGENCIAS HOSPITALARIAS

Antonio Díez Pérez

Emilia Vera

CONOCIMIENTOS DEL CUARTO DE SHOCK EN UN GRAN HOSPITAL

Este cuarto deberá de estar preparado para atender a enfermos que presenten urgencia vital para su vida. El acceso a este cuarto será directamente desde la calle y a la entrada de Urgencias, también tendrá que tener buena comunicación con el resto de las unidades del hospital.

Características y mobiliario

El cuarto debe de estar preparado para atender a dos enfermos a la vez como mínimo, por lo cual tiene que estar dotado con:

— Dos camillas, una será especial para atender enfermos de medicina y otra que será radioopaca para enfermos politraumatizados.

— Dos aparatos de anestesia para ventilación manual, con toma de oxígeno, y óxido nitroso.

— Dos monitores que dispongan de desfibrilador y con posibilidad de incorporar un marcapasos externo, que a la vez nos sirvan como carros de reanimación cardiopulmonar.

— Dos tomas de vacío para aspiración.

— Dos tomas de oxígeno, que no sean las del aparato de anestesia, para ventilación manual.

— Una dotación de tres botellas de oxígeno transportables.

Equipamiento material sanitario

— En el carro de anestesia tendremos el material necesario para la intubación: Ambu conectado a toma de oxígeno, laringoscopio con pala de intubación, fiadores de varios tamaños, tubos

endotraqueales de diversos tamaños, cánulas de traqueotomía.

— El equipamiento del carro de reanimación cardiopulmonar tendrá lo necesario para realizar la reanimación: tubos endotraqueales, marcapasos transcutáneo externo y sus electrodos, fiadores de diferente tamaño, pasta conductora.

— El equipamiento que habrá fuera de estos carros será el siguiente: cajas de toracotomia, canulación y traqueotomía, paquetes con instrumental, mosquitos, portaagujas, pinzas de Kocher, pinzas de disección. Tendremos que tener peticiones de pruebas urgentes, pleur-evac, tubos torácicos de diferentes calibres, equipo de lavado peritoneal, equipo de sondaje y material de enfermeria de cualquier unidad del Hospital.

Una cosa muy importante será la manera de avisar a los facultativos correspondiente en caso de una urgencia. La manera más rápida y creo que más segura es por medio de luces acompañado de timbre, ejemplo: tres luces, roja, amarilla, verde; al toque y encendido de la luz roja acudirán los médicos internistas y de reanimación; esta luz nos indica que la urgencia es de etiología médica, parada cardiaca, intoxicación, etc. Si la luz que se enciende es la verde acudirán los cirujanos, la urgencia será de etiología quirúrgica, traumatismo costal, heridas graves por arma blanca, arma de fuego, etc. Si la luz encendida es la amarilla acudirán los traumatólogos; la urgencia será traumática, fracturas abiertas, amputaciones, etc.

El cuarto debe ser revisado y repuesto. De esto estará encargada la enfermera a cargo del cuarto y la auxiliar. La revisión y reposición se efectuará a diario y en cada turno, así como cada vez que se use el cuarto, reponiendo lo que se necesite. Revisando las balas de oxígeno, los manómetros de los oxígenos y el buen funcionamiento de todos los aparatos.

Urgencias tratadas en el cuarto de Shock

Reanimación en la parada cardio-respiratoria

Origen cardiaco: arritmias; I. A. M.

Origen extracardiaco: hiposia; hipovolemia; electrocución; anafilaxia; hipotermia; acción farmacológica.

Es la interrupción súbita e inesperada del latido del corazón y la ineficaz circulación, debido a que el corazón no bombea la sangre.

Personal necesario: un médico encargado del masaje; un médico encargado de la ventilación; dos enfermeras encargadas de la canalización de vías necesarias, medición de signos vitales, registro de gráficos; una auxiliar de enfermería encargada de facilitar el material necesario.

Todo este personal estará mandado por una sola persona de las presentes y todos deberán conocer su misión específica, se evitará la presencia de más personal innecesario.

Actuación: el primer paso será confirmar el paro, actuar con rapidez para evitar la hipoxia cerebral, realizando maniobras de reanimación cardio-pulmonar, restaurar función cardiaca y respiración espontánea; se debe evitar en lo posible las lesiones costales, rotura de piezas dentarias o quemaduras.

Garantizar una buena reanimación y distribuir las tareas entre todo el equipo para conseguir una actuación efectiva coordinada y tranquila.

Actividades prioritarias:

Pulsar botón y timbre rojo para avisar a internistas (según el sistema que se tenga).

1. Colocar al paciente sobre una superficie dura en decúbito supino.

2. Permeabilidad de la vía aérea: retirar todo lo que pueda haber en la boca, como prótesis dentarias, restos de comida; después debemos aspirar la cavidad bucal por si hubiera vómitos, secreciones o sangre.

Colocar la cabeza en hiperextensión, comprobar que la lengua no obstruya la hipofaringe. (Tendremos muy en cuenta para realizar esta maniobra si el enfermo es un politraumatizado o ahorcado, pues siendo así no podríamos producir lesiones irreversibles, incluso mortales. En estos caso alinearemos la cabeza con cuello y torax manteniendo una posición neutra y mantenimiento la boca abierta.)

3. Ventilación, se comprobará la permeabilidad de la vía aérea si el enfermo no respira se efectuará las maniobras de respiración artificial. Primero se colocará la mascarilla rodeando la boca y la nariz, se presionará sobre la porción nasal con el dedo pulgar y con el dedo índice sobre

el mentón con el resto de los dedos mantendremos la retracción de la mandíbula, con la otra mano se presionara la bolsa del ambu que irá conectado a la toma de oxígeno.

4. Restablecimiento de la función cardiaca: primero monitorizamos al enfermo, si no lo estaba ya; comprobada la asistolia se iniciará el masaje cardiaco. En todo este proceso se comprobará la eficacia del masaje, mediante palpación de pulsos femorales y carotideo. Toda esta maniobra se realizará hasta que tenga pulso espontáneo o interrumpirla cuando su aplicación no sea eficaz.

5. Control de la eficacia, comprobando la respiración espontánea, mejoría en la coloración de la piel y mucosas, presencia de pulsos en arterias de gran calibre y recuperación de la conciencia.

Algunas veces todas estas maniobras no dan su fruto, por lo cual hay que efectuar una desfibrilación. La desfibrilación consiste en la aplicación de un choque eléctrico de una determinada potencia, cuyo objetivo es recuperar la función cardiaca. La manera de actuar con el desfibrilador es la siguiente: primero, verificar que el desfibrilador esté conectado a la red eléctrica, pulsando el botón de encendido; una vez hecho esto se programa la carga deseada (en adultos se debe comenzar con 200 J y en niños de 1 a 2J/kg). Se aplicará una pasta conductora que también evitará que quememos la piel del enfermo, se pulsará el botón de carga, se limpiará el tórax del enfermo, se pondrá las palas en tórax del enfermo ejerciendo una ligera presión, una pala se situará a la derecha del esternón, entre el 2.º y 3.er espacioo intercostal; la otra pala la situaremos en el 5.º espacio intercostal en la línea media izquierda. Una vez situadas las palas avisaremos al personal para que se retire del enfermo, comprobando que no existan superficies húmedas, aplicaremos la descarga apretando los dos botones de las palas a la vez. Una vez realizado se examinará la respuesta del enfermo al choque recogiendo registros gráficos con fecha y hora y descarga eléctrica aplicada. Se repetirá todo el proceso si fuera preciso aplicar un nuevo choque.

Pacientes con intoxicaciones por drogas

La definición es la de individuo que ingresa con un cuadro de sobredosificación de sustancias tóxicas por vía parenteral o inhalatoria. Puede ir asociado a una intoxicación medicamentosa por vía oral.

Los objetivos son los de restablecer la función respiratoria normal y recuperar el nivel de conciencia.

Actuación: pulsar botón rojo para avisar a internistas (según el sistema de llamada que se tenga). Colocar al enfermo sobre una camilla en posición de decúbito supino manteniendo girada la cabeza sobre uno de sus lados, asegurando la permiabilidad de las vías respiratorias y administrando oxígeno si hiciera falta. Seguidamente se canalizará una vía venosa para la administración de antídotos (el antídoto será prescrito por el médico según la sospecha del tipo de intoxicación), se monitorizará al enfermo, se medirán signos vitales, cogeremos tomas de sangre para confirmar el tipo de tóxico causante. Se le colocará sonda nasogástrica ante la duda de que la intoxicación sea por vía digestiva y para prevenir broncoaspiraciones, se realizará sondaje vesical según el estado del enfermo para controlar diuresis, se registrarán todos los pasos dados con el enfermo.

(Nota.—Deberemos de tener especial cuidado al desnudar al enfermo, pues pueden venir con agujas u objetos punzantes, todas las maniobras las realizaremos con protección, como guantes, mascarillas, etc.

Heridas de gran riesgo

Las heridas son lesiones traumáticas que producen pérdida de continuidad en la piel y tejidos, presentan tres síntomas: dolor, hemorragia y separación de los bordes.

Denominamos heridas de gran riesgo, por su extensión (destrucción muscular, vascular...) o por cuerpos extraños (tierra, cuerpos metálicos...) o por su localización, requieren una intervención rápida y son consideradas graves por poner en peligro la vida del enfermo.

Las causas más frecuentes que causan heridas de gran riesgo son: arma de fuego, metralla, arma blanca, asta de toro, accidentes industriales, accidentes de tráfico, empalamientos.

Los objetivos a cumplir son los de detener la hemorragia, mantener hemodinámicamente estable al enfermo, calmar el dolor, prevenir la posible infección, identificar y prevenir posibles secuelas.

La asistencia será inmediata, por lo cual pulsaremos el timbre verde para avisar a los cirujanos (según la técnica que se tenga), se colocará al paciente en la posición adecuada según la herida que sufra, siempre manteniendo una buena permeabilidad de la vía aérea.

Se administrará oxígeno si lo precisara. Canalizaremos dos vías venosas para reponer volemia y prevenir shock hipovolémico. Tomaremos signos vitales y monitorización cardiaca, vigilaremos estado general y nivel de conciencia. Siempre se debe de impedir, en el caso de que se vea el agente agresor (objeto punzante, bala...) la extracción o manipulación del mismo.

En heridas penetrantes torácicas o abdominales con hemorragias leves, taponar los orificios con apósitos impregnados en vaselina estéril, para evitar la entrada de aire. Tendremos siempre que detener la hemorragia y siempre mediante la técnica de compresión y no con torniquetes, más usado en el traslado del enfermo al hospital.

NO COMPRIMIR si existe objeto punzante o si la herida es en globo ocular.

Limpiaremos la herida con suero, cubriremos las heridas con compresas estériles impregnadas en solución antiséptica; si existieran fracturas inmovilizaremos el miembro; después de cubrir la herida, tendremos que buscar si tiene orificio de salida en heridas producidas por arma de fuego. Se administrará profilaxis antibiótica y antitetánica y analgesia prescritas. Registraremos todas las maniobras efectuadas, así como todo lo observado en cuanto a la herida y signos vitales del enfermo.

Paciente politraumatizado

El paciente politraumatizado es un individuo que de manera accidental sufre un traumatismo que le puede ocasionar alteraciones en sus constantes vitales por la afectación de partes óseas, blandas y viscerales.

Los objetivos son: valorar sus signos vitales, establecer las prioridades de asistencia urgente, detectar la existencia de fracturas óseas, viscerales y posibles hemorragias.

En la asistencia tenemos que procurar no producir más daño del que trae el enfermo.

El primer tratamiento será sobre sus urgencias vitales, respiración y circulación.

Las actividades serán: pulsar timbre amarillo y verde para avisar a traumatólogos y cirujanos (según el sistema que se tenga).

En primer lugar pasaremos al enfermo a la camilla de politraumas en bandeja un mínimo de tres personas.

Mantendremos la permeabilidad de las vías aéreas. En el caso de que el accidentado sea un motorista no se le quitará el casco hasta la valoración médica.

Mantener un buen estado circulatorio canalizando un vía venosa. Desnudar al enfermo utilizando tijeras para evitar movilizar al paciente. Monitorizar frecuencia cardiaca. Valorar el nivel de conciencia y efectuar examen pupilar. Se sondará al enfermo vesicalmente (siempre que no se sospeche una rotura vesical) y nasogástrica si está indicado.

Reconoceremos al paciente desde la cabeza a los pies para ver traumatismos, contusiones, edemas..., etc. Comparar pulsos, tensión arterial y color de la piel. Inmovilizar las posibles fracturas. Cubrir las heridas con apósitos impregnando en povidona yodada. Preparar al enfermo para el traslado a Rx, TAC o quirófano.

Grandes quemaduras

Lesiones locales en los tejidos como consecuencia de alteraciones térmicas, por agentes físicos, químicos o biológicos.

Los agentes físicos pueden ser temperatura, electricidad, radiaciones. Los agentes químicos, caústicos o agentes biológicos, insectos, aguas vivas, peces eléctricos. Las quemaduras las podemos clasificar por su profundidad: 1.er grado, eritema; 2.° grado, flictema; 3.er grado, necrosis y carbonizado.

Según su localización, el asentamiento de la quemadura es muy importante para su pronóstico y tratamiento.

Según extensión, se denomina regla de los nueves; se aplica para evaluar la extensión aproximada de las quemaduras: 9

por 100 para la cabeza, 18 por 100 para el tronco posterior y anterior, 9 por 100 para miembros superiores, 9 por 100 para miembros inferiores. Podemos definir gran quemadura a las quemaduras que afecten a más de un 25 por 100 de la superficie corporal, que sean de segundo grado y afecte a más de un 20 por 100 y que sean de tercer grado y que afecte a más de un 10 por 100, que afecten a cara, manos pies o periné, así como a quemaduras eléctricas de alto voltaje. Los objetivos de los cuidados serán: estabilizar y manejar al paciente, valorar la extensión y gravedad de la quemadura, establecer prioridades de estabilización, aplicar los métodos de tratamiento.

Las actividades serán la de pulsar el timbre verde para avisar a cirujanos (según método que tengamos).

Colocar al enfermo en posición de decúbito supino, cabeza ladeada, asegurando permeabilidad de las vías respiratorias, administrando oxígeno si fuera necesario. Retirar las ropas con mucha suavidad con tijeras, además de joyas y prótesis y eliminar residuos, si los hubiera, en la zona quemada.

El personal se vestirá con ropas estériles; una vez vestidos estérilmente se trasladará al enfermo a otra camilla con sábanas estériles. Canalizar vías venosas, medir signos vitales, vigilar el estado y nivel de conciencia, se realizará electrocardiograma si la quemadura es de origen eléctrico para detectar posibles alteraciones del ritmo cardiaco, instaurar sondaje vesical, administrar medicación prescrita.

En quemaduras por fuego vigilar la función respiratoria, pues se puede producir edema pulmonar.

Cubrir las zonas afectadas con compresas estériles secas; si la quemadura se produce en los dedos, los vendaremos por separado para evitar la adhesión. Si existen fracturas óseas inmovilizaremos después de cubrir la quemadura.

Atención a la posibilidad de que la quemadura sea en un miembro y lo rodee. Esto puede dificultar la circulación, debido al edema que comprime los vasos, será necesario realizar una escaratomia urgente (incisiones que permitan la perfusión vascular).

Evitar las corrientes de aire en el lugar de asistencia.

Traslado interno

Objetivo: completar el tratamiento médico o quirúrgico por necesidades específicas.

Se trasladará al enfermo con la orden médica, asegurándose de que el paciente y la familia están informados.

Se tendrá que asegurar la cama con la unidad donde se traslade al enfermo, informando al servicio de admisión de enfermos. Prepararemos todo el historial del enfermo, donde irá todo lo realizado en el cuarto, revisando sueros, apósitos, etc. El traslado del enfermo lo realizaremos según la urgencia el médico, enfermera, auxiliar y sanitario.

Exitus

El objetivo será el traslado al servicio de anatomía patológica o morge.

Asegurarse de que la familia está informada; en caso de existir parte judicial, avisar al servicio de admisión y ver la normativa establecida.

Comprobar que el difunto esté correctamente identificado.

Se le quitarán todas las joyas y ropas que tenga (siempre que no sea muerte judicial, pues si es así se le dejará todo lo que en ese momento tenga). Se le retirará todos los catéteres y drenajes (en caso de que se realice necropsia no se quitarán, sino que se cortarán). Aseraremos al enfermo (si no es una muerte judicial, que lo dejaremos tal cual esté). Lo colocaremos en decúbito supino evitando la hiperextensión cervical con una almohada, lo cubriremos con una sábana dejando al descubierto la cabeza.

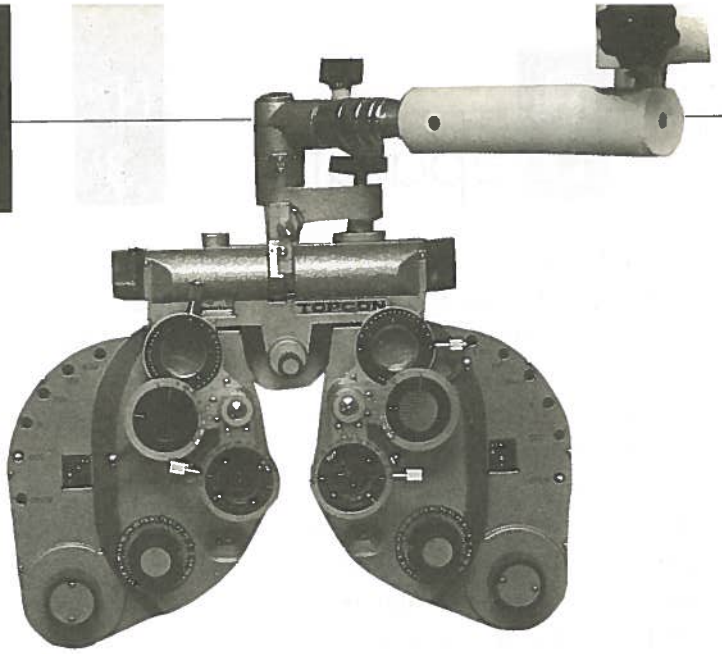
Por último le colocaremos la tarjeta de identificación en el pie izquierdo.

BIBLIOGRAFIA

Protocolos de enfermería, dirección de la obra C. Netzel, enfermera. Ediciones Doyma, Barcelona, 1988.

Medicina de urgencias, direc ción de la obra doctor H. Gardiner-Hill. Editorial Marín, S. A., Barcelona, 1986.

Protocolos de urgencias, Departamento de Formación Continuada, Hospital Provincial Gregorio Marañón, Madrid, 1992.



LA MIOPIA

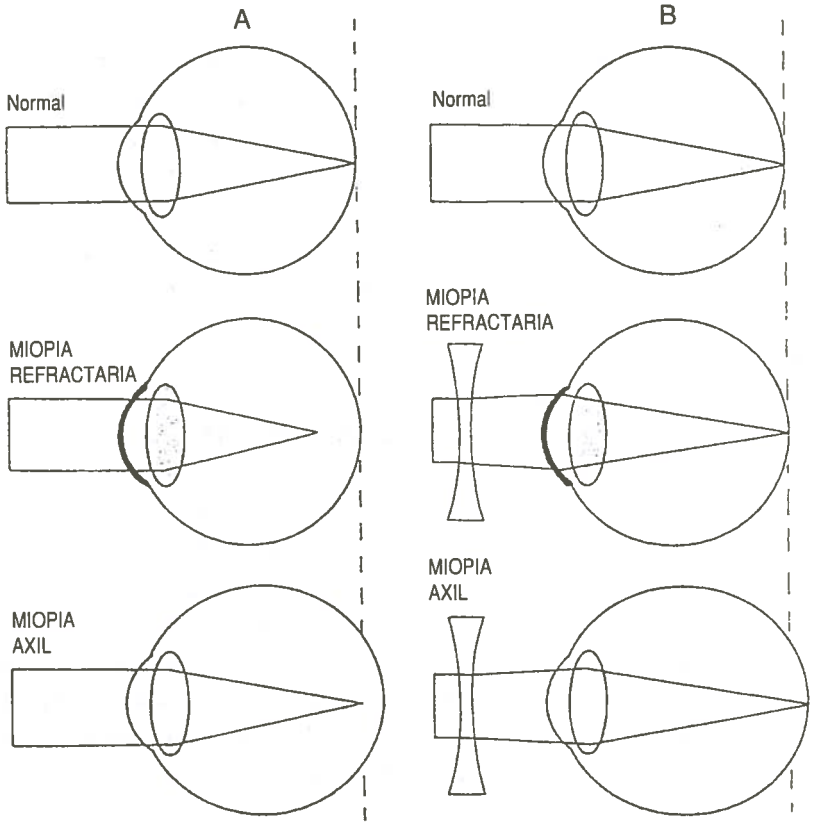
M.ª Angeles Mateo Bailón

La miopía es una de las dolencias oculares que afectan a un elevado porcentaje de personas de cualquier edad y sexo. A pesar de haber numerosos procedimientos ópticos, médicos y de cirugía para corregir la miopía no existe ningún tratamiento capaz de curarla e impedir su progreso. Hasta el presente, sólo se pueden compensar los defectos mediante una corrección óptica y/o con la cirugía, puesto que los medicamentos no son efectivos.

EL OJO NORMAL

El ojo humano es una estructura compleja de sorprendente perfección, permite ver con nitidez la belleza del mundo exterior. Percibe las imágenes de los objetos y los proyecta hasta el cerebro, donde se realiza la verdadera visualización en estéreo.

El ojo normal es un órgano en forma de esfera cuyo tamaño varía con la edad. En el adulto mide 24 mm y es generalmente algo mayor en los miopes.



A. Representación esquemática de un ojo normal, uno con miopía refractiva y otro con miopía axil. B. Corrección de la miopía mediante cristales cóncavos.

GENERALIDADES DE LA MIOPIA

En la miopía las imágenes se forman delante de la retina, dando así una visión incierta, esto es debido a un aumento de la capacidad de refracción de los medios, o con mayor frecuencia, a un aumento del eje anteroposterior, es decir, un alargamiento ocular, dando lugar a la miopía refractiva y axil respectivamente.

1.—Miopía refractiva.

El tamaño del ojo es normal pero las curvaturas o índice de refracción de la córnea o el cristalino, están incrementados.

2.—Miopía axil.

La córnea, el cristalino y el poder de refracción del ojo son

normales, pero el diámetro antero-posterior del, ojo está alargado. En ocasiones también se denomina «vista corta» pues las personas con dicho defecto, ven bien los objetos próximos, aunque presentan dificultades para la visión lejana, al ojo miope le resulta imposible compensar el excesivo poder de refracción, por lo que no puede ver correctamente a distancia.

Para ver de cerca se necesita mayor poder de refracción y por eso los miopes ven bien de cerca (según la cantidad de miopía) sin la ayuda de acomodación.

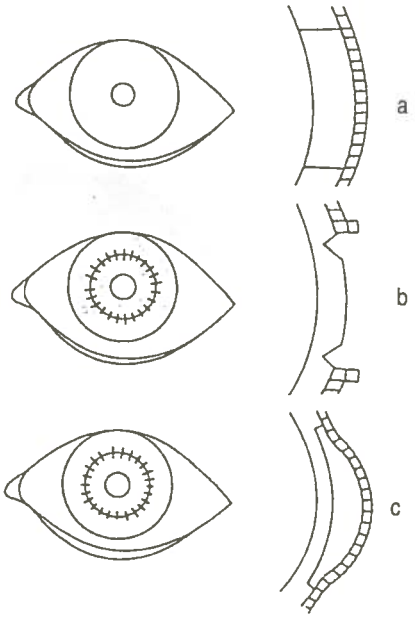
Los pacientes miopes, aunque tengan muy pocas dioptrías, ven mal los objetos lejanos. Por ejemplo, un miope con tres dioptrías, cuyas lentes son muy finas es incapaz de reconocer la matrícula de un coche a seis metros.

El desarrollo de la miopía no se modifica de forma significativa con el empleo o no de los ojos.

En estadísticas realizadas recientemente, la población que más se ve afectada por la miopía, es la japonesa, con unos intervalos entre 22 y 24%, y en los Estados Unidos prevalece la miopía en un 25% de los blancos y en sólo un 13 % de los negros. Afecta más a los hombres, especialmente cuando es mayor de 8 dioptrías, pero la de mayores dioptrías aparece en las mujeres.

ETIOLOGIA

Las naturaleza de la miopía es desconocida, se relaciona con la acomodación especialmente para trabajos de visión próxima. La presión de los músculos al realizar una convergencia fuerte y el aumento de fluido intraocular favorecen la distensión ocular y su alargamiento.



Epiqueratofaquia. a) El ojo antes de la intervención. b) Se elimina el epitelio y se delimita la zona receptora. c) El epitelio cubre el lentículo colocado sobre la córnea.

SINTOMATOLOGIA

El único síntoma del ojo miope es la deficiencia de visión. Solamente de forma escepcional produce molestias, dolores o fatiga, relacionada con el uso del ojo.

Las cefaleas relacionadas con la miopía no son frecuentes. Los miopes tienden a poner ceño para ver mejor.

TIPOS DE MIOPIAS

Hay dos tipos de miopía, la miopía simple y la degenerativa.

1.—Miopía simple.

No presenta alteraciones degenerativas del globo ocular, también denominada miopía leve o escolar,

Se inicia en los primeros años de vida escolar, evoluciona durante la adolescencia y suele requerir un ajuste de cristales con un ligero aumento de la miopía, cada uno o dos años. Se estabiliza hacia los 20 años de edad coincidiendo con el desarrollo corporal. No suele superar las 5 dioptrías. A nivel pedagógico se considera miopía moderada cuando alcanza entre 5 y 12 dioptrías y elevada, cuando sobrepasa dichas cifras.

2.—Miopía degenerativa o magna.

En este tipo de miopía además del defecto de refracción, existen alteraciones de las estructuras oculares, por tanto, la distinción entre miopía simple y degenerativa no depende del número de dioptrías sino de la apariencia del fondo del ojo. Existen miopías de elevada correción (entre 6 y 10 dioptrías) sin degeneración, aunque por lo general la miopía degenerativa suele precisar mayor graduación que la simple y puede llegar a alcanzar valores de hasta 20 ó 30.

La miopía degenerativa es menos frecuente que la simple y se inicia también en la infancia. Tiene características raciales y se transmite de forma recesiva mediante un factor hereditario, aunque todavía no se ha aislado el gen responsable de ella. El término de miopía progresiva es sinónimo de miopía degenerativa, también denominado miopía maligna.

¿COMO SE CORRIGE LA MIOPIA?

La miopía se puede corregir por diferentes métodos.

1.—Métodos ópticos.

Estos métodos son a través del uso de gafas y lentillas o lentes de contacto.

Las gafas que se utilizan para corregir la miopía son gafas correctoras con cristales cóncavos, son de potencia negativa y disminuyen o alejan las imágenes, los ojos aparecen unidos, aunque este efecto óptico debido a los cristales, desaparece al dejar de llevar la correción o llevar lentes de contacto. Como las miopías suelen ser causa de angustia o insatisfacción, especialmente en pacientes jóvenes, por considerarla una limitación personal y por razones de estética, en muchos de estos casos el uso de lentillas es una solución satisfactoria, según varios estudios, la miopía aumenta menos con lentillas 0,10 dioptrías por año y con gafas 0,35.

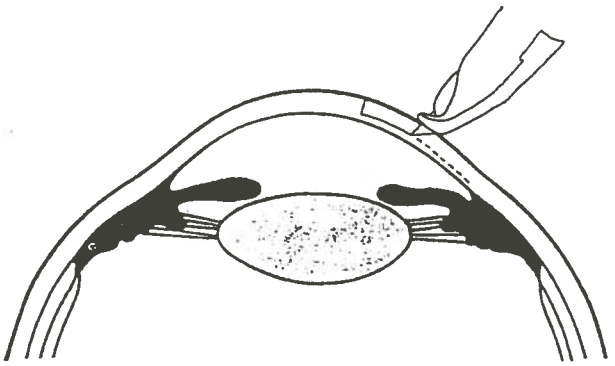
2.—Métodos médicos.

1.—Ejercicios.

Se suelen emplear el entrenamiento convencional y el retrocontrol. Con el primero no se ha conseguido disminuir la miopía. Más recientemente se ha propuesto el empleo del retrocontrol mediante un aparato especial, aunque, según opiniones, tampoco se ha demostrado su efectividad.

2.—Medicaciones.

Las dietas y vitaminas, ampliamente empleadas, no son efectivas, no curan ni paran la miopía.



Con los cortes radiados, se aplana la córnea y se reduce la miopía.

3.—Cirugía de la miopía.

Debido a que los procedimientos ópticos y médicos no han demostrado su efectividad para disminuir o controlar el progreso de la miopía, se ha depositado gran esperanza en la cirugía, que ha recobrado gran interés en los últimos años. Con ello se reduce la cantidad de miopía y en ocasiones se obtienen resultados verdaderamente espectaculares, pero tienen también inconvenientes, ya que la mayor parte de las veces la cirugía se realiza en la córnea, es decir, no se opera sobre la parte enferma causante de dicha miopía, sino sobre partes sanas, con objeto de obtener el efecto deseado, por lo que muchos oftalmólogos no están del todo a su favor, ya que no está indicada de forma totalmente objetiva.

CONSEJOS PARA PACIENTES CON MIOPIA

— Mantener una buena relación entre el oftalmólogo y el enfermo, ya que es uno de los principales factores condicionantes del éxito y el fracaso de muchos tratamientos.

— Cumplir todas las recomendaciones del médico, ya que los pacientes con enfermedades crónicas las cumplen menos debido a que requieren medicaciones de larga duración.

— El oftalmólogo debe valorar en cada caso particular la indicación de la cirugía y debe avisar de las ventajas e inconvenientes. Hoy en día la cirugía en la córnea con el láser Exceimer está dando excelentes resultados y se muestra muy esperanzadora para un futuro próximo cercano.

— El uso prolongado de lentes de contacto debe requerir atención médica frecuente.

BIBLIOGRAFIA

Conozca y cuide sus ojos.
Alfredo Muiños. Sergio Bonafonte.
Editorial LABOR, S. A. Barcelona, 1992.

Salud y vitalidad. Cómo prevenir y tratar los trastornos de la vista.
Dr, H. G. Schmidt.
Editorial ELFOS. Barcelona, 1993.

ALGO NO FUNCIONA

Hay algo en este país que no funciona como debiera y ese algo se llama Sistema Público de Salud y esto aparece constatado en las denuncias que al Defensor del Pueblo han hecho llegar cientos de usuarios del Sistema Público de Salud.

Las quejas, como en Botica, son de todo tipo: por falta de atención, por masificación, por haber tenido que esperar varios meses (años en algunos casos) para poder acudir a realizarse determinada diagnósis, etc... y eso denota que algo no funciona bien, o al menos como debiera.

Un Sistema Sanitario Público debería ser sinónimo de igualitario y en el momento en que hay listas de espera para determinadas patologías, en que a un paciente no se le puede ingresar por falta de camas o la espera en las Urgencias se hace eterna, deja de ser público para pasar a ser elitista.

Elitista porque no todos los pacientes sufren la masificación o las listas de espera en la misma medida ya que hay centros en los que éstas sólo son contables (se eliminan en pocos días) mientras que en otras se cronifican y eternizan.

La Sanidad Pública actual también es discriminatoria, no en cuanto a sexo, sino en cuanto a lugar de residencia ya que los usuarios/clientes de las zonas rurales, pequeñas poblaciones o ciudades con un volumen de ciudadanos inferior a la media nacional deben sufrir en la salud la inoperancia de los gestores sanitarios (entiéndase ministerio de Sanidad) al reducir en los hospitales «provincianos» el aparataje de última generación necesario para llevar a cabo determinadas pruebas (que casi siempre son vitales para salvar la salud), las operaciones que pueden realizarse, etc.

Hoy día no disfruta de la misma Sanidad Pública, aunque la Constitución española lo afirme, un ciudadano de Madrid que otra de una región más deprimida (La Rioja, Salamanca, Segovia, Cuenca,...) ya que los dirigentes sanitarios españoles creen que a mayor número de habitantes (Madrid, Barcelona, Bilbao o Sevilla) mayor necesidad de tecnología y, por lo tanto, mayores inversiones.

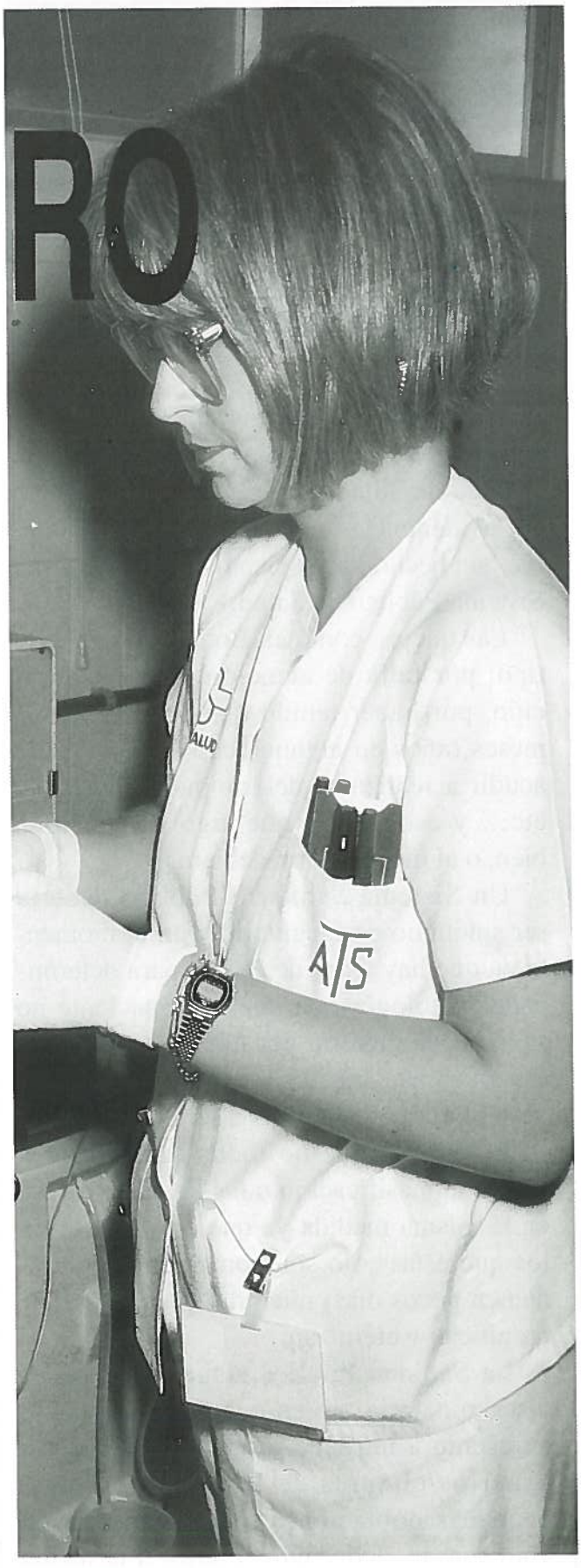
De esta forma se crea la tan nombrada, y temida, Sanidad de primera y de segunda. La de primera en regiones ricas, con un volumen de población importante y donde los votos se contabilizan por millones.

Y todas estas afirmaciones se recogen en la memoria anual del Defensor del Pueblo que con los primeros rigores del verano aparece puntualmente. Esta máxima institución del Estado, en cuanto a protección de los españoles, recoge en casi medio millar de páginas denuncias anónimas de usuarios/clientes que no están contentos con la Sanidad que les ofrece nuestro Estado de Derecho y exigen, de igual forma que Hacienda nos exige el dinero al llegar mayo, la posibilidad de escoger libremente médico (la ley lo dice pero el Defensor del Pueblo ha constatado que esto no es así en todos los casos), a no tener que "padecer" una enfermedad grave o terminal para que se lleve a cabo una prueba diagnóstica o a disponer de una cama digna donde ser atendido en caso de enfermedad.

JUAN JOSÉ P. FALERO

REINTEGRO

AL SERVICIO ACTIVO DEL PERSONAL EN SITUACION DE EXCEDENCIA SIN RESERVA DE PLAZA



Ángel Hernández Martín

El sistema de reingreso definitivo del personal en situación de excedencia que no tuviera reserva de plaza viene regulado en el Real Decreto 118/91, de 25 de enero, sobre *Selección de personal estatutario y provisión de plazas en las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social.* Éste dispone que se establecerá un sistema de reingreso provisional hasta la convocatoria del concurso de traslado en la que deberá participar el interesado para su reingreso definitivo.

El reingreso provisional se produce «por adscripción a una plaza de la correspondiente categoría y especialidad, con ocasión de vacante», considerándose vacantes las «plazas básicas de la categoría desempeñadas por personal temporal». Sin embargo, esta escueta regulación de una cuestión tan importante, plantea diferentes problemas interpretativos.

En primer lugar, la norma no establece nada respecto a cuando se puede solicitar el reingreso provisional pero su ubicación en el párrafo siguiente a la regulación del reingreso definitivo y el empleo de la palabra «asimismo» llevan a afirmar que el momento en que podrá solicitarse el reingreso provisional es cuando se reúnan los requisitos para el reingreso definitivo, establecidos en los artículos 16 y 17 del Real Decreto 118/91.

En relación con la existencia de vacantes la norma considera tres supuestos de vacante: la plaza sin propietario por haber cesado el titular, la plaza de nueva creación y cualquier plaza básica de la correspondiente categoría desempeñada por personal temporal. Por ello, el primer requisito para entender que existe vacante a efectos de reingreso provisional es que se produzca identidad de categoría entre la plaza originaria del excedente y la vacante y el segundo requisito que se trate de plaza vacante en su sentido técnico o no se trate de plaza ocupada por personal temporal, entendiendo por tal tanto el eventual por circunstancias excepcionales como el interino.

Más difícil es entender como vacante las plazas ocupadas por personal en situación especial en activo pues en este caso se trata de ocupación temporal pero por personal con plaza en propiedad y la norma parece que vincula la mención temporal a la condición del personal, en contraposición a fijo, y no a la condición de la vacante. Por tanto, resulta razonable entender que las vacantes ocupadas temporalmente por personal con plaza en propiedad en situación especial en activo no pueden considerarse vacante a efecto de reingreso provisional de excedencia. Esta afirmación viene reforzada por el hecho de que la declaración de situación especial en activo es decisión de la Institución no sólo por razones de urgencia, sino también por razones especiales.

La norma exige que quien desempeñe plaza con destino provisional participe en el inmediato concurso de traslados, obligando a solicitar todas las vacantes convocadas en el área de salud, para poder optar a un nuevo destino provisional en las nuevas vacantes que se produzcan, en caso de no obtener plaza definitiva. El incumplimiento de dichos requisitos supondría la extinción del destino provisional y de cualquier derecho sobre nueva excedencia o posterior reingreso provisional.

Tampoco la norma específica nada sobre el plazo para la concesión del reingreso por lo que es objeto de interpretación judicial. Si la readmisión está condicionada a la existencia de vacante y la necesaria solicitud, deberá entenderse que la vacante debe producirse con carácter inmediato cuando se den dichos requisitos. No obstante algunas circunstancias hacen razonable un breve plazo para que el derecho se haga efectivo como son las cautelas que impone la necesidad de acto administrativo de readmisión, su notificación al solicitante y la complejidad burocrática de la Administración.

Dos argumentos más refuerzan el carácter inmediato de la readmisión cuando exista vacante: el primero, para el supuesto de alta médica de invalidez provisional es la desprotección social en que se encuentra el minusválido rehabilitado al no

estar previstas ni prestaciones ni subsidio de desempleo, el segundo, es la preferencia absoluto del trabajador rehabilitado a ocupar plaza vacante en la empresa en que prestaba sus servicios con anterioridad a la situación invalidante, no condicionado a ningún otro requisito.

Solicitud de reingreso

El Real Decreto 118/91 derogó expresamente el artículo 44 del Estatuto del Personal Sanitario que facultaba al excedente para solicitar el reingreso en la misma localidad donde inició la situación de excedencia o en otra distinta. En este sentido, la nueva regulación del reingreso definitivo, mediante la participación en el concurso de traslados permite la obtención de plaza en cualquier lugar, según la opción efectuada y puntuación de méritos obtenida. No es razonable establecer distintas posibilidades para el reingreso provisional pudiendo solicitarlo en la localidad de origen o en otra distinta, sin que ello perjudique posibles mejores derechos de otro personal pendiente de traslado pues el reingreso provisional debe participar obligatoriamente en los traslados definitivos y participan conjuntamente con el resto de personal.

Otra cuestión que plantea frecuentes dudas se relaciona con la solicitud de reingreso provisional en una o varias plazas vacantes concretas o si debe hacerse genérico a un área de salud. En este sentido, cabrían dos posibilidades: bien que el solicitante de reingreso elija la vacante que le interesa sin tener en cuenta, de existir varias, los derechos preferentes que puedan corresponder a los diferentes contratados, según la modalidad y antigüedad de sus contratos, o bien que la decisión corresponda a la institución con respecto a las preferencias de los contratados temporales entre sí.

En el caso de que exista pluralidad de solicitudes de reingreso provisional de varias personas y teniendo en cuenta que el reingreso provisional al tratarse de un derecho permanente, condicionado solamente a existencia de vacante que no requiere convocatoria ni plazos de participación, deberá procederse a las adscripciones por orden cronológico de solicitud

Esta segunda solución parece más correcta con el espíritu de la norma por lo que corresponderá al solicitante del reingreso determinar el área de salud que le interesa y a la institución la adscripción a plaza concreta vacante entre las que existan en el área solicitada, respetando los derechos preferentes de los distintos contratados en plazas vacantes.

Asimismo, nada prohíbe que una persona formule varias solicitudes de reingreso provisional en distintas áreas de salud o una sola especificando varias zonas básicas, correspondiéndole la adscrip-

ción en la primera vacante que se produzca en cualquiera de ellas y quedando sin efecto el resto pues concedida la readmisión provisional sólo procede su participación en el concurso de traslados para obtener destino definitivo.

En el caso de que exista pluralidad de solicitudes de reingreso provisional de varias personas y teniendo en cuenta que el reingreso provisional al tratarse de un derecho permanente, condicionado solamente a existencia de vacante que no requiere convocatoria ni plazos de participación, deberá procederse a las adscripciones por orden cronológico de solicitud. En el supuesto de coincidencia cronológica y si no consta hora de entrada de la solicitud la única forma de resolver la cuestión es mediante aplicación analógica de los baremos aplicables en el reingreso definitivo sujeto a concurso de traslados.

Demoras o denegación del reingreso

Si la adscripción a la plaza se demora sin motivos o si el reingreso provisional es denegado injustificadamente, bien por negación de existencia de vacante o bien por concesión a otro solicitante de reingreso provisional con peor derecho, debe resolverse por la jurisdicción social aplicando por analogía los criterios jurisprudenciales establecidos para la denegación de reingreso definitivo de excedentes cuando concurren los requisitos necesarios. Estos criterios admiten dos posibilidades:

No se establece ninguna limitación que impida que las vacantes destinadas a concurso de traslado puedan adjudicarse en reingreso provisional.

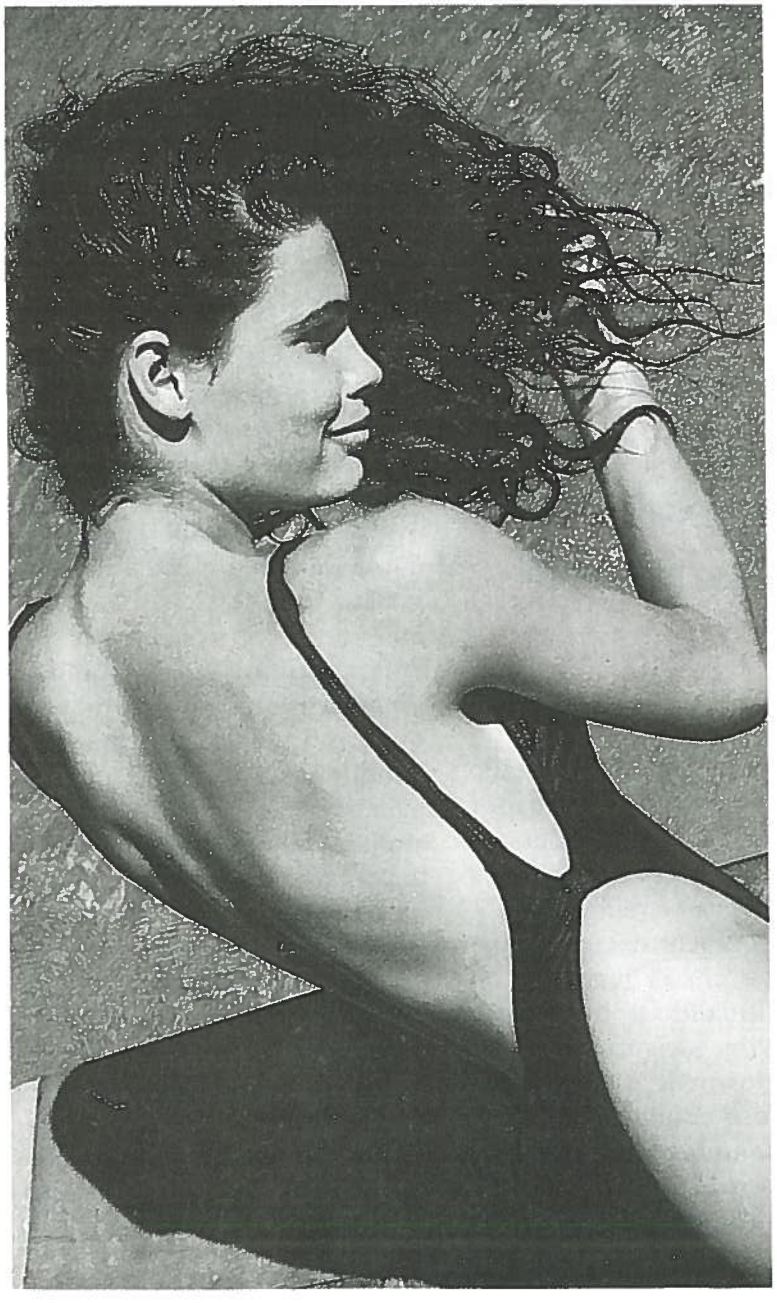
— la acción de despido con consecuencias de declaración de nulidad y condena de readmisión obligada y abono de los salarios de tramitación, si se acredita el derecho al reingreso.

— la acción exigiendo el reingreso y la indemnización de daños y perjuicios consistentes en los salarios dejados de percibir desde que debía efectuarse hasta que se produzca efectivamente y el reconocimiento de dicho tiempo a efectos de antigüedad.

Por último, no se establece ninguna limitación que impida que las vacantes destinadas a concurso de traslado puedan adjudicarse en reingreso provisional, pues la provisionalidad del mismo obliga a participar en el concurso de traslados. Excepcionalmente, en este caso, podría denegarse el reingreso si hubiera concluido el plazo para participar en el concurso de traslados, y deberá efectuarse el reingreso provisional en las plazas vacantes que resulten después de la adjudicación del concurso de traslados.

Entrevista

AL BUEN TIEMPO ¿BUENA CARA?

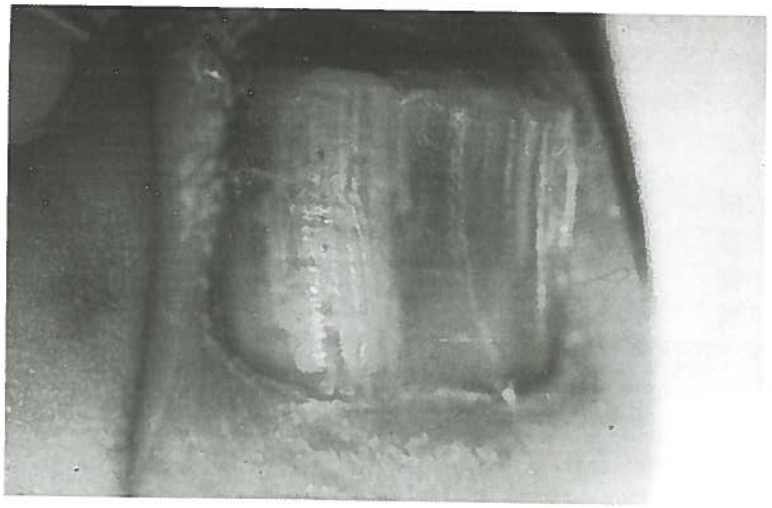


Estamos inmersos en el verano y aunque esta estación se dispute con la primavera el primer lugar de preferencia entre la mayor parte de la gente, pocas veces pensamos que el verano además de ser, en la mayoria de las ocasiones, sinónimo de descanso, vacaciones, ocio… puede serlo también de malestar, picores eccemas, hongos. En definitiva puede llegar a provocar determinadas enfermedades cutáneas que le cambian a cualquiera la buena cara.

El doctor Soto Melo, jefe del Servicio de Dermatología del hospital madrileño Gregorio Marañón manifiesta que «vivimos en un mundo inhóspito en el que recibimos agresiones por todas partes lo que nos obliga a tomar una decisión entre enfrentarnos a este mundo tomando determinadas precauciones o encerrarnos en una urna, lo cual resulta imposible».

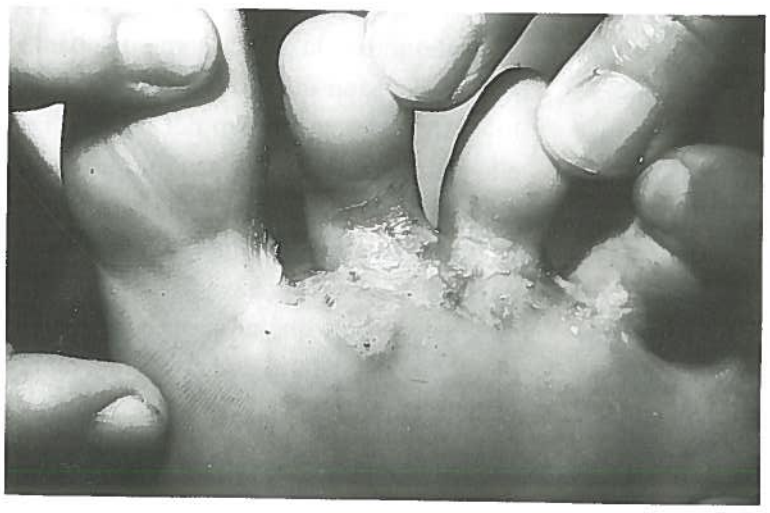
«En este sentido, queda claro que en verano estamos más propensos a desnudarnos y estamos expuestos a una serie de factores que nos afectan a la piel, el más fundamental de los cuales es el sol. Este es una fuente de riqueza pero a la vez es una fuente que si no se toma con un poco de precaución puede ser nocivo, pero en la actualidad hay una cultura en todas las clases sociales y todo el mundo sabe que hay que tomarlo con precauciones y en pequeñas dosis.»

Algunas afecciones han aumentado en los últimos años y se presentan en diferentes zonas.



«Lo malo del sol para la piel es quemarse. El pigmento de la piel, el bronceado, es como una sombrilla que te pusieras para protegerte contra el sol y esa sombrilla te protege del sol pero si se pasa de no tener pigmento a quemarse es cuando surgen los problemas cutáneos. Por ello, lo primero que hay que hacer como medida preventiva es no querer lo imposible, es decir, ponerte moreno en cinco días puesto que lo que se consigue es quemarse y se corre un riesgo innecesario. un color bronceado para la piel no es malo pero hay que conseguirlo poco a poco. De hecho es más probable que alguien que se quema una vez cada cinco años padezca algun tipo de melanoma que alguien que permanece siempre bronceado.

Los papilomas plantares son afecciones provocadas por la actuación de un virus.



Determinadas formas de cáncer cutáneo han aumentado de forma importante en los últimos años. «Eso no significa que el único agente causante del mismo sea el sol, o el deterioro progresivo que está sufriendo la capa de ozono, porque estamos viendo

personas que sufren melanomas y no han tomado nunca el sol. Se nos escapa el motivo de la incidencia que se ha observado últimamente en determinados tipos de cáncer cutáneo. Por ello, tampoco hay que llevar a cabo campañas prohibitivas en contra del sol porque no es éste el único causante de los melanomas, basta con tener ciertas precauciones», afirma el jefe del Servicio de Dermatología del hospital Gregorio Marañón.

Otra gran preocupación de la población en relación con la pigmentación de la piel son las radioraciones ultravioletas, los conocidos rayos UVA. La radiación ultravioleta es una parte del espectro electromagnético de radiación solar, además de los rayos D que son más quemadores y los A que son más pigmentógenos.

En opinión del doctor Soto Melo «la radiación ultravioleta como medida continuada para conseguir una piel bronceada no es aconsejable porque tiene unos efectos secundarios que, a la larga, pueden producir enfermedades en la piel que pueden derivar en diferentes tipos de cánceres. No obstante, puede ser válido para quien quiera ir bronceado a la playa, consiguiendo así el pigmento que le protegerá de las quemaduras.

Por otra parte, la radiación ultravioleta tiene una acción terapéutica y los dermatólogos la utilizan muy a menudo como tratamiento en algunos procesos cutáneos como es la soriasis.

Existen, además, otros problemas cutáneos específicos del verano como son los *papilomas plantares* que no son sino afecciones provocadas por la actuación de un virus y que se contagia por contactar con la superficie libre del pie en zonas contaminadas «porque los populares *hongos* de las piscinas, afirma Soto Melo, no son tan frecuentes como parece debido a la gran cantidad de desinfectantes que se utilizan en las piscinas y a la facilidad de su prevención con la utilidad de jabones específicos.»

La incidencia de estas enfermedades parasitarias depende fundamentalmente de niveles culturales y de factores específicamente personales como es la sudoración puesto que un mayor índice de sudoración puede favorecer una mayor parasitación.

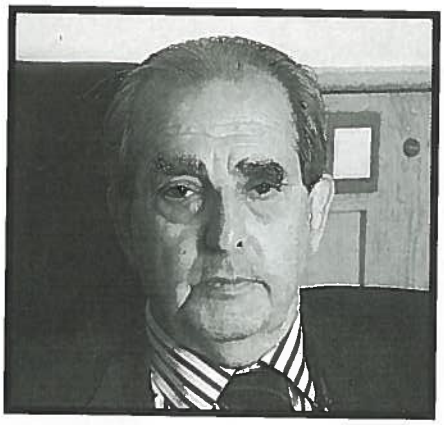
El doctor Soto Melo considera que en la última década ha disminuido considerablemente el porcentaje de parasitación debido fundamentalmente a la mayor información de la que dispone el usuario que la disponible hasta entonces.

En definitiva, la piel es como una pantalla de televisión que no hace sino reflejar lo que ocurre en el resto del cuerpo. Por ello para tener una piel sana no hay sino que mantener un cuerpo sano para lo que es imprescindible conjugar una buena alimentación y una higiene adecuada a través de geles neutros que no destruyan la capa de protección natural de la piel, una hidratación óptima, etc.

M. G. G.

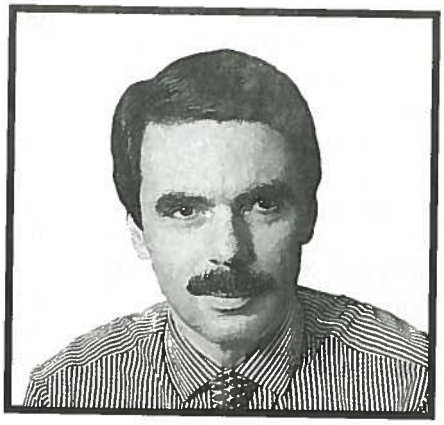
12 J

EL DIA DESPUES



Ya tenemos un ganador de las elecciones al Parlamento Europeo celebradas el pasado 12 de junio y las aguas, tras una turbia campaña electoral, vuelven a su fluir con su cadencioso y monótono sonar. Durante 15 días pudimos asistir a descalificaciones, ataques, cambios de partidos de última hora, pudimos oír citas de Franco, Azaña, Largo Caballero, etc. Hemos podido oír las diatribas de Matutes, Morán, Gasoliba, Puerta,... sobre la necesidad de articular un Parlamento fuerte que respalde a España dentro de la gran comunidad de europeos que es la Unión Europea.

La lástima es que nadie tuvo tiempo, el telediario y los periódicos mandan en estas fechas preelectorales, de explicarnos cuál sería la política sanitaria que los distintos partidos políticos o coaliciones aplicarán tras su desembarvo en Estrasburgo. Izquierda Uni-



da, con Alonso Puerta pegado a las faldas de Anguita, ni siquiera llevaba en su programa electoral la definición de como quería que fuese la nueva Europa, sanitariamente hablando. Para más explicaciones, sus dirigentes nos remiten al manifiesto electoral de las últimas elecciones generales donde se podrá recabar mayor información sobre el tema.

El PSOE prefirió hablar de lo que representa Europa para los españoles que entrar a debatir, ni siquiera lo abordó en el manifiesto electoral, los males sanitarios en los que estamos inmersos y la forma de abordarlos vía Estrasburgo.

Carles Gasoliba, número uno de Convergencia i Unió, fiel al papel que desempeña su jefe de filas a nivel estatal, Jordi Pujol, prefirió actuar como la oveja en el rebaño de lobos: primero pasar inadvertida en los primeros días de campaña y, más tarde, criticar los defectos del resto de programas. En el propio (que siempre se ve antes la paja en el ojo ajeno que la viga en el propio), se hablaba mucho de sanidad y Cataluña, dejándose entrever que lo que ocurra en el resto del Estado es marginal y poco relevante (la verdad sea dicha es que CiU obtiene la mayoría de sus votos en Cataluña).

Defender las instituciones catalanas, fomentar su desarrollo, buscar fórmulas de aproximación entre las grandes instituciones del feudo de CiU y de Europa son las líneas básicas en las que se centra el programa de las convergentes. Insolidario con España pero lógico con sus votantes y su carácter regionalista y catalanista.

Los *populares*, que abordaron estas elecciones europeas como un test para las generales, hablaron mucho de corrupción, de paro, de infidelidades socialistas, de enriquecimiento poco lícito, de todo menos de Sanidad (a pesar de que su portavoz en el Parlamento y en la dirección del PP, Enrique Fernández Miranda, procura dar siempre un toque sanitario a los discursos de sus colegas de filas).

La realidad es que tanto José María Aznar como Abel Matutes por el lado popular como Felipe González y Fernando Morán veían estas elecciones al Parlamento Europeo como una escaramuza preelectoral para medir fuerzas, atisbar posiciones y corregir errores. Más de uno, entre ellos la que escribe, hubiera suscrito el reparto de escaños. Nos habríamos ahorrado unos cuanto miles de millones de pesetas que podríamos haber empleado en la construcción de un par de hospitales, el dotar a alguno de más camas o, simplemente, para contratar más personal, que falta hace.

Elvira Vázquez

LA CITA ANUAL CON LA GRIPE DURARA UNOS SIGLOS MAS

Desde el año 430 antes de Cristo los seres humanos convivimos con el virus de la gripe y, al parecer este matrimonio durará todavía algunos siglos más, a juzgar por las expectativas de los científicos, debido a la variación antigénica de las tres estirpes descritas hasta ahora. En 1933 se aisló el primer tipo o virus A, posteriormente se descubrieron los tipos B y C, en 1957 y 1968 respectivamente. El virus de la gripe no es el más mortífero de los agentes pero esta gran variabilidad trae de cabeza a los virólogos desde aquel primer aislamiento de 1993. Contra el virus de la gripe, a diferencia de lo que ocurre con otros agentes infecciosos, no es posible provocar una inmunidad permanente porque los virus están continuamente variando y cada dos o tres años puede aparecer una nueva estirpe.

Los trabajos de investigación han tomado dos caminos. Por un lado, se avanza en el conocimiento del virus, de su estructura y sus interaciones con las células que infecta. Por otro, existe una amplia red de vigilancia epidemiológica en todo el mundo encargada de diagnosticar los posibles brotes de nuevas cepas virales con objeto de preparar cada temporada vacunas eficaces.

La única protección posible contra el virus de la gripe es la vacunación, por lo tanto es muy importante conocer qué componentes tienen en cada momento para poder conseguir la inmunización.

A la gran barrera de la variación antigénica se añaden dos obstáculos para poder erradicar este virus: Primero que resulta muy improbable encontrar partes estables del virus que permitan la producción de anticuerpos para combatirlo y además que este agente infeccioso se hospeda en el hombre, pero también en los animales y sería imposible vacunarlos a todos.

REGINA REVILLA CAMBIA FARMACIA POR AGRICULTURA

La que ha sido directora general de farmacia desde 1991, Regina Revilla, dejará el Ministerio de Sanidad para asumir el cargo de secretaria general de alimentación en el Ministerio de Agricultura. Aunque al cierre de esta edición el nombramiento todavía no era efectivo, Revilla se había despedido ya de sus colaboradores más cercanos.

Regina Revilla es uno de los tres directores generales que ha manifestado a la ministra su deseo de irse en los últimos meses, afectados por la descoordinación que ha reinado en Sanidad.

La directora general de Farmacia llegó a Sanidad de la mano de Julián García Valverde, para continuar posteriormente en el mismo puesto con José Antonio Griñán y Ángeles Amador. Durante su gestión se ha abordado la mayor reforma hasta ahora en materia de medicamentos. En julio de 1993 entró en vigor el decreto sobre financiación selectiva de medicamentos que, por primera vez, excluyó de la prestación sanitaria pública una lista de 800 fármacos. La función principal de la ley ha sido la separación en España del registro de medicamentos nuevos y su financiación por parte del Estado que hasta ese momento se hacía con todos de forma automática. Revilla dejará su departamento sin haber conseguido la rebaja del margen de beneficios de las farmacias, actualmente de un 29,9% sobre el precio de venta al público de los medicamentos. El Ministerio viene anunciado hace tiempo que lo llevará a cabo mediante un decreto ley.

Regina Revilla

FUNDACION PARA LOS AUXILIARES DE ENFERMERIA

El pasado 12 de abril el Boletín Oficial del Estado publicaba la constitución de la Fundación para la Formación de Auxiliares de Enfermería, FAE, y que se constituye para potenciar los aspectos formativos de este colectivo de profesionales para la realización de estudios y proyectos directamente relacionados con la sanidad y sus fórmulas de evolución y desarrollo, preparando a los profesionales sanitarios mediante la organización de cursos, seminarios, conferencias y programas didáctivos diversos.

FAE se constituye al amparo del Decreto 2930/71 de 21 de julio Reglamento de fundaciones culturales privadas y entidades análogas y de los servicios administrativos encargados del protectorado de las mismas. Elvira Vázquez, presidenta de la fundación, afirma que «la inexistencia de una entidad de estas características que representara las características profesionales de los Auxiliares de Enfermería y que, paralelamente, diera dabida a nuestras perspectivas concretas nos llevó a la firme creencia de la necesidad de crear una fundación».

LOS ESPAÑOLES TAMBIEN DAMOS LA TALLA

El prototipo de español bajito ha pasado a la historia y sólo nos quedan de él las referencias de las películas de las años sesenta. Hoy los españoles son tan altos como el resto de los europeos, norteamericanos, canadienses o australianos y el cambio se ha producido en los últimos 15 años: basta con mirar a los jóvenes y adolescentes. La altura media del varón se sitúa en 1,74 metros y la de la mujer en 1,62.

Las mejores condiciones de vida en cuanto a alimentación, salubridad y cuidados médicos han contribuido decisivamente a que el español actual sea no sólo más alto, sino también que tenga mejor aspecto y preste más atención a su salud.

Según el doctor Basilio Moreno Esteban, jefe clínico de endocrinología del Hospital Gregorio Marañón de Madrid y autor de un estudio sobre la talla de los españoles, este espectacular aumento de estatura en los últimos siglos se debe a «una mayor higiene personal, un descenso de las enfermedades infecciosas y los avances de la medicina.»

El estudio realizado a finales de los ochenta por Moreno Esteban entre 5.940 escolares de ambos sexos, en edades comprendidas entre 4 y 18 años, y pertenecientes a colegios de alto, medio y bajo nivel social, reveló una talla media más elevada en los niños de clases acomodadas. Esta diferencia de estatura, salvo por el mismo motivo no se observó cuando se comparaba el medio urbano con el rural. Tampoco se vieron diversidades por autonomías.

En definitiva, tras varias generaciones de españoles más bajitos que los franceses, los británicos o los norteamericanos, la estatura media de los niños y jóvenes españoles de hoy es equiparable a la del resto de los países occidentales. Sólo por razones puramente étnicas son un poco más altos los suecos, daneses, noruegos o finlandeses.

¡A ti que te importa!

"Cada mañana los serbios nos alineaban dentro de los barracones y escogían a las más deseables, luego las violaban"... "Cogieron a una mujer y su hija de 12 años y las violaron en público antes de matarlas"... "Fue violada repetidamente delante de sus hijos". Estos son sólo algunos de los cientos de testimonios recogidos entre las víctimas de la barbarie humana en la antigua Yugoslavia.

Más de 20.000 mujeres- en su mayoría musulmanas- han sido salvajemente violadas, y muchas posteriormente asesinadas, en Bosnia-Herzegovina. Así mismo, se ha comprobado la existencia de campos de concentración y "burdeles" donde se viola, tortura y asesina con la mayor impunidad a mujeres y niñas, víctimas inocentes de una guerra fraticida.

Pero no sólo los serbios han sido los culpables. Amnistía Internacional ha denunciado, y sigue condenando sin paliativos, las atrocidades cometidas por todos los bandos contendientes.

La violación y abuso sexual son una forma de tortura o trato cruel inhumano y degradante que contravienen las normas internacionales sobre derechos humanos, así como el Convenio de Ginebra de 1949 ratificado el 22 de Mayo de 1992 por las cuatro partes en conflicto.

Y por desgracia la barbarie de Bosnia no es un hecho aislado. En más de 40 países la mujer es elegida como víctima de la más humillante forma de terror. En India, por ejemplo, la violación es un arma frecuentemente utilizada por la policía y el ejército como medio de represión.

Amnistía Internacional lucha con todas sus fuerzas para abolir ésta y todas las violaciones de derechos humanos en todo el mundo. Una lucha que nos ha llevado a investigar, desde 1961, 43.500 casos de una o más personas, de los cuales 40.500 ya se han cerrado. Cada año, Amnistía Internacional pone en marcha cientos de acciones urgentes en favor de miles de personas y organiza campañas específicas que ayudan a millones. Sólo en 1992 la red internacional trabajó a favor de 2.400 casos que afectaban a más de 3.000 individuos en 59 países, consiguiendo un total de 1.338 liberaciones. Un exito atribuible a todas las personas que nos apoyan y a las que les importa todo lo que significa injusticia.

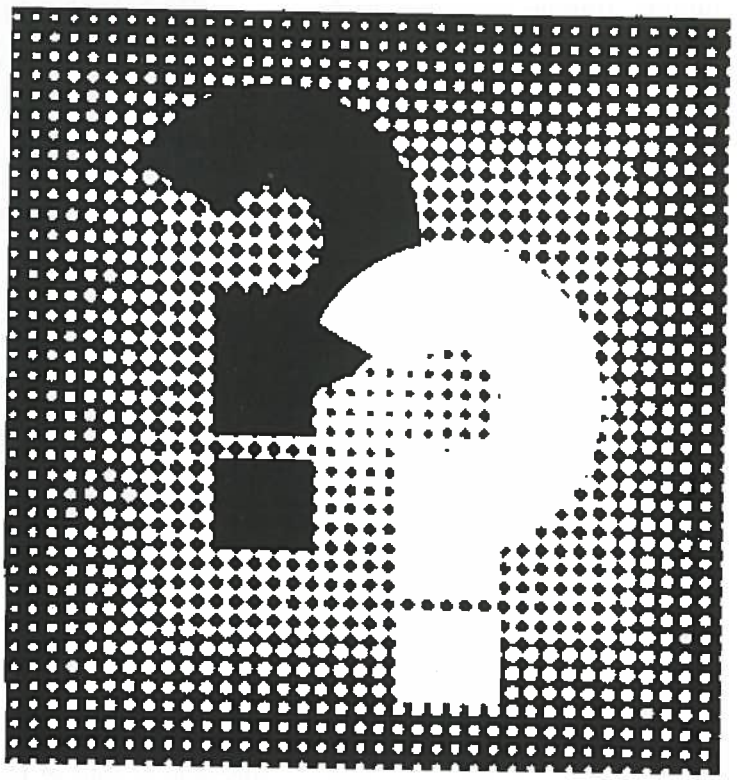
Si tú eres uno de ellos, si te importan los derechos humanos, por favor hazte socio de Amnistía Internacional. Sólo te costará 6.000 ptas. al año defender a millones de personas sin esperanza. En su nombre, gracias.

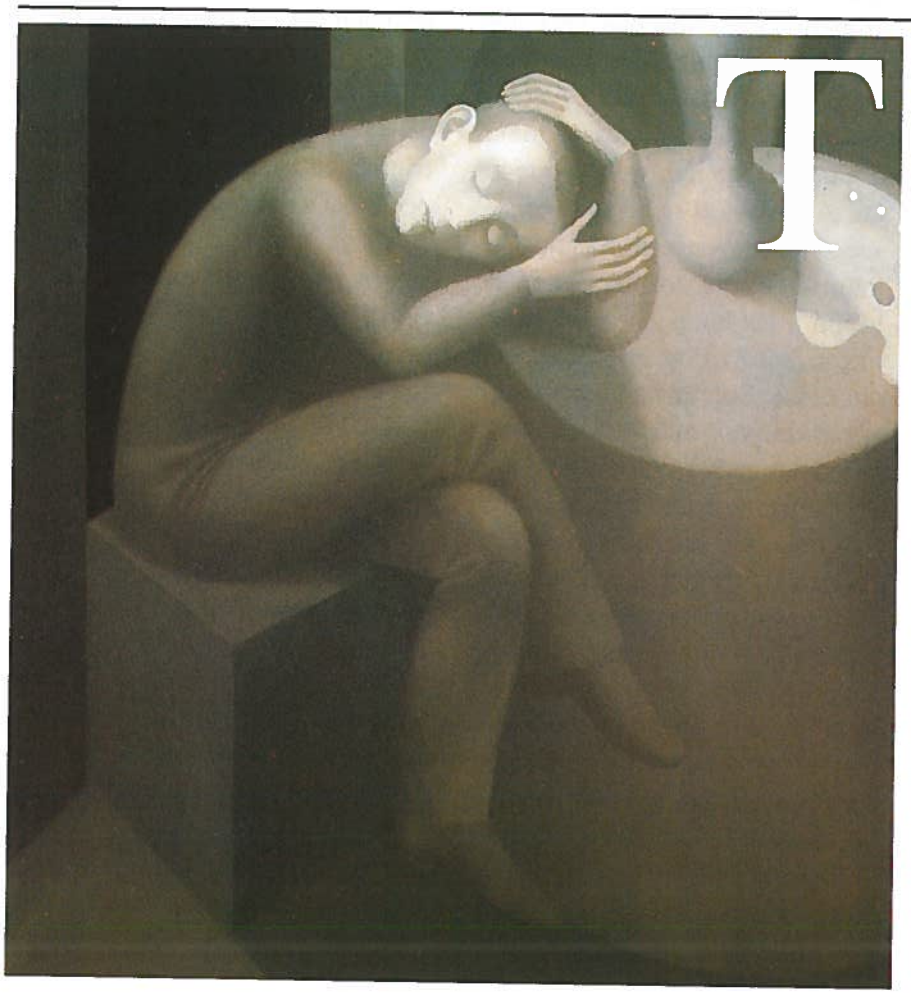
SI TE IMPORTA, DEMUESTRALO.

( ) Deseo hacerme miembro de Amnistía Internacional. Mi cuota anual es de ( ) 6.000 ptas.
( ) 3.000 ptas. (Jubilados y parados)( ) Superior a la mímima (.....ptas.)
( ) Deseo hacer un donativo por valor de .....ptas. ( ) Deseo recibir más información para colaborar con AI.
Nombre.....Firma.....
Dirección.....
CP.....Ciudad/Provincia.....
Formas de pago: Talón nominativo a nombre de Amnistía Internacional.
Banco .....
Nº Cuenta .....
Tarjeta: [ ] Visa [ ] Master [ ] Euro. Fecha caducidad.....
Nº: [ ] [ ] [ ] [ ]/[ ] [ ] [ ] [ ]/ [ ] [ ] [ ] [ ]/ [ ] [ ] [ ] [ ]

AMNISTIA INTERNACIONAL
Apdo. 50.318 - 28080 MADRID. Tel. 531 25 09

TRABAJAR de NOCHE Y VIVIR de DIA





Todos hemos oído la fórmula que divide las veinticuatro horas del día en períodos iguales perfectamente delimitados y destinados a una función concreta: ocho horas de trabajo, ocho horas de ocio y otras tantas de sueño. Sin embargo, esta ecuación no siempre resulta tan sencilla y, sobre todo, las horas laborales se convierten en ocasiones no sólo en interminables sino en agotadoras sin saber por qué. En ello intervienen múltiples factores como la motivación que se siente hacia la tarea que se realiza pero, a veces, el cansancio o el hastío forman parte de los trastornos emocionales y psicológicos que producen el cambio de horarios o la necesidad, muy común en un hospital o centro sanitario, de cumplir turnos rotatorios o suplencias de última hora.

La dosis de malos tratos que recibe el organismo influye sobre

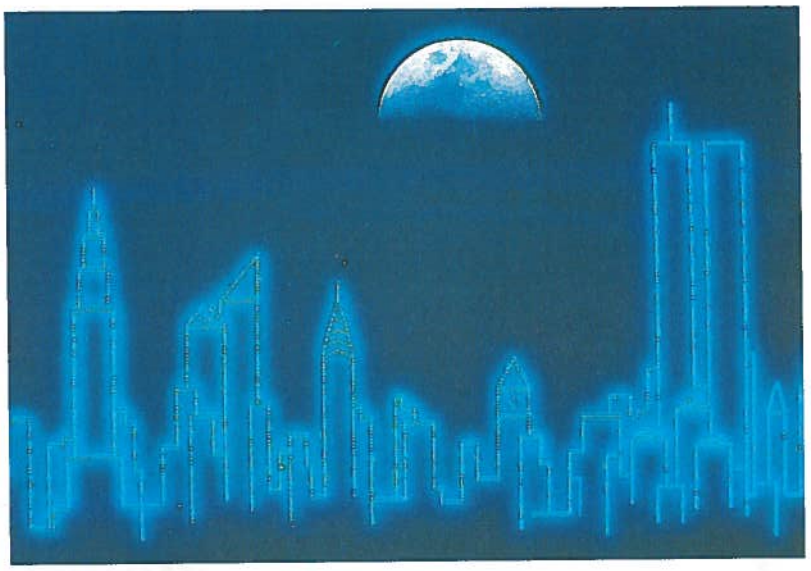
la salud. Comer o dormir mal durante algunas semanas no es aconsejable aunque el organismo sea capaz de recuperarse.

El horario perjudica algunos de nuestros ritmos biológicos. Algunas funciones tienen un ritmo definido genéticamente y la mayor parte de ellas están concebidos para favorecer el sueño durante la noche y la actividad durante el día. En contra de lo que muchos trabajadores creen trabajar durante la noche no invierte nuestros ritmos biológicos dado que nuestro cuerpo tenderá siempre a recuperar su funcionamiento normal: dormir de noche y velar durante el día. El trabajo nocturno desplaza nuestros parámetros mínimamente pero lo suficiente para que perjudique al organismo.

El sueño es uno de los factores que más directamente se ve influído por el cambio de los horarios en los hospitales y tiene efectos directos sobre el organismo y la salud. Los turnos rotatorios modifican la cantidad del sueño y se necesitan una media de 6 a 9 horas de recuperación en forma de sueño ininterrumpido, preferentemente de noche dado que el sueño es durante estas horas más reparador.

No todas las horas de sueño tienen la misma intensidad. De esta forma, las últimas horas reparan la fatiga mental y los cambios de horas, dormir dos horas menos o levantarse dos horas antes, supone una distorsión de la mente que todavía permanece cargada de las alteraciones de la víspera. Asimismo, tener que dormir durante el día hace que el sueño sea más ligero, más frecuentemente interrumpido y por consiguiente menos reparador.

Como consecuencia de ello y de un mal o insuficiente descanso nuestra mente se resiente y padecemos trastornos de humor, irritabilidad o apatía, tendencia depresiva, desinterés sexual.



Otro elemento fundamental para el organismo humano, adaptado a un horario y que se ve seriamente afectado si éste se trastorna es la alimentación dado que necesitamos ingerir al menos tres comidas diarias, algunas de ellas calientes, moderadamente calóricas y tomadas a una hora más o menos regular. Además, al igual que con el sueño tenemos nuestros ritmos alimenticios que corresponden de hecho a las horas en que nuestro organismo tiene necesidad de rehacerse. Suprimir una comida o aplazarla para más tarde, cuando ya no tenemos sensación de hambre es maltratar el organismo.

Ramón Ubeda Asensio explica en *Trabajos a turnos y ritmos biológicos* que la homeostasis es el equilibrio interno que asegura la supervivencia de los seres vivos. Este es un equilibrio dinámico donde hay fenómenos de ritmicidad, es decir, que todo ser vivo tiene funciones vitales regidas por variaciones periódicas y previsibles. Estas variaciones son los ritmos biológicos y se originan dentro del organismo. Aunque tienen un origen genético y son específicos de cada especie, sin embargo suelen estar sincronizados a algún hecho periódico externo que actúa como sincronizador.

Estos sincronizadores son factores naturales del medio ambiente y están ligados directamente a la variación de la tierra bien sea sobre su eje durante las 24 horas (ritmos circadianos) bien sea alrededor del sol (ritmos circaanuales).

Mientras que en los animales el sincronizador ambiental más básico del ajuste temporal de los ritmos que duran 24 horas es la relación luz-oscuridad, en el hombre hay complicaciones adicionales ya que no solamente pueden modificarse artificialmente el tiempo de luz, sino que la influencia social es a menudo más importante que la relación luz-oscuridad. Simplemente, el acostumbrarse a un horario en el que a determinadas horas se realizan determinadas actividades sociales permite a esta persona ajustar sus ritmos endógenos (aquellos que se originan dentro del propio organismo) de acuerdo a unos condicinionamientos sociales.

Además de la luz-oscuridad hay

otro sincronizador fundamental que es el ciclo vigilia-sueño. El sueño ejerce influencia sobre la mayoría de los ritmos circadianos humanos, la alteración de su ritmo, conduce a modificaciones de las secreciones hormonales y de otras variables como presión arterial, temperatura oral, etc.

Estas modificaciones pueden originar un desajuste y una desincronización de nuestros ritmos biológicos capaces de originar trastornos que se manifiestan por alteraciones del sueño, trastornos nerviosos, digestivos.

Fue F. Halberg quien comenzó a estudiar los ritmos biológicos y la relación entre el comportamiento y estos ritmos. Comprobó que, de forma general, la eficiencia del hombre sigue la misma evolución que la temperatura del cuerpo: la sensibilidad al dolor tenía su máximo sobre las 18 horas, las funciones sensoriomotrices (precisión, rápidez motriz, tiempo de reacción) y los test de eficiencia mental mejoran durante el día y disminuyen por la noche.

El trabajador de noche está cansado porque el ritmo interno circadiano de su activación biológica está en contradicción con el ritmo de su actividad profesional. No habría problema, biológicamente hablando si el trabajador pudiera invertir sus biorritmos de tal manera que coincidiera con sus horarios de trabajo.

En el cambio de horarios influyen otros factores como las distorsiones en la vida familiar o social y en el ambiente hospitalario incluso repercusiones sobre la vida profesional dado que la carga física del trabajo, la carga mental o la carga psiquíca no es la misma a lo largo de la jornada y la carga psiquíca tampoco.

En ciertas ocasiones, en relación con el horario fijo del día, el trabajo a turnos ofrece compensaciones económicas aunque las primas o el salario por prestaciones económicas se reglamenta por convenios especiales.

Durante cierto tiempo se pensó que el trabajador después de varias noches podría invertir los biorritmos para hacer coincidir la activación biológica y la actividad de trabajo. Sabemos ahora que no puede ser, mientras que un trabajo de dos o tres noches, no influye en nada, por el contrario, un trabajo de noches más prolongado no provoca nunca una inversión de los biorritmos (la máxima es siempre diurna), pero se produce una atenuación de la amplitud de ciertos biorritmos y no de otros y, además, se produce una disociación de la correlación armoniosa que unía los ritmos entre ellos.

Todo esto explica porque el trabajador no sólo tiene como sincronizadores los horarios de trabajo sino que también actúan como sincronizadores los horarios de la ciudad y de la familia. Estos sincronizadores entran en contradicción en el trabajador nocturno, ya que el sincronizador laboral es nocturno y el sincronizador sociofamiliar sigue siendo diurno. En consecuencia, la contradicción de los sincronizadores impide una verdadera inversión de los biorritmos y el primer día de reposo o descanso semanal hace desaparecer el conflicto. No existe trabajo de noche permanente.

Los biorritmos del trabajador de noche no reaccionan de la misma forma ante los sincronizadores en conflicto. Algunos como la frecuencia cardiaca ceden al entrenamiento horario, otros como los jugos gástricos se sincronizan con el horario de la familia y otros ocupan una posición intermedia. La correlación armoniosa que los unía desaparece.

La carga de trabajo, el sistema de turnos y las características sicofísicas del trabajador van a influir ya sea positiva o negativamente en el ajuste y sincronización de los biorritmos del trabajador en relación al triple conflicto biológico, laboral y sociofamiliar al que está sometido. El resultado final del funcionamiento del trabajo a turnos dependerá, además de un buen ajuste de los ritmos, de que exista una buena motivación y una carga de trabajo adecuadfa a cada tipo de turno.

Si desde el punto de vista biológico parece lo más conveniente la alternancia y la rotación corta, existen muchos factores a la hora de organizar el trabajo a turnos que hagan más deseable la permanencia o la rotación lenta.

Muchas personas prefieren la rotación lenta y un sistema simple de alternancia que permita prever y organizar sus actividades sociofamiliares. Otras veces, se prefiere durante cierto tiempo el turno de noche permanente ya sea por motivos económicos o para organizar el tiempo libre de día para otras actividades.

No existe la solución perfecta y cada uno tiene sus ventajas e inconvenientes. El turno de mañanas es el mejor desde el punto de vista sociofamiliar, el turno de tarde es el mejor desde el punto de vista de la recuperación física y peor desde el punto de vista social y familiar, y el turno de noche es el que produce más trastornos y tiene el problema del reposo diurno.

DECORACIONES C&M INTERIORES, S.L.

EXPOSICION Y VENTA
C/. Afueras, 19 - **Telf.: 734 14 49**
C/. Molins del Rey, 1 - **Telf.: 734 98 28**
(Fuencarral) 28034 MADRID

REFORMAS EN GENERAL

C&M LES OFRECE SUS SERVICIOS CON LA GARANTIA DE PROFESIONALES AL SERVICIO DE SU HOGAR

- ALBAÑILERIA
- SOLADOS, ALICATADOS
- PINTURA EN GENERAL
- CARPINTERIA
- (MADERA Y ALUMINIO)
- MUEBLES A MEDIDA
- ELECTRICIDAD
- CALEFACCION
- PARQUET Y TARIMAS
- FLOTANTES
- LIJADO Y BARNIZADO
- AZULEJOS Y PAVIMENTOS
- GRIFERIAS
- MANPARAS BAÑO
- ACCESORIOS BAÑO
- ETC.

✦ ✦ ✦ ✦ ✦

INSTALACION Y VENTA DE TODOS NUESTROS PRODUCTOS

PAGUE UD. COMODAMENTE HASTA EN 48 MESES

CONSULTENOS PRESUPUESTO SIN COMPROMISO
A 150 M. < M > FUENCARRAL

El 88,7% de Los Auxiliares de Enfermería padecen dolor de espalda. El 21,9% se ha visto obligado a causar baja laboral. Las horas no trabajadas le cuestan al sistema sanitario 5.500 millones de pesetas. Estas son las conclusiones del estudio elaborado por el Sindicato de Auxiliares de Enfermería entre 1.400 profesionales Auxiliares de Enfermería durante el mes de marzo en los mayores hospitales de todas las autonomías del Estado.

NUESTRAS ESPALDAS NECESITAN AYUDA

Las dolencias de espalda constituyen uno de los principales problemas de salud laboral para los auxiliares de enfermería, y son la consecuencia directa de la falta de medios mecánicos que faciliten la labor de estos profesionales fundamentalmente en cuanto a la movilización de pacientes.

Elvira Vázquez, secretaria general del Sindicato de Auxiliares de Enfermería, y responsable de la elaboración de este estudio manifiesta que éste «demuestra únicamente con datos rigurosos algo que los Auxiliares de Enfermería veníamos padeciendo desde hace tiempo y que nuestras espaldas sufrían a diario».

El transporte y desplazamiento de pacientes supone una carga física muy importante para estos profesionales de enfermería. La

mayoría del personal realiza entre 10 y 25 levantamientos o cambios posturales de emfermos por jornada, lo que produce una fuerte sobre carga en la columna vertebral y ocasiona lesiones dorsolumbares y dolencias de espalda.

La causa directa del dolor de espalda es el trabajo diario en los centros sanitarios. A partir de dos años de antigüedad en la profesión aumentan considerablemente los porcentajes referentes a la incidencia del dolor de espalda. Esta situación se agrava por la falta de formación, entrenamiento en las técnicas adecuadas en movilización y, sobre todo, por falta de disponibilidad y medios mecánicos en la movilización de pacientes.

Para Elvira Vázquez, «el problema radica en el poco empleo de las técnicas ergonómicas que los profesionales podemos aprender para reducir esta situación y, desde luego, la escasa utilización de grúas para la movilización y traslado de pacientes, que debería estar legislada y ser obligatoria».

La carencia en los centros sanitarios de elementos técnicos que faciliten la movilidad de los pacientes, desde grúas hasta baños geriátricos, no es sólo un problema para los profesionales de la enfermería, sino que supone, además, un deterioro de la calidad asistencial ofertada a los propios pacientes, que verían mejorada su asistencia si el personal de que dependen contara con mayores posibilidades técnicas para su tabajo.

El estudio analiza la existencia y empleo de baños ergonómicos, es decir, adecuados a las necesidades tanto de los auxiliares de enfermería con pacientes dependientes y semidependientes —cuyo aseo en condiciones inadecuadas contribuye también a las dolencias de espalda—, como de estos mismos pacientes.

En el departamento donde trabaja cada auxiliar de enfermería, existen baños para la higiene de enfermos, impedidos y ancianos en el 2% de los casos y no existen en el 94,4% de los casos.

Asimismo, en los casos en los que existen baños, un 78,6% de los profesionales los utiliza, frente al 21,4% que no lo hace —por no ser adecuados o por falta de tiempo—.

Respecto al interés por estar informados sobre medios mecánicos de movilización de pacientes (grúas mecánicas para movilización y para acoplamiento en baños) y las mejores condiciones técnicas de hacerlo manualmente, un 93,1% de la profesión afirma desear recibir «toda la información posible».

Sólo un 11,2% de los centros dispone de los medios mecánicos adecuados para movilizar y trasladar pacientes, y entre los que disponen de ellos un 64,1% sólo tienen una única grúa para mover a los pacientes.

Elvira Vázquez afirma que «la causa directa del dolor de espalda es el trabajo diario en los centros sanitarios. Pero mientras en otros países europeos el dolor de espalda sólo afecta al 50% de los

El baño geriátrico mejora la calidad asistencial aportada al paciente.

La movilización manual de los pacientes produce dolores de espalda en el 87 % de los Auxiliares de Enfermería.

profesionales, en España lo padecemos el 88,7%. El problema radica en el poco empleo de las técnicas ergonómicas que los profesionales podemos aprender para reducir esta situación, en la poca formación en esas técnicas, y desde luego en la escasa disponibilidad y utilización de grúas para la movilización y traslado de pacientes, que debería estar regulada adecuadamente».

El estudio demuestra la escasa dotación de medios mecánicos de movilización y transporte que existe en los centros sanitarios, lo que se añade a las dificultades que conllevan las barreras arquitectónicas, pues los centros sanitarios no acostumbran a concebirse teniendo en cuenta las condiciones ergonómicas.

El dolor de espalda entre estos profesionales supone, sólo en horas de trabajo perdidas por baja laboral, del orden de 5.500 millones de pesetas anuales, eso sin contar el coste derivado de los tratamientos, las consultas médicas, las sustituciones de personal, y además lo que supone de calidad deteriorada de la atención al paciente.

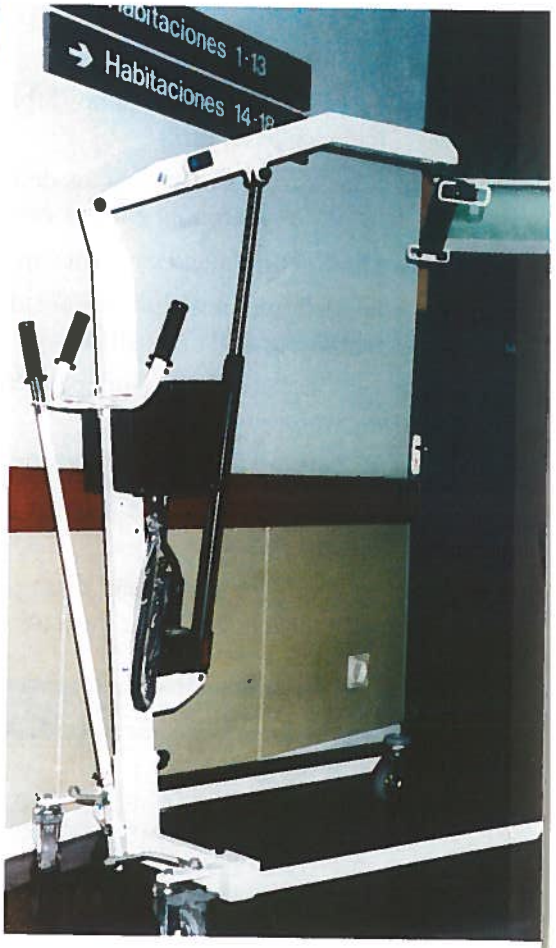
La ley está de nuestro lado

Existe abundante legislación que limita el esceso de acarreo de cargas a brazo por parte de los trabajadores desde agosto de 1957 en que aparece en el Boletín Oficial del Estado el decreto que fija el peso máximo permitido para transporte a brazo y que especifica que los varones de 16 a 18 años no podrán levantar más de 20 kg, las mujeres de 18 a 21 años más de 10 kg y las mujeres de 21 años o más, 20 kg.

Posteriormente la Organización Internacional del Trabajo recoge en el convenio de 7 de junio de 1967 que «no se deberá exigir ni permitir al trabajador el transporte manual de carga cuyo peso pueda comprometer su salud o seguridad» (artículo 3 del citado convenio). Los artículos 5 y 6 indican que todo trabajador empleado en el transporte manual de carga que no sea ligera, debera ser formado en los métodos de trabajo que deba utilizar, a fin de proteger su salud y evitar accidentes y que para limitar o facilitar el transporte manual de carga se deberán utilizar en la máxima medida que sea posible, medios técnicos apropiados.

Hoy en España no está permitido que los trabajadores de sexo masculino carguen más de 55 kg a brazo; las mujeres de más de 21 años, 20 kg; las mujeres entre 18 y 21 años, 10 kg; y está terminantemente prohibido cargar pesos durante el embarazo o en periodo de post-parto.

Asimismo, la directiva, afirma Elvira Vázquez, este es un problema de salud laboral de los Auxiliares de Enfermería que por sus repercusiones obliga a las autoridades sanitarias a intervenir, aplicando adecuadamente la legislación vigente y facilitando a los profesionales los medios técnicos existentes.



Existen en el mercado diferentes grúas que facilitan la labor del personal de enfermería.

SABIAS QUE...

- El sexo femenino tiene las cuerdas vocales más cortas.
- Una pieza de joyería de 12 quilates tiene un 50% de oro puro.
- La piel de un hombre adulto pesa en torno a 3 kilos.
- La baja densidad de Saturno le permitiría flotar en el mar terrestre.
- El sexo masculino tiene doble probabilidad de padecer la lepra.
- Las primeras experiencias de televisión en España se realizaron en Burgos en 1938.
- Un dipsomaníaco es el que ansía el alcohol.
- El toro que tiene los cuernos delgados, limpios y brillantes se llama astifino.
- La Declaración de Independencia de EE UU se escribió en 18 días.
- El Océano Artico es el océano más pequeño.
- La piel menos sensible del hombre está en el talón.
- Las abejas guardianas distinguen a los intrusos del panal por el calor de éstos.

SOPA DE LETRAS B

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

Localiza ocho nervios del cuerpo humano. Recuerda que se pueden leer en cualquier dirección y que una misma letra puede formar parte de dos o más nombres.

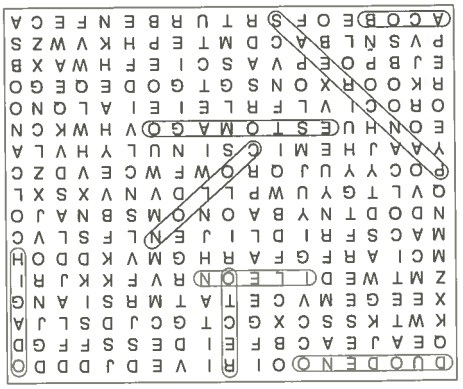
SOPA DE LETRAS A

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

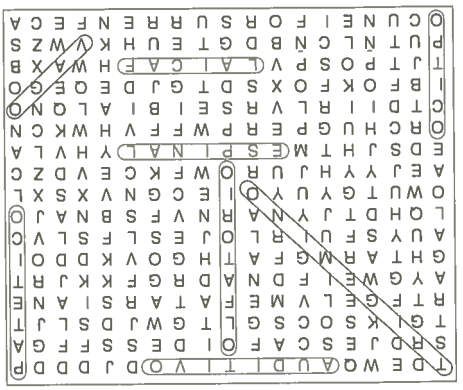
Localiza ocho órganos del aparato digestivo. Recuerda que se pueden leer en cualquier dirección y que una misma letra puede formar parte de dos o más nombres.

SOLUCIONES

Sopa de Letras A



Sopa de Letras B



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. - Alcántara, 5 - 6° Iz. - Tels. 91/578 16 22/65/81/87 - Fax 91/578 16 05 - 28006 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**
☐ **No afiliados**

Datos personales

N° Afiliado: _____
N.I.F. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Apellidos _____
_____
Nombre: _____
Calle/Pza./Avda. _____
N° _____ 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 n° |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (Deben quedar cumplimentadas las diez casillas)
Titular de la cuenta _____
Titular del recibo _____
N° 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